



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA.

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO DE INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

I M S S

UNIDAD ACADÉMICA

UNIDAD MEDICA FAMILIAR No. 46 DR. JESUS KUMATE

RODRIGUEZ, CULIACAN SINALOA.

**DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS, EN
LA UNIDAD MÉDICA No. 53 DEL IMSS DE BARRANCOS
CULIACAN, SINALOA.**

**OBJETIVO: TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

DR. EUSTACIO CORONEL ACOSTA

CULIACAN SINALOA. FEBRERO DEL 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS, EN LA UNIDAD
MEDICA No. 53 DEL IMSS DE BARRANCOS CULIACAN, SINALOA.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

EUSTACIO CORONEL ACOSTA.

AUTORIZACIONES:

DR MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS, EN LA UNIDAD
MEDICA No. 53 DEL IMSS DE BARRANCOS CULIACAN SINALOA

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DR. EUSTACIO CORONEL ACOSTA

DRA. AJICHE GARCIA SAINZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR
No. 46 DR. JESUS KUMATE RODRIGUEZ, CULIACAN SINALOA.

DRA. ROCIO CAMELO CARRASCO

JEFE DE DEPARTAMENTO CLÍNICO Y COORDINADOR CLÍNICO DE
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

MC. PAULA FLORES FLORES

ASESOR DEL TEMA DE TESIS
COORDINADORA DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

INDICE

1.- <i>Título</i> -----	5
2.- <i>Marco teórico</i> -----	6
3.- <i>Antecedentes científicos</i> -----	12
4.- <i>Justificación</i> -----	16
5.- <i>Planteamiento del problema</i> -----	18
6.- <i>Objetivos</i> -----	20
7.- <i>Hipótesis</i> -----	22
8.- <i>Material y métodos</i> -----	24
9.- <i>Resultados</i> -----	31
10.- <i>Discusión</i> -----	38
11.- <i>Conclusión</i> -----	40
12.- <i>Limitaciones y sugerencias</i> -----	42
13.- <i>Referencias bibliograficas</i> -----	44
14.- <i>Anexos</i> -----	47

1.-TITULO

**DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LOS PACIENTES
HIPERTENSOS, EN LA UNIDAD MÉDICA No. 53
DEL
IMSS DE BARRANCOS CULIACAN, SINALOA.**

MARCO TEORICO

2.- MARCO TEORICO

Se considera hipertensión arterial, cifras de tensión arterial sistólica iguales o mayores a 140 mmhg y/o cifras de presión diastólica iguales o mayores a 90mmhg así como cifras normales de presión arterial en aquellas personas que están recibiendo medicación antihipertensiva. (1,4)

Se clasifica actualmente la hipertensión arterial de acuerdo con el 7mo. Reporte de la joint nacional comité on prevención, detección y prevención evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial clasifica; La hipertensión arterial de la siguiente manera: Normal.- sistólica <120 y diastólica <80, Prehipertensión.- sistólica 120-139 diastólica 80-89, Hipertensión arterial: Estadio 1.- sistólica 140-159 diastólica 90-99, Hipertensión arterial: Estadio 2.- sistólica >160 diastólica >100 mmhg. (2)

Para el diagnostico correcto de la hipertensión arterial, debe hacerse la medición bajo condiciones estándar, no cualquier medición por encima de los limites señalados en el párrafo anterior, califica una persona como hipertensa, puede haber condiciones transitorias o defectos de lectura que propicien cierto grado de confusión, el tratamiento antihipertensivo es de por vida no debe condenarse a una persona innecesariamente a el. Una de las razones de confusión ha sido lo que se denomina “hipertensión en bata blanca” en la que la sola presencia del medico o el hecho de saber que le van a medir la presión genera en el paciente efectos adrenérgicos que producen una elevación transitoria de la presión arterial. (3) Para una medición correcta de la tensión arterial es preferible que el paciente se encuentre sentado, en una silla con respaldo, con los brazos relajados y sostenidos a la altura del corazón; No debe haber fumado ni tomado café u otra bebida con cafeína en los últimos 30 minutos. Deben esperarse 5 minutos en esta posición relajada antes de hacer la medición y utilizarse un mango que cubra por lo menos el 80% del brazo. Es conveniente realizar dos o tres mediciones con intervalos de unos dos minutos y sacar un promedio de ellas. Es preferible usar un esfignomanómetro de mercurio, si

se utiliza un aneroide debe estar recientemente calibrado y si es uno electrónico debería estar validado. (2,3)

se clasifica la hipertensión arterial de acuerdo a la etiología en : Hipertensión Primaria y en Hipertensión secundaria: En la hipertensión primaria en la mayoría de los casos no existe causa identificable, Además de la herencia, los mecanismos fisiopatológicos mejor conocidos son las alteraciones en el sistema nervioso simpático; en el volumen sanguíneo; en el gasto cardiaco; en el estado de las resistencias arteriolas periféricas; en el sistema renina angiotensina-aldosterona; en la sensibilidad a la sal y en las resistencias a la insulina, entre otros. Lo cierto es que la hipertensión arterial esencial sigue siendo con mucho la más frecuente. (3,4)

En la hipertensión arterial secundaria, las causas renales parenquimatosas constituyen el 3% de los casos de hipertensión arterial: Glomerulopatías, tubulopatías, y enfermedades intersticiales; Menos del 1% a enfermedades de los vasos renales: aterosclerosis, fibrodisplasia muscular, trombosis de la vena renal, arteritis, Entre todas las demás causas adicionan el 1% de causas de hipertensión arterial: Vasculares; coartación de la aorta, hipoplasia de aorta; Endocrinas: Enfermedades de la tiroides, y la paratiroides, Aldosteronismo primario,; Síndrome de cushing; Feocromocitoma; Del Sistema Nervioso Central: Tumores, Encefalitis, Apnea del sueño; Causas Físicas: Quemaduras, Ruido; Inducidas por Medicamentos: Esteroides suprarrenales, antiinflamatorios no esteroideos, inhibidores de la ciclooxigenasa 2, anfetaminas, simpaticomiméticos (anticongestivos nasales, anoréxicos), anticonceptivos orales, ciclosporina, eritropoyetina, complementos dietéticos; Inducida por tóxicos: Cocaína, orozus, plomo, Y por el efecto de la gestación: Con pre-eclampsia o eclampsia; Entre las causas secundarias, las mas comunes son las causas renales y las causadas por medicamentos. La causa mas frecuente de hipertensión sistólica aislada es la secundaria a aterosclerosis, generalmente senescente. (3,4)

Clínicamente la hipertensión arterial, se conoce como el “asesino silencioso” ya que es considerada una enfermedad asintomática. Sin embargo esta afirmación no es del todo correcta, porque muchos pacientes hipertensos presentan síntomas, aunque no se consideran específicos de la hipertensión arterial: La cefalea, acúfenos, fosfenos, ocurren con mucha frecuencia en pacientes no hipertensos por lo que carecen de valor predictivo, la cefalea es un síntoma muy común pero solo es característica de la hipertensión severa tiende a ser occipital de predominio matutino y desaparece en el curso del día, cuando la cefalea es extremadamente intensa suele ser indicio de complicación grave como lo es la hemorragia cerebral, Existen otros síntomas relacionados con la hipertensión arterial como son: Mareo, palpitaciones, fatigabilidad fácil, insomnio y otros trastornos del sueño, y disfunción eréctil en el varón. Como puede verse todos ellos son síntomas que distan de ser característicos de la enfermedad puesto que ocurren muy frecuentemente en personas sin hipertensión. En resumen, no se puede decir que la hipertensión arterial es asintomática, sino que los síntomas que la acompañan carecen de valor diagnóstico. (3)

Para poder hablar del tratamiento de la hipertensión arterial, es importante identificar los factores de riesgo cardiovascular, enfermedades concomitantes, evaluar la presencia o ausencia de daño a órgano blanco; Dentro de los Factores modificables de riesgo cardiovascular tenemos: hábito tabáquico: cualquier grado de tabaquismo e incluso el ser fumador pasivo, Hipertensión Arterial, cifras de tensión arterial $>140/90$ mmhg, Colesterol de baja densidad LDL-C >160 mg/dl, Colesterol de alta densidad HDL-C <40 mg/dl, Diabetes Mellitus, obesidad IMC >30 kg/m², Sedentarismo; Tenemos también factores no modificables: Edad hombres >45 años, Mujeres >55 años, Sexo, Los hombres presenta más eventos cardiovasculares y mas tempranamente que las mujeres; Esta diferencia disminuye después de la menopausia. Hay otros factores de riesgo cardiovascular: Cifras elevadas de triglicéridos >150 mg/dl, Antecedentes de familiares en primer grado con enfermedad cardiovascular prematura,

Estados inflamatorios, niveles elevados de proteína C reactiva; En cuanto a lo que se refiere al daño a órgano blanco: En el Corazón se puede presentar; Hipertrofia ventricular izquierda, angina posterior a infarto del miocardio, revascularización coronaria, insuficiencia cardiaca; A nivel cerebral: Apoplejía o ataque isquémico transitorio, Además puede presentarse: Enfermedad renal crónica, Enfermedad arterial periférica, Retinopatía. (1,2,4,5) Es importante por lo tanto, antes de iniciar tratamiento para la hipertensión arterial, evaluar cuidadosamente al paciente; Realizar una historia clínica cuidadosa y exploración clínica acuciosa enfocada a detectar daño a órgano blanco, Además existen unas pruebas de Laboratorio consideradas de rutina antes de iniciar tratamiento antihipertensivo: Toma de electrocardiograma, Examen general de orina, glucemia, hematocrito, potasio sérico, creatinina sérica y calcio, así como perfil lipídico completo, siendo estos los básicos, para tener una panorámica del estado bioquímico y puntos críticos a tomar en cuenta junto con el tratamiento antihipertensivo. (5) El tratamiento de la hipertensión arterial se divide, en tratamiento no farmacológico y tratamiento farmacológico: El tratamiento no farmacológico esta encaminado a disminuir en forma considerable, el riesgo para enfermedad cardiovascular y en forma conjunta, reducir las cifras de tensión arterial; Este tratamiento consiste en modificar el estilo de vida, reducción de peso corporal, por lo menos 4.5 kgs. Reducir la ingesta de alcohol de la siguiente manera, el consumo máximo, debe de ser de 30 ml de etanol diario, equivalente a: 720 ml de cerveza o 300 ml de vino de mesa o 60 ml de bebidas como el whisky. En las personas de sexo femenino y las personas delgadas, limitar el consumo a 15 ml de etanol al día, por tener mayor susceptibilidad a los efectos del alcohol, Incrementar la actividad física, para reducir el sedentarismo, se recomienda, de 30 a 45 minutos de caminata por 4 días o mas de la semana, En lo que se refiere a la ingesta de sodio, se sugiere, limitar la ingesta de sal por debajo de los 6 grs diariamente, La suspensión del hábito tabáquico, es un punto que se debe de reforzar, en la

consulta diaria de los pacientes hipertensos y de igual manera, en los no hipertensos. (1,2,5)

El tratamiento farmacológico, siempre debe de ser complementado, con las medidas anteriormente descritas ya que estas, reducen en forma considerable, las dosis y cantidad de antihipertensivos que se usan, en el control de la hipertensión arterial: Para el manejo de la hipertensión arterial se cuenta con una gran variedad de medicamentos: Se recomienda iniciar con diuréticos tiazídicos, como terapia inicial, se pueden asociar en caso necesario con otros agentes con efectos diversos como son: inhibidores de la enzima convertasa de la angiotensina (IECAs), antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARAII), beta bloqueadores (BBs), y bloqueadores de los canales de calcio (BCC), se cuenta también, con otros medicamentos como son diuréticos de asa, diuréticos ahorradores de potasio, bloqueantes de los receptores de aldosterona, alfa bloqueantes, vasodilatadores periféricos; que pueden manejarse solos o en combinaciones, dependiendo del caso, cabe señalar, que es muy amplia la variedad de medicamentos para el control de la hipertensión arterial existentes, solo nos limitamos a mencionarlos, ya que el análisis de estos, desviaría el objetivo del presente trabajo de investigación. (1,2,3,5,6)

ANTECEDENTES
CIENTÍFICOS

3.- ANTECEDENTES CIENTÍFICOS:

La Encuesta nacional de Salud (ENSA 2000), estimó una prevalencia 30.05%, es decir que en México existen 15.2 millones de personas que tienen hipertensión arterial sistémica entre los 20 y los 69 años, sin embargo a partir de los 50 años la prevalencia supera el 50% o dicho de otra manera uno de cada 2 mexicanos la padece. (4,7) De todos los pacientes hipertensos, solo el 39% tenía diagnóstico previo y el resto lo ignoraba (61%). A su vez, de los pacientes con diagnóstico médico previo, solo el 46% se encontraba bajo tratamiento médico al momento de la entrevista, mientras que el 53.1% a pesar de saberse hipertenso, no tomaban tratamiento. De los hipertensos con tratamiento farmacológico, el 23.9% se encontraban controlados (<140/90 mmhg). (4,7)

En cuanto a la incidencia de este padecimiento, en el año 2003 se notificaron 435,579 casos nuevos de hipertensión arterial, con una tasa de 41.9/10,000 habitantes. Se observó un incremento con respecto a los años 2001 en donde se notificaron 371,443 casos y 2002 con 390,664 casos. (4)

En lo que se refiere al comportamiento de este padecimiento en los grupos de edad; Entre los 20 y los 40 años de edad, el tipo predominante fue, la hipertensión diastólica pura, mientras que, entre los 50 y 69 años, el predominio fue de hipertensión sistolodiastólica. La hipertensión sistólica pura representó el porcentaje más bajo aunque su frecuencia aumentó a partir de los 50 años. (4,7) En lo que se refiere a género la hipertensión arterial sistémica, tuvo predominio en el género masculino (34.2% y 26.3%, hombre y mujer respectivamente). (4)

En cuanto a la relación, entre diabetes tipo 2 e hipertensión arterial, la influencia es bidireccional, en los hipertensos se asocia la diabetes, en 16.4%, mientras que en los no hipertensos, tan sólo el 8.2%, es decir el hipertenso tiene riesgo de ser diabético 2 veces más; Por otro lado, en los diabéticos hay 46.2% de hipertensos, en los no diabéticos 28.1%, es decir el diabético, tiene riesgo de padecer 1.6 veces más hipertensión arterial sistémica. (4,7)

La hipertensión arterial, es el factor de riesgo más importante para desarrollar enfermedad cerebrovascular, refiriéndose de igual manera a enfermedad cerebrovascular isquémica, a la enfermedad cerebrovascular hemorrágica y a la isquemia cerebral transitoria. La mortalidad nacional por hipertensión arterial muestra una tendencia ascendente, ya que en 1980 la tasa de mortalidad fue de 4.8/100,000 habitantes, y para 2002 de 9.9/100,000 habitantes. Se considera que esta involucrada en el 42% de las muertes por enfermedad cerebrovascular y en el 27% de las debidas a cardiopatía isquémica. (4)

El trabajo de investigación pretende demostrar, la existencia de disfunción familiar, en pacientes con hipertensión arterial, en la UMF No. 53 de Culiacán Sinaloa, Basándose en un estudio de investigación en pacientes diabéticos tipo 2. La medición, de la funcionalidad familiar permitió, identificar la dinámica, a través, de la satisfacción o insatisfacción del entrevistado con su vida familiar, así como conocer la percepción del funcionamiento a fin de determinar si la familia es una influencia en el grado de control de la diabetes mellitus tipo 2. De 300 pacientes con un intervalo de edad entre 27 y 60 años, con un promedio de 49.18 + - 7.2 años se formaron 2 grupos; uno con funcionalidad familiar y otro con disfunción familiar, cada uno integrado por 150 pacientes; Del grupo con funcionalidad familiar 74% correspondió al sexo femenino, al igual que en el grupo control, en cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad, 39.2% tenían menos de 5 años y 60.8% de cinco a 10 años. Desde el punto de vista de funcionalidad familiar; el 80% de los pacientes de las familias funcionales mostró parámetros de control en límites normales, mientras que solo el 56% de los pacientes pertenecientes a familias disfuncionales tuvieron estas características $p(<0.0001)$. (8)

En otro estudio de investigación, en pacientes con insuficiencia renal crónica, se exploró la funcionalidad familiar utilizando, un instrumento de medición de funcionalidad familiar apgar; Se encontró que en el análisis de la dinámica familiar y satisfacción del paciente con su vida familiar, que mas de la mitad de los pacientes percibieron algún grado de disfunción familiar. Se

observo, que la participación en la problemática familiar, la capacidad de compartir problemas y la capacidad resolutive de la familia facilitan la función familiar y contribuyen de manera significativa en la asistencia del enfermo. (9)

En un estudio de 63 familias, que se les evaluó con el instrumentó apgar para conformar un 100%, Se encontraron en los rangos de 0 a 6 puntos lo que correspondía a familias con auto percepción de disfunción familiar. (10)

En un estudio de investigación, donde se aplico, el instrumento faces III se identifico como funcional, a las familias clasificadas como relacionadas y flexibles. Se presento disfunción familiar en 377 familias (88.92%) siendo funcionales 47(11.08). Dentro de las familias disfuncionales las mas frecuentes fueron las relacionadas/caóticas, aglutinadas/caóticas y las aglutinadas/flexibles. (11)

En otro estudio de investigación, de un total de 103 familias para conformar un 100% se encontró a un 43% de familias en rango medio, un 41% de familias en balanceadas y un 16% a familias extremas. Al analizar el tipo de comunicación detectado en las familias considerando, su funcionalidad se encontraron diferencias entre los grupos, predominando la comunicación directa, en las familias balanceadas, mientras que la comunicación enmascarada se observo en las familias de rango medio y la comunicación desplazada , en las familias extremas. (12).

Existen diferentes instrumentos de evaluación, de funcionalidad familiar, en el presente trabajo de investigación, se utilizaran los siguientes instrumentos: Apgar Familiar (Instrumento de autoaplicación que evalúa la percepción del apoyo familiar. cuyo contenido son solo 5 preguntas); Faces III (Instrumento de autoaplicación que evalúa la cohesión y adaptabilidad familiar. Contiene 20 preguntas). (13)

JUSTIFICACION

4.- JUSTIFICACION.-

La hipertensión arterial, problema de salud que ocupa los primeros lugares de prevalencia, a nivel mundial. En México va en ascenso a pesar de los programas, del control, de este padecimiento, en el Instituto Mexicano de Seguro Social, en toda la Republica Mexicana; En la UMF. No. 53 de Culiacán, Sinaloa, hemos observado por parte de los pacientes, falta de apego al tratamiento e incumplimiento de las citas medicas, a pesar del riesgo de presentar complicaciones severas como: Accidente Vascular Cerebral, Infarto Agudo de Miocardio e Insuficiencia Renal Crónica, que atentan contra la vida del paciente, que por lo generalmente se encuentran en etapas productivas de la vida.

En la experiencia, del personal medico que labora, en esta unidad de medicina familiar, nace la inquietud por realizar, el presente estudio de investigación, para demostrar la prevalencia de la disfunción familiar en estos pacientes hipertensos, que en un momento dado podría contribuir en un control deficiente de estos pacientes.

En un futuro, el presente estudio podría, por parte de las instituciones de salud, reforzar el manejo de estos pacientes con terapias encaminadas a resolver la disfunción familiar, mejorando la calidad del control de estos pacientes hipertensos y secundariamente, disminuir las complicaciones severas de este padecimiento.

PLANTEAMIENTO
DEL
PROBLEMA

5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:-

¿Cuál es la prevalencia de disfunción familiar, de los pacientes hipertensos, que acuden a control a la UMF. No. 53 de Barrancos, Culiacán, Sinaloa?

OBJETIVOS

6.1.- OBJETIVO GENERAL.-

Determinar la prevalencia de disfunción familiar, de pacientes hipertensos, de la UMF.- 53 de Culiacán, Sinaloa.-

6.2- OBJETIVOS ESPECIFICOS:-

Identificar los estadios de la hipertensión en, la UMF No. 53 de Culiacán, Sinaloa. Clasificándola en estadio 1 y estadio 2.-

Identificar la disfunción familiar, en grave moderada y familia funcional, en hipertensos, que acuden a control a la UMF No. 53 de Culiacán, Sinaloa.-

Registrar edad. Género ocupación de la población en estudio.

HIPOTESIS

7.- HIPOTESIS:-

Los pacientes con hipertensión arterial que acuden a control presentan diferentes grados de disfunción familiar.

MATERIAL
Y
MÉTODOS

8.- MATERIAL Y METODOS:

8.1.- TIPO DE ESTUDIO.-

Encuesta descriptiva.

8.1.1.- ESTUDIO:-

Prospectivo, Transversal, Descriptivo, Uní céntrico.

8.2.- POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Pacientes de la Unidad Medica Familiar No. 53 de Culiacán, Sinaloa.

8.3.1.- CRITERIOS DE INCLUSION:-

Pacientes hipertensos, que acuden regularmente a control y de primera vez, que estaban vigentes en el IMSS, cuando se realizo el estudio.

Pacientes hipertensos, que firmaron consentimiento informado de acuerdo a participar en el estudio.

Hipertensos capaces de responder adecuadamente las preguntas de las encuestas.

Los pacientes de los consultorios 1 y 2 turno matutino y del consultorio 1 turno vespertino, que acudieron a control a la UMF. 53 de Culiacán, Sinaloa.-

8.3.2.- CRITERIOS DE EXCLUSION:-

Pacientes hipertensos, que no estaban vigentes en el IMSS cuando se realizo el estudio.

Pacientes hipertensos, que no estuvieron de acuerdo, en firmar el consentimiento informado, de participar en el presente estudio

Hipertensos que por invalidez, no acudieron y no pudieron ser traídos a la consulta a la unidad medica para que participaran en el estudio.-

Pacientes con depresión mayor u otros trastornos demenciales, que también acudieran a control de la hipertensión arterial.

8.3.3.- CRITERIOS DE ELIMINACION:-

Pacientes que no respondieron el cuestionario, en forma completa.-

Encuestas extraviadas en el tiempo determinado para la concentración de los datos.

8.4.- AMBITO GEOGRAFICO DEL ESTUDIO:

El estudio de encuesta descriptiva, se realizo en la UMF. No.- 53 del IMSS. En la Colonia Barrancos, de la CD. De Culiacán Sinaloa, en el área del consultorio numero 2. Turno mixto: matutino, vespertino.

8.5.- VARIABLES:

<u>VARIABLE</u>	<u>TIPO</u>	<u>DEFINICION OPERACIONAL</u>	<u>ESCALA MEDICION</u>
Hipertensión	Cuantitativa	Hipertensión Arterial: existencia de una PAS >140mmhg y/o de una PAD>90mmhg, Normal: PAS < 120 y PAD< 80mmhg Prehipertensión: PAS 120-139 y PAD 80- 89mmhg Estadio I: PAS 140-159 y PAD 90- 99mmhg. Estadio II: PAS >160 y PAD>100mmhg.	Ordinal
Disfunción Familiar	Cualitativa	Grado de insatisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función, familiar valorada por el método del APGAR FAMILIAR: 7 a 10 puntos.-familia funcional. 4 a 6 puntos: disfunción moderada. 0 a 3 puntos: disfunción grave	Ordinal
Tiempo de Evolución	Cuantitativa	Tiempo transcurrido desde que se diagnostico Hipertensión Arterial hasta la fecha en años.- <1 año, 2 a 10 años, 10 a 20 años. > De 20 años.	Numérico
Estado Civil	Cualitativa	Relación de pareja que expresen los entrevistados: Soltero, Casado, Divorciado, Viudo, Unión libre,	Nominal
Ocupación	Cualitativa	Actividad laboral a la que se dedica como: hogar, empleado, obrero, jubilado, profesionalista.	Nominal
Talla	Cuantitativa	Obtención de la estatura medida en centímetros, a través de un estadimetro del consultorio.	Continua
Peso	Cuantitativa	Cantidad expresada en kilogramos, obtenida al utilizar una bascula con estadimetro del consultorio.	Continua
Escolaridad	Cualitativa	Grado escolar máximo Analfabeto, Primaria, Secundaria, Preparatoria, Profesional.	Nominal
Sexo	Cualitativa	Condición orgánica que distingue al Masculino del Femenino	Nominal
Edad	Cuantitativa	Numero de años cumplidos desde su nacimiento hasta la fecha del estudio	Numérica

<u>VARIABLE</u>	<u>TIPO</u>	<u>DEFINICIÓN OPERACIONAL</u>	<u>ESCALA MEDICION</u>
Tabaquismo	Cualitativa	Uso y abuso de tabaco, sin importar cantidad y tiempo de consumo	Si. No.
IMC	Cuantitativa	Es un aumento mayor del 10% del peso corporal ideal a expensas de la masa grasa. IMC (índice de masa corporal) peso/talla ² . Normal; 19-25 Sobre peso: 25-27 Obeso: >27	Ordinal
Diabetes Mellitus	Cualitativa	Glicemia en ayunas ≥ 126 mg/dl (en 2 ocasiones o glicemia casual ≥ 200 mg/dl (en 1 ocasión), o glicemia postprandial a 2 hrs. ≥ 200 mg/dl.	Si. No.

8.6.- DISEÑO ESTADISTICO:

Se realizo muestreo por conveniencia.

8.7- UNIVERSO DE TRABAJO:

Población adscrita a medico familiar: 9,550 derechohabientes, de los cuales son: 278 pacientes con hipertensión arterial que acuden regularmente a la consulta de medicina familiar para el control de hipertensión arterial, datos basados en el censo de pacientes. Sistema de Información de Atención Integral de la Salud IMSS (SIAIS).

8.8- ANALISIS ESTADISTICO:

Se realizo estadística descriptiva, para estadística inferencial prueba ji cuadrada con una $p < .05$.

8.9.- RECURSOS HUMANOS:-

En forma voluntaria colaboraron en el presente estudio:-

Medico General.- Consultorio 2 turno matutino.

Medico Familiar.- Consultorio 1 turno matutino.

Medico Familiar.-Consultorio 1 turno vespertino.

Asistente Medico.- Turno matutino

Asistente Medico.- Turno vespertino.

8.10.- RECURSOS MATERIALES:-

Se midió la tensión arterial, a los pacientes que colaboraron en el estudio única y exclusivamente, con el baumanometro fijo, en el consultorio 2 marca RIESTER, big ben round, CE 0124

Se utilizaron hojas tamaño carta, para elaborar las encuestas, a 105 pacientes entrevistados, un promedio de 5 hojas por paciente entrevistado, dando un total de 525 hojas.

8.11.- FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO:-

Los recursos financieros que se utilizaron en este proyecto, son de poca cantidad, los que fueron cubiertos en su totalidad, por el medico responsable de este proyecto de investigación y estos consistieron en:-

525 copias	50 cvs. C/copia.	\$ 263.00
Gastos de impresión empastado	150.00 x 5 copias de la tesis	\$ 750.00
Totales.-		\$ 1,013.00 aprox.

8.12.- ÉTICA:

El presente protocolo de estudio de investigación, fue validado previamente por el comité local de investigación, para iniciar la recolección de datos.

El presente estudio, no interfiere en los principios éticos, establecidos en el código internacional, de ética médica, la asociación medico mundial y la declaración de Helsinki, ya que fue un estudio descriptivo tipo encuesta; A los pacientes con hipertensión arterial que participaron, en el presente estudio de investigación, se les solicito el llenado de un consentimiento informado, en presencia de un testigo informándole ampliamente sobre el estudio de investigación. A los pacientes que estuvieron imposibilitados para firmar, el consentimiento informado se le solicito a un familiar cercano, que firmara, dicho documento.

8.13.- LÍMITES DEL TIEMPO DE LA INVESTIGACIÓN:-

Previamente validado el presente protocolo, por el Comité local de investigación, se inicio el estudio el Día:- 1 de marzo del 2007, para concluir con la presentación de los resultados, en febrero del 2008.

RESULTADOS

9.- RESULTADOS

De los 105 pacientes hipertensos, encuestados de la unidad médica familiar numero 53 del IMSS, De Culiacán Sinaloa, La edad de la población estudiada tuvo un rango de 30 a 80 años con un promedio de 53.13 con una (DE) de 7.2; en lo que se refiere al género, predomina el sexo femenino, con un 67.6%, sobre el sexo masculino, con 32.4 %; En lo que se refiere al estado civil el 79% son casados y el 21% no tenían algún tipo de unión cuando se les entrevisto, el nivel de escolaridad predomina el nivel bajo con 56.2%, nivel medio con 26.6% y nivel 17.2%; En ocupación el 50.5% se dedica a las labores domesticas, el 30.5% son empleados y el 19% representa el grupo de jubilados y otros (cuadro no. 1).

Los factores de riesgo para hipertensión arterial que se detectaron 59 mujeres presentan obesidad, representando el 56.2% y los hombres solo 28 presentan obesidad 26.7% de la población estudiada; Son diabéticos el 33.3% de los hipertensos encuestados, el consumo de tabaco se detecto solo en 6 mujeres y 7 hombres de los 105 encuestados (cuadro no. 2).

En la medición de la tensión arterial, solo 12 hombres y 21 mujeres presentaron cifras tensiionales normales, representando el 11.4% y 20% de la población estudiada, el resto presentaban cifras tensiionales elevadas a pesar de tratamiento medico previo, en lo que se refiere al tiempo de evolución, predomino el periodo de 1 a 10 años, son 38 mujeres y 21 hombres (cuadro no. 3).

Los resultados obtenidos del instrumento de medición faces III; Que mide cohesión y adaptabilidad familiar, se clasificaron solo 13 tipos de familia, de los 16 posibles combinaciones, con predominio del tipo de familia relacionada/caótica representando el 18% de la población total estudiada, de la familia relacionada/flexible considerada funcional se identificaron 18 familias (17.1%) de los hipertensos estudiados (cuadro no. 4). El apgar. Instrumento de medición de funcionalidad familiar; Mide adaptabilidad participación y compañerismo, crecimiento, afecto y resolución con solo 5

preguntas se obtuvieron los siguientes resultados: predomino la puntuación de 07-10 puntos en un 84.8% (89 pacientes), representando las familias funcionales, la puntuación de 04-06 obtuvo el 11.4% (12 pacientes) disfunción leve y solo 3.8% (4 pacientes) puntualizo de 00-03 familias con disfunción grave, el resultado nos indica por medio de este instrumento de medición que la mayoría de las familias de los pacientes hipertensos son funcionales. Se realizo prueba ji cuadrada para ver posible asociación entre disfunción familiar y el descontrol de la hipertensión arterial, encontrándose una asociación estadísticamente significativa $p < 0.03$.

CUADRO No. 1.- Condiciones sociodemográficas de los pacientes hipertensos de la UMF. No. 53 de Culiacán, Sinaloa

VARIABLE		NUMERO	%
SEXO	MASCULINO	34	32.4
	FEMENINO	71	67.6
		105	100.0
ESTADO CIVIL	CASADO	83	79.0
	NO UNIDO	22	21.0
		105	100.0
ESCOLARIDAD	NIVEL BAJO(máximo Primaria completa)	59	56.2
	NIVEL MEDIO (máximo Preparatoria)	28	26.6
	NIVEL ALTO (profesional)	18	17.2
		105	100.0
OCUPACION	HOGAR	53	50.5
	EMPLEADO	32	30.5
	JUBILADOS Y OTROS	20	19.0
		105	100.0

FUENTE:- ENCUESTAS.

CUADRO No. 2.- Frecuencia de los factores de riesgo para hipertensión arterial en la población estudiada.

VARIABLE	MASCULINO		FEMENINO	
	NUMERO	%	NUMERO	%
TABAQUISMO SI	6	5.7	7	6.6
NO	27	25.7	65	62.0
I. M. C. NORMAL	2	1.9	6	5.7
SOBREPESO	3	2.9	7	6.6
OBESIDAD	28	26.7	59	56.2
DIABETES MELLITUS	NUMERO		%	
	35		33.3	

FUENTE:- ENCUESTAS

CUADRO No. 3.- Clasificación de hipertensión arterial y tiempo de evolución en la población estudiada

CLASIFICACION	FRECUENCIA		%	
	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO
NORMAL			11.4	20.0
PREHIPERTENSION	12	21	28.7	
ESTADIO 1	13	30	6.6	16.1
ESTADIO 2	7	17	1.0	3.9
	1	4		
TIEMPO DE EVOLUCION				
< 1 AÑO	4	12	3.8	11.4
1 A 10 AÑOS	21	38	20.0	36.2
>11 AÑOS	8	22	7.6	21.0

FUENTE:- HOJAS DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO No. 4.- Distribución de los tipos de familias en los pacientes hipertensos estudiados.

CLASIFICACION FAMILIAR	NUMERO	%
AGLUTINADA/CAOTICA	18	17.2
SEMIRRELACIONADA/CAOTICA	13	12.3
AGLUTINADA/ESTRUCTURADA	6	5.8
SEMIRRELACIONADA/ESTRUCTURADA	6	5.8
AGLUTINADA/FLEXIBLE	7	6.7
RELACIONADA/FLEXIBLE	18	17.1
NO-RELACIONADA/CAOTICA	5	4.8
RELACIONADA/CAOTICA	19	18.0
SEMIRRELACIONADA/FLEXIBLE	7	6.7
NO-RELACIONADA/FLEXIBLE	3	2.9
NO-RELACIONADA/ESTRUCTURADA	1	0.9
SEMIRRELACIONADA RIGIDA	1	0.9
AGLUTINADA RIGIDA 1	1	0.9
TOTALES	105	100

FUENTE:- ENTREVISTAS.

DISCUSSION

DISCUSION

El objetivo del presente estudio, fue determinar la disfunción familiar en pacientes hipertensos, de la unidad medica numero 53 del IMSS en Culiacán Sinaloa, es importante hacer el siguiente análisis, con respecto a la literatura previamente revisada; En el presente estudio se encontró, que en lo que se refiere a genero; La hipertensión arterial fue mayor en el genero femenino, con un 67.6% contra el 32.4% del genero masculino, mayor con respecto a la literatura que era de 34.2% para hombres y de 26.3% para las mujeres(4); Con respecto a la relación que existe, entre hipertensión arterial y diabetes mellitus, el 33.3% de los 105 estudiados presentaban diabetes mellitus, con tratamiento previo, mayor con lo reportado en la literatura previa, que es del 16.4%(4).

En comparación con otros estudios, realizados en pacientes diabéticos con disfunción familiar, las edades del presente estudios, se encontraron con un rango de 30 a 80 años, con una media de 53.13 con DE de 7.2, mayor a las obtenidas en el estudio con pacientes diabéticos, que es del rango de 27 a 60 años, con una media de 49.18 con DE de 7.2 años (8).

En el presente estudio, se acepto como funcional, la familia relacionada/flexible, de acuerdo con las familias integradas; con el instrumento de medición faces III, al igual que otros estudios previamente revisados, además las 3 tipos de familias disfuncionales, que predominan en el presente estudio, fueron: Las familias relacionadas/caóticas, aglutinadas/caóticas y semirelacionadas/caóticas, a diferencia de la literatura que predominaron con el siguiente orden: Relacionadas/caóticas, aglutinadas/caóticas, y aglutinadas/flexibles(11). Resultando como funcionales, en el presente estudio solo el 17.1% de las familias de los pacientes estudiados, mayor a diferencia de la literatura, que se obtuvo como funcionales el 11.6% (11).

CONCLUSION

CONCLUSION

Podemos concluir, que la disfunción familiar, es frecuente en los pacientes con hipertensión arterial, que acuden a control medico familiar, generando alteraciones importantes en la dinámica familiar, que influyen sobre la falta de apego al tratamiento, ya sea no farmacológico o farmacológico, es importante a nivel medico familiar, fomentar el abordaje integral e implementar terapias, de tipo sistémico familiar en los pacientes que padecen hipertensión arterial, en sus diferentes estadios.

Concluimos también, que un alto porcentaje de pacientes, a pesar de estar en tratamiento medico, presenta cifras tensionales alteradas hacia el descontrol, con predominio de los casos de pacientes con prehipertensión, estadio 1, en menor proporción estadio 2; Se identifico que la mayoría de las familias de pacientes con hipertensión arterial, al evaluarlos con el instrumento de medición familiar, apgar el 84.8%, resultaron funcionales, a diferencia del faces III, que arrojó como funcionales solo el 17%, que corresponde al tipo de familia, identificada como relacionada/flexible.

En lo que se refiere a género, predominó el sexo femenino, la ocupación que más predominó, fue la de pacientes que se dedican, a las labores del hogar, y la edad promedio fue de 53.13 años +/- 7.2 años, con un rango de 30 a 80 años.

En lo que se refiere, al tiempo de evolución, más de la mitad de los entrevistados, tenían de 1 a 10 años de padecer hipertensión arterial; La obesidad se presentó, en más de la mitad de los entrevistados y aproximadamente, un tercio de los pacientes, presentaban además diabetes mellitus.

Concluimos que dentro del modelo preventivo, de la salud familiar es necesario, realizar acciones multidisciplinarias preventivas, en los grupos de riesgo biopsicosocial, para mejorar su bienestar y obtener mayores índices de salud; en el individuo, la familia y la comunidad.

LIMITACIONES

Y

SUGERENCIAS

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

Como todo proceso, el presente estudio de investigación, para realizarlo genero algunas limitaciones, que considero necesario comentar; La intención de encuestar el 100% de los pacientes, que acuden a control de hipertensión arterial a esta unidad medica familiar no. 53 del IMSS, de Culiacán Sinaloa, no fue posible por diferencias, en el horario en que acuden a la consulta, otra limitación es que algunos pacientes no acuden, enviando a familiares por su tratamiento medico, por imposibilidad, de traslado a la unidad medica familiar.

Para finalizar el presente estudio, podemos comentar que este es uno de los primeros estudios, de prevalencia de disfunción familiar, en pacientes en control de hipertensión arterial, que presenta, resultados positivos; Considerando que la hipertensión arterial y la diabetes mellitus son principales causas de morbimortalidad, se sugiere continuar con la investigación , del trastorno disfuncional familiar e investigar de que manera influye en el buen control de esta patología el implementar terapias, de tipo familiar en la totalidad de los pacientes, que padecen hipertensión arterial.

REFERENCIAS
BIBLIOGRAFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.- Oviedo Mota Mario Alberto, Espinosa Larrañaga Francisco, Olivares Santos Roberto, Reyes Morales Hortensia, Trejo y Pérez Juan Antonio. Guía Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial; Revista Medica del IMSS 2003; 41(suplemento): 15-26.
- 2.- National High Blood Pressure Education Program. The sixth report of the joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Arch Intern Med 1997;157;2413-46.
- 3.- Lifshitz G. Alberto. Aspectos Clínicos de la hipertensión arterial; Programa de Actualización Continua en Medicina Familiar PAC MF-1;2; 23-29.
- 4.- Moragrega AJL y cols, Definición, Clasificación, epidemiología, estratificación, del riesgo, Prevención primaria; Rev. Mex. Cardiol 2005; 16; 7-13.
- 5.- Gutiérrez Hernández Carlos Alberto, Hipertensión Arterial un problema de salud pública; Programa Nacional de Actualización y Desarrollo Académico para el Médico General (PAC MG-3) PRONADAMEG; 2004; 1: 160-168.
- 6.- Gonzáles-Juanatey José Ramón, Mazón Ramos Pilar, Soria Arcos Federico, Barrios Alonso Vivencio, Rodríguez Padial Luís, Bertomeu Martínez Vicente. Actualización (2003) de las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología en Hipertensión Arterial. Rev. Esp. cardiol. 2003; 56: 487-497.
- 7.- Velásquez-Monroy Óscar, Rosas Peralta Martín, Lara Esqueda Agustín, Pastelón Hernández Gustavo, Grupo ENSA 2000, Castillo

Claudia, Attie Fause, Tapia Conyer Roberto. Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México; 2003; 73: 62-77.

8.- Méndez López Dulce Maria, Gómez López Víctor Manuel, García Ruiz Martha Elena, Pérez López José Humberto, Navarrete Escobar Arturo. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2; Revista Medica IMSS 2004; 42 (4): 281-284.

9.- Rodríguez Ábrego Gabriela, Rodríguez Ábrego Isabela. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica; Revista Medica IMSS 2004; 42; 97-102.

10.- Tovar-Granada C, Sánchez-Escobar L, Ponce-Rosas R, Irigoyen-Coria A, Morales-López H. Autopercepción de disfunción familiar en un grupo de familias de la ciudad de México; Archivos en Medicina Familiar; 2003; 5(3): 92-95.

11.- Huerta-Martínez N, Valadéz Rivas B, Sánchez Escobar L. Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de medicina familiar del ISSSTE en la Ciudad de México; Archivos en Medicina Familiar; 2001; 3(4): 95-98.

12.- Mendoza-Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez HF, Pérez-Hernández C. Análisis de la dinámica y Funcionalidad familiar en Atención Primaria; 2006; 8(1): 27-32.

13.- 1ª. Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y Salud. Elementos Esenciales de la Medicina Familiar Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias Código de Bioética en Medicina Familiar; 2005. Publicado en Archivos en Medicina Familiar, An Internacional Journal Vol. 7 supl 1; 2005

ANEXOS

ANEXOS:

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

HOJA DE APGAR FAMILIAR.

HOJA DE FACES III.

CUADROS DE CALIFICACIÓN FACES III.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo _____ en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que se me informo, de una manera clara y precisa, sobre mi participación en un estudio de investigación, sobre problemas de disfunción familiar, en Hipertensión Arterial, en pacientes de la unidad medica familiar numero 53, del Instituto Mexicano del Seguro Social, de Barrancos. Culiacán, Sinaloa.

Por lo que firmo este consentimiento voluntariamente sin estar sujeto a ningún tipo de presión, en presencia de Un testigo.

Lugar y fecha. _____

Aceptante. _____
Nombre y firma.

Testigo. _____
Nombre y firma.

Informante.- _____
Nombre y firma.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.-

Numero.- ____

Nombre. _____ afiliación _____

No. de consultorio _____

Turno.- matutino _____ vespertino. _____

Edad. _____

Sexo: Masculino _____

Femenino _____

Talla: _____

Peso: _____

Hipertensión arterial.- cifras ultima medición:

sistólica _____ diastolica _____

Clasificación:- normotenso. _____

Prehipertenso. _____

Estadio I.- _____

Estadio II.- _____

Tiempo de

Evolución.- < de 1 año _____

1 a 10 años _____

10 a 20 años _____

>20 Años _____

Tabaquismo: Si _____

No _____

Estado civil:- 1.- Soltero _____

2.- Casado _____

3.- Viudo _____

4.- Unión Libre _____

5.- Divorciado _____

IMC. 19-25 _____

25-27 _____

>27 _____

Escolaridad:- 1.- Analfabeta _____

2.- Primaria _____

3.- Secundaria _____

4.- Preparatoria _____

5.- Profesional _____

Ocupación:- 1.- Hogar _____

2.- Empleado _____

3.- Obrero _____

4.- Jubilado _____

5.- Otros _____

Diabetes mellitus: Si _____ No _____

APGAR FAMILIAR

Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado, en su vida de familia y constituye un instrumento de utilidad para determinar si la familia representa un recurso, para el paciente o por el contrario contribuye a su enfermedad.

ADAPTABILIDAD.-(*adaptation*).- capacidad para utilizar recursos intra y extrafamiliares, para resolver situaciones de crisis (pregunta 1).-

PARTICIPACIÓN Y COMPAÑERISMO.-(*partnership*).- capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para la toma de decisiones.- (pregunta 2).-

CRECIMIENTO.- (*growth*).- capacidad de curar las etapas del ciclo vital familiar en forma madura permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia.- (pregunta 3).-

AFECTO.-(*afection*).- capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y demostrar distintas emociones, tanto en bienestar como de emergencia.- (pregunta 4).-

RESOLUCION.-(*resolves*).- capacidad de aplicar los elementos anteriores compartiendo tiempo y recursos especiales y materiales de cada miembro de la familia.- (pregunta 5).-

	Casi siempre (2 puntos)	algunas veces (1 punto)	casi nunca (0 puntos)
1.- Esta satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?			
2.- Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos?			
3.- Encuentra que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades para hacer cambios en su estilo de vida?			
4.- Esta satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?			
5.- Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			

Puntaje.- 00 – 03 = DISFUNCIÓN GRAVE
 04 – 06 = DISFUNCIÓN MODERADA
 07 - 10 = FAMILIA FUNCIONAL

FACES III
ESCALA DE EVALUACION DE LA COHESION Y ADAPTABILIDAD
FAMILIAR.-

Facilita la práctica, la teoría y la investigación con la familia CARACTERISTICAS:-

- Fácil de aplicar.
- Cuenta con una escala de 5 opciones con valores de 1 a 5
- Puede ser contestado por los mayores de 12 años.
- Permite clasificar las familias en 16 posibles combinaciones de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad.
- Integra tres dimensiones de la vida familiar:- cohesión, adaptabilidad y comunicación,
- La funcionalidad se identifica mediante la capacidad que tienen las familias para moverse dentro del modelo como resultado de factores de stress normativo y no normativo.
- La calificación en cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems. Nones.
- La calificación en adaptabilidad es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems Pares.

DESCRIBA A SU FAMILIA

	nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.- los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si					
2.- en nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas					
3.- aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
4.-los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
5.- nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
6.-cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7.- nos sentimos mas unidos entre nosotros que con personas que no son de la familia.					
8.-nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas.					
9.-nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10.- padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.					
11.- nos sentimos muy unidos.					
12.- en nuestra familia los hijos toman las decisiones.					
13.-cuando se toma una decisión importante toda la familia esta presente.					
14.- en nuestra familia las reglas cambian.					
15.- con facilidad podemos planear actividades en familia.					
16.- intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17.-consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18.- en nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.					
19.-la unión familiar es muy importante.					
20.- es difícil decir quien hace las labores del hogar.					

Puntaje.- nunca 1, casi nunca.- 2 algunas veces.- 3, casi siempre.-4, siempre.- 5

Calificaciones:- Nones. ____puntos Pares____Puntos.

CALIFICACION FACES III

TABLA 1

<u>COHESION</u>	<u>AMPLITUD DE CLASE</u>
No relacionada	10-34
Semirelacionada	35-40
Relacionada	41-45
Aglutinada	46-50

TABLA 2

<u>ADAPTABILIDAD</u>	<u>AMPLITUD DE CLASE</u>
Rígida	10-19
Estructurada	20-24
Flexible	25-28
Caótica	29-50

16 TIPOS DE FAMILIAS:

(ejemplo):

	No relacionada	Semí-relacionada	Relacionada	Aglutinada	Total	%
Caótica	13	38	50	29	130	48.1
Flexible	9	20	32	15	76	28.1
Estructurada	8	17	15	3	43	16
Rígida	4	3	10	4	21	7.8
Total	34	78	107	51	51	100
%	12.6	28.9	39.6	18.9	100	

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:-

FEBRERO DEL 2007.

Evaluación y validación del presente protocolo por el comité de ética local.

DEL 1RO DE MARZO AL 30 DE MARZO DEL 2007.

Entrevistas directas a pacientes hipertensos que acudan a la consulta de control, llenado de consentimiento informado, y llenado de hoja de recolección de datos y de cuadros de apgar y faces III.

DEL 1ERO AL 15 DE ABRIL DEL 2007.

Primer avance de análisis de resultados.

DEL 16 DE ABRIL AL 15 DE MAYO DEL 2007.

Entrevistas directas a pacientes hipertensos que acudan a la consulta de control, llenado de consentimiento informado, llenado de hoja de recolección de datos y de cuadros de apgar y faces III.

DEL 16 DE MAYO AL 30 DE MAYO DEL 2007.

Segundo avance de análisis de resultados.

DEL 1ERO DE JUNIO AL 30 DE JUNIO DEL 2007.

Entrevistas a pacientes hipertensos que no puedan acudir a la consulta a sus domicilios por presentar invalidez, o secuelas de complicaciones como Enfermedad vascular cerebral, haciendo interrogatorio a familiar mas cercano, llenado de consentimiento informado por familiar cercano, y pacientes hipertensos que acudan a la consulta aun que no se hallan entrevistado. Llenados de cuadros de faces III y apgar.

DEL 1ERO DE JULIO AL 15 DE JULIO DEL 2007.

Ultimo análisis de resultados para finalizar el presente estudio de investigación.

DEL 1ERO. DE AGOSTO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2007.

Redacción del trabajo de tesis

DEL 1ERO DE ENERO A FEBRERO DEL 2008.

Presentación de tesis.