



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA

HOSPITAL GENERAL DE ZONA 5, NOGALES, SONORA

TITULO:

“TIPOS DE FAMILIA EN HOGARES DE PACIENTES HIPERTENSOS DE ACUERDO AL FACES III EN LA POBLACIÓN DE SANTA ANA, SONORA”

TESIS

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. JESÚS AGNEY S GARCÍA NEGROE

NOGALES, SONORA

AÑO 2012



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.

“TIPOS DE FAMILIA EN HOGARES DE PACIENTES HIPERTENSOS DE ACUERDO AL FACES III EN LA POBLACIÓN DE SANTA ANA, SONORA”

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR


PRESENTA:

DRA. JESÚS AGNEY S GARCÍA NEGROE

AUTORIZACIONES:


DR. EFRAÍN MONTENEGRO REYES
ASESOR DE TEMA Y METODOLOGÍA DE TESIS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NUMERO 5, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE NOGALES, SONORA


DR. ADRIAN AMADOR RÚELAS ACOSTA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NUMERO 5, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE NOGALES, SONORA


“TIPOS DE FAMILIA EN HOGARES DE PACIENTES HIPERTENSOS DE ACUERDO AL FACES III EN LA POBLACIÓN DE SANTA ANA, SONORA”

TITULO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

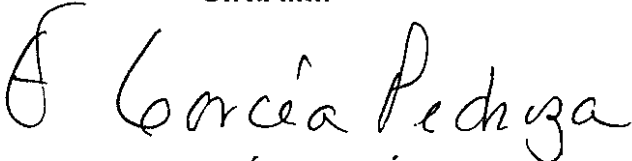
PRESENTA:

DRA. JESÚS AGNEY S GARCÍA NEGROE

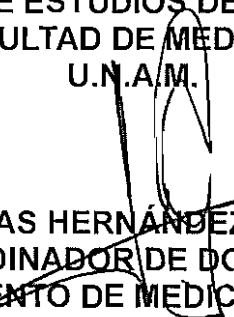
AUTORIZACIONES:



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**



**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 2604
U MED FAMILIAR NUM 37, SONORA

FECHA **08/11/2011**

DRA. JESUS AGNEY-S GARCIA NEGROE

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

TIPOS DE FAMILIA EN HOGARES DE PACIENTES HIPERTENSOS DE ACUERDO AL FACES III EN LA POBLACIÓN DE SANTA ANA, SONORA

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro

R-2011-2604-32

ATENTAMENTE

DR.(A). JOSE LUIS DE LA TORRE MONTESINOS

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 2604

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ÍNDICE:

CONTENIDO	PÁGINA
RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
MARCO TEÓRICO.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
JUSTIFICACIÓN.....	10
OBJETIVO GENERAL.....	11
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
MATERIAL Y MÉTODOS.....	12
RESULTADOS.....	23
DISCUSIÓN.....	33
CONCLUSIONES.....	34
BIBLIOGRAFÍAS.....	35
ANEXOS.....	39

RESUMEN

TIPOS DE FAMILIA EN HOGARES DE PACIENTES HIPERTENSOS DE ACUERDO AL FACES III EN LA POBLACIÓN DE SANTA ANA, SONORA.

García-Negroe J A, Montenegro-Reyes E.

INTRODUCCIÓN: El buen funcionamiento familiar está relacionado con una conveniente integración de la familia, esto puede considerarse como factor protector y de apoyo, sobre todo en enfermedades cronicodegenerativas, la hipertensión arterial sistémica pone a las familias frente a uno de sus mayores desafíos en cuanto a este rubro.

OBJETIVO: Determinar el tipo de familia en hogares de pacientes hipertensos en base al FACES III en la población de Santa Ana, Sonora.

TIPO DE ESTUDIO: Estudio observacional, prospectivo y transversal

MATERIAL Y MÉTODOS: Esta investigación se llevo a cabo en la unidad médica familiar de Santa Ana, Sonora durante el mes de noviembre del 2011. Se realizo mediante muestreo no aleatorizado por conveniencia, el tamaño de la muestra se obtuvo a través de la fórmula para poblaciones finitas, se utilizó el instrumento FACES III para la evaluación de la funcionalidad familiar.

RESULTADOS: Se obtuvieron un total de 206 encuestados. Los resultados en el grupo de pacientes hipertensos fueron: 48 (46.6%) familias balanceadas, 43 (41.7%) familias con riesgo medio y 12 (11.6%) familias extremas en cuanto a funcionalidad. Los resultados del grupo de los familiares fue de 42 (40.7%) familias balanceadas, 47(45.6%) con riesgo medio y 14 (13.5%) extremas en cuanto a su funcionalidad.

CONCLUSIONES: La mayor parte de los pacientes hipertensos estudiados son miembros de familias semirelacionada y rígidas, las cuales se pueden considerar como disfuncionales. Es importante contemplar la familia como fuente primaria de ayuda

social y protectora y por ello un recurso e incluirlo como uno de los elementos importantes en los programas terapéuticos que se ofrecen a estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: Cohesión, adaptabilidad, hipertensión arterial.

INTRODUCCIÓN:

La familia constituye el núcleo básico de nuestra sociedad, esta puede considerarse como factor protector y de apoyo en caso de que exista un adecuado funcionamiento. ¹ El buen funcionamiento familiar está relacionado con una conveniente integración de la familia. En la evaluación de esta es importante definir conceptos de organización como: roles, jerarquía, demarcación de límites y adaptabilidad (flexibilidad vs rigidez), cohesión (proximidad vs distancia) y estilos de comunicación.^{2,3}

La adaptabilidad es un elemento fundamental particularmente en las enfermedades progresivas, recurrentes o que presentan crisis médicas agudas, mientras la cohesión ha demostrado ser un elemento fundamental para la predicción de la respuesta que tendrá la familia frente a la enfermedad.²

A pesar de los avances en cuanto a detección, tratamiento y control de la hipertensión arterial (HAS), ésta constituye un importante problema de salud pública en la mayoría de los países. Ocupa desde hace años un lugar importante en la lista de afecciones a controlar, dado que la morbi-mortalidad nacional y mundial es elevada. La hipertensión es definida como una enfermedad de las sociedades industriales, ya que afecta entre un 8% y un 50% de población adulta en el mundo; se ha convertido en el principal factor de riesgo para desarrollar cardiopatías, enfermedades cerebrovasculares, complicaciones renales, oftalmológicas y hasta la muerte.^{4,5} Esta enfermedad, puede constituirse como un evento estresante con altas probabilidades de ser emocionalmente difícil para el enfermo el llevar a cabo correctamente su tratamiento, lograr su control y prevenir sus múltiples complicaciones; Por lo que, el apoyo familiar es clave para su control, al propiciar un ambiente favorable que reduzca el estrés y mejore el cumplimiento del tratamiento.⁶

Algunas familias sufren deterioro en calidad de vida mientras otros tienen capacidad de adaptación y superan con éxito la crisis⁴

MARCO TEÓRICO:

La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, la mayoría conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad.⁷

A partir de 1956, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como: “El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”. Esta definición incorpora el factor social como elemento que también conforma el bienestar de las personas, además de los factores físico y mental, tradicionalmente considerados.⁸

La salud familiar es la homeostasis biológica, psicológica y social del sistema familiar que resulta del funcionamiento satisfactorio de la familia y que influye en el nivel de salud de cada uno de sus integrantes, propiciando una interacción adecuada con el propio sistema familiar y con su entorno social.⁸

La familia es un sistema que se compone de subsistemas, así como un engrane en una maquinaria, existe el subsistema conyugal, subsistema paterno-filial y subsistema fraternal, toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras.¹⁰ La familia acorde a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad.⁹

Las interacciones entre miembros de la familia en su conjunto determinan las características de la dinámica familiar e influyen en los cuidados que se otorgan al enfermo.¹⁰ En la medicina familiar es importante, establecer el diagnóstico de salud en los grupos familiares y definir el grado de funcionalidad familiar. Es nuestra tarea, fomentar en la familia, la idea de la autorresponsabilidad en la salud.¹¹

La evaluación de la familia es inherente al trabajo habitual en el primer nivel de atención. Además de ser el proceso fundamental para realizar intervenciones promocionales y preventivas a favor de la salud, establecer diagnósticos, manejos y tratamientos, y en su caso, rehabilitación o paliación.¹²

La funcionalidad familiar, es determinante en la conservación de la salud o enfermedad entre sus miembros.¹¹ Así mismo, la familia es la responsable de guiar y proteger a sus miembros. Para que las familias de estos enfermos puedan reorganizar su contexto de apoyo, se requiere educación acorde con sus necesidades, a fin de lograr una mejor participación en el control de la enfermedad.¹²

La familia es, sin duda, la fuente principal de creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud. Las tensiones que sufre a través de su ciclo evolutivo pueden manifestarse en forma de síntomas, los cuales pueden ser la expresión de procesos adaptativos del individuo y ser mantenidos por las conductas familiares. Así, los síntomas somáticos que no mejoran con las medidas convencionales son muchas veces un reflejo de problemas ocultos relacionados con el entorno del paciente, y ese entorno suele ser el familiar.

La enfermedad que tiende a la cronicidad o que incluso se convierte en terminal favorece que el paciente sea etiquetado, lo que afectará el tipo de relación interpersonal con los demás miembros de la familia y con su medio en general.¹³

Dicha relación puede evolucionar hasta llegar a situaciones de estrés crónico que lentamente pueden ocasionar el deterioro familiar, pues durante el proceso de enfermedad la familia sufre de igual manera que el paciente, por lo que indiscutiblemente es necesario no perder de vista a la familia como red de apoyo y en el proceso de recuperación, y esto, sin duda, a partir del trabajo multidisciplinario.¹³

De aquí la importancia de evaluar el funcionamiento familiar, permitirá conocer los recursos y limitaciones que tiene el sistema familiar, incluyendo la capacidad para

resolver problemas, la comunicación, el establecimiento de límites, el involucramiento afectivo entre sus miembros y manejo de las dificultades, la unión y el apoyo.¹³

De acuerdo con la OMS la hipertensión es un padecimiento en el cual hay una elevación de ≥ 140 mmHg en la presión sistólica y/o elevación de ≥ 90 mmHg en la diastólica.¹³ Para determinar las cifras normales de presión arterial, la guía clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) considera como parámetros los mismos planteados por la OMS.¹⁴

El diagnóstico se establece cuando en la visita médica se encuentra elevación de las cifras de la presión arterial por arriba de 140/90 mmHg en dos ocasiones distintas y el diagnóstico se asegura si además se encuentra algún signo de daño en órgano “blanco”.¹⁵

La HAS es un trastorno de carácter multicausal y determina la existencia de diferentes vías etiológicas; además de obligar a la evaluación de efectos interactivos de distintas variables sobre la presión arterial.¹⁶ La presión arterial es mantenida por tres factores: el volumen sanguíneo, la resistencia periférica y el gasto cardíaco. Se estima que en el mundo 600 millones de personas padecen de HAS.¹⁵

Existe una clasificación de presión arterial para adultos mayores de 18 años, donde los pacientes con pre-hipertensión tienen un riesgo incrementado para el desarrollo de HAS.¹⁶

A pesar de los avances en la detección, tratamiento y control de la hipertensión arterial, ésta constituye un importante problema de salud pública en la mayoría de los países.⁴

El instrumento FACES III aplicado tanto en Europa como en México diseñado por Olson y cuyas siglas en inglés significan Escalas Evaluativas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, fue traducida al español en el 2001, validado y aplicado en el 2003 en México por Gómez Clavelina e Irigoyen.¹⁷

Este instrumento mide el grado de cohesión y adaptabilidad existente en las familias. La cohesión es la Vinculación emocional entre los miembros de la familia, e incluye cercanía, compromiso familiar, individualidad y tiempo compartido. Cataloga a las familias como: desligadas, separadas, conectadas o aglutinadas.

En cuanto a la adaptabilidad se define como la habilidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles, las normas y reglas en función de las demandas situacionales o de desarrollo. Los niveles son: rígido, estructurado, flexible y caótico. La funcionalidad se relaciona con los niveles intermedios de ambas dimensiones y la disfuncionalidad familiar con los niveles extremos de ambas dimensiones.¹⁸

La evaluación de la funcionalidad familiar y del riesgo de disfunción propicia la posible participación de los profesionales de la salud en el apoyo que requieran las familias con mayor riesgo de disfunción. La clasificación de familias por este instrumento permite que, ante una evaluación extrema, se considere elemento suficiente para explorarlas con mayor profundidad y con el auxilio tanto de otros profesionales de la salud, como de otros instrumentos. El manejo adecuado de la disfunción, así como de los problemas de salud relacionados requerirá de una intervención terapéutica multidisciplinaria.¹⁹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El funcionamiento familiar, es entendido como la forma en que la familia contribuye a la salud o enfermedad de sus miembros, mediante el desempeño de sus actividades, tareas o funciones básicas, se relaciona, ante la presencia o control de una patología crónica en uno o varios de sus integrantes.

La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo de eventos coronarios y vasculares cerebrales en la población mundial, es uno de los principales motivos de consulta, sus complicaciones se encuentran entre las primeras causas de mortalidad, los factores sociales, genéticos y ambientales, son los causantes de la mayor predisposición a las complicaciones severas. Entre las funciones del médico familiar destacan la promoción a la salud y prevención de enfermedades, así como el conocimiento de la funcionalidad de sus familias.

La hipertensión, está relacionada con la dinámica familiar; y su incidencia puede variar si se aborda desde una perspectiva que incluya el problema en el contexto familiar, puesto que las alteraciones de la vida familiar pueden provocar desequilibrio emocional y descompensación en el estado de salud.

Existen evidencias documentadas de que, cuando se presenta algún tipo de enfermedad crónica como hipertensión, la evolución y respuesta al tratamiento depende en medida del funcionamiento de la familia, debido a que necesitan ser dinámicas, evolutivas y tienen funciones que se deben cumplir durante las etapas de desarrollo, principalmente las funciones de afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus familiar. Estos aspectos interesan a la medicina contemporánea llamándola funcionalidad familiar. La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de alguna(s) de estas funciones por alteración en algunos de los subsistemas familiares.

Dada la alta prevalencia de la enfermedad y la relación con el medio ambiente familiar, se considera relevante determinar el tipo de familia en pacientes con este padecimiento. Por eso surge la pregunta para esta investigación.

¿Cuáles son los tipos de familia en hogares de pacientes hipertensos en base al Instrumento Faces III, en la población de Santa Ana, Sonora?

JUSTIFICACIÓN:

La HAS trasciende en la funcionalidad familiar ya que puede desencadenar crisis familiares y exige un apoyo importante por parte de la familia para que ayude al paciente en la vigilancia y control de la enfermedad. El apoyo familiar es clave para el control de la hipertensión, el propiciar un ambiente que reduzca el estrés, el realizar modificaciones al estilo de vida y el lograr un mejor cumplimiento del tratamiento terapéutico son objetivos primordiales para lograr un adecuado control.

La hipertensión arterial, se estima afecta entre un 8 y 50% de la población adulta mundial y en nuestro país su prevalencia se estima en alrededor del 34.4%, aumentado aun mas en los estado del norte del país.

El tipo de familia también es un factor importante en el control de HAS; un descontrol familiar podría tener como consecuencia un incumplimiento en los objetivos del tratamiento. Por ello, es importante determinar el tipo de familia de acuerdo a su cohesión y adaptabilidad; intentando con esto identificar a las familias con algún tipo de disfunción y derivarlas al servicio de apoyo correspondiente para intentar conservar el núcleo familiar y generar acciones que nos permitan otorgar una mejor calidad de vida.

Esta investigación pretende determinar el tipo de familia de acuerdo al instrumento FACES III, el cual mide la cohesión y adaptabilidad familiar, se pretende con ello evidenciar la relevancia de la funcionalidad familiar en este tipo de padecimientos.

Finalmente, la Dirección de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social ha establecido la enfermedad hipertensiva como tema prioritario y el abordarla desde este enfoque puede ayudar a mantener mejor control a nuestros pacientes y con ello disminuir los costos institucionales.

Debemos recordar que el realizar un diagnóstico temprano mediante controles periódicos y mantener cifras de presión arterial dentro de límites aceptables es la principal herramienta para evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Determinar el tipo de familia en hogares de pacientes hipertensos en base al FACES III en la población de Santa Ana, Sonora.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la tipología familiar que tiene mayor prevalencia en los hogares de pacientes hipertensión de la población de Santa Ana, Sonora.
2. Clasificar a las familias en base a su desarrollo (tradicional, moderna)
3. Clasificar a las familias de acuerdo a su aspecto demográfico (urbana, rural)

METODOLOGÍA:

MATERIAL Y MÉTODOS:

Características del lugar donde se llevó a cabo el estudio:

Esta investigación se llevó a cabo en pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 24 de Santa Ana, Sonora ubicada en las calles Guerrero esquina con Reforma, Colonia Centro. En esta clínica se otorga primer nivel de atención, cuenta con una población adscrita de 5,625 derechohabientes de los cuales 394 son hipertensos.

Diseño del estudio:

Tipo de estudio:

Descriptivo, observacional, transversal

Universo de trabajo: Derechohabientes con hipertensión arterial de la Unidad Médica Familiar No. 24 de Santa Ana, Sonora. Con una población total de 394 hipertensos de acuerdo al Sistema de Información en Salud (SIES) 2009.

Tipo de muestreo: No aleatorizado por casos consecutivos

Tamaño de la muestra: en Sonora existe una prevalencia de HAS del 34.4% y utilizando la fórmula de una proporción para poblaciones finitas. Se calculó el tamaño de la muestra en 103 pacientes, esto con un índice de confianza de 95%.

Descripción de la fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

- N = Total de la población
- $Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 34.4% = 0.344)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (en este caso deseamos un 3%).

Lugar y fecha donde se llevó a cabo el estudio:

El estudio se realizó en la Unidad Medica Familiar No. 24 de Santa Ana, Sonora del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el mes de noviembre del 2011.

Definición de unidades de observación:Criterios de inclusión:

* Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, mayores de 18 años, con hogares formados por tres o más integrantes que deseen participar en el estudio y que firmen el consentimiento informado.

* Familiares de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial mayores de 18 años, que acepten responder el instrumento de evaluación (FACES III) y que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

*Pacientes con complicaciones secundarias como Insuficiencia cardiaca congestiva e insuficiencia renal crónica.

*Pacientes que por alguna discapacidad no puedan responder al instrumento de evaluación.

*Pacientes analfabetas que no les permita responder el instrumento de evaluación.

Criterios de eliminación:

*Pacientes integrados al estudio y durante el proceso de aplicación de encuestas al resto de la familia, decidan no participar.

*Pacientes que se hayan cambiado de clínica de adscripción durante la etapa de campo de la investigación.

*Pacientes que fallezcan antes de terminar de aplicar las encuestas al resto de la familia.

*Encuestas incompletas o ilegibles.

Definición de variables:**Tipos de familia de acuerdo al FACES III.****Variable cualitativa nominal.****Definición conceptual:**

Cohesión: vinculación emocional entre los miembros de la familia que incluye: cercanía, compromiso familiar, individualidad y tiempo compartido. Los niveles de cohesión son: desligada, separada, conectado, aglutinada.

****No relacionada o dispersa**: extrema separación emocional, falta de lealtad familiar, se presenta muy poco involucramiento o interacción entre sus miembros. La correspondencia afectiva es no frecuente entre sus miembros, existe falta de cercanía parento-filial, predomina la separación personal, rara vez pasan el tiempo juntos, necesidad y preferencia por espacios separados, se toman las decisiones independientemente, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales son vistos a solas, existen intereses desiguales, la recreación se lleva a cabo individualmente.

****Semirrelacionada o separada**: hay separación emocional, la lealtad familiar es ocasional, el involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal, algunas veces se demuestra la correspondencia afectiva, los límites parento-filiales son claros, con cierta cercanía entre padres e hijos, se alienta cierta separación personal, el tiempo individual es importante pero pasan parte del tiempo juntos, se prefieren los espacios separados, compartiendo el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente, siendo posibles las decisiones conjuntas; el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales raramente son compartidos con la familia, los intereses son distintos, la recreación es más separada que en forma compartida.

****Relacionada o conectada**: hay cercanía emocional, la lealtad emocional es esperada, se enfatiza el involucramiento pero se permite la distancia personal, las interacciones

afectivas son alentadas y preferidas, los límites entre los subsistemas son claros, con cercanía parento-filial, la necesidad de separación es respetada pero poco valorada, el tiempo que pasan juntos es importante, el espacio privado es respetado, se prefieren las decisiones conjuntas, el interés se focaliza dentro de la familia, los amigos individuales se comparten con la familia, se prefieren los intereses comunes, se prefiere la recreación compartida, más que la individual.

**Aglutinada: cercanía emocional extrema, se demanda lealtad hacia la familia, el involucramiento es altamente simbiótico, los miembros de la familia dependen mucho unos de otros, se expresa la dependencia afectiva, hay extrema reactividad emocional, se dan coaliciones parento-filiales, hay falta de límites generacionales, hay falta de separación personal, la mayor parte del tiempo lo pasan juntos, se permite poco tiempo y espacio privado, las decisiones están sujetas al deseo del grupo, el interés se focaliza dentro de la familia, se prefieren los amigos de la familia más que los personales, los intereses conjuntos se dan por mandato.

Definición operacional:

En relación al resultado obtenido en el parámetro de cohesión del instrumento Faces III.

Escala de medición:

Familias que al aplicar el instrumento resultaron con la siguiente puntuación:

Niveles de cohesión:

No relacionada o dispersa: 10 a 30 puntos

Semirrelacionada o separada: 31 a 35 puntos

Relacionada o conectada: 36 a 40 puntos

Aglutinada: 41 a 50 puntos

Tipo de variable nominal ordinaria

Adaptabilidad: habilidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles, las normas y reglas en función de las demandas situacionales o de desarrollo. Los niveles de adaptabilidad son: rígido, estructurado, flexible y caótico.

****Rígida**: el liderazgo es autoritario, existe fuerte control parental, la disciplina es estricta, rígida y su aplicación es severa, es autocrática, los padres imponen las decisiones, los roles están estrictamente definidos, las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambio.

****Estructurada**: en principio el liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario, la disciplina rara vez es severa, siendo predecibles sus consecuencias, es un tanto democrática, los padres toman las decisiones, las funciones son estables pero pueden compartirse, las reglas se hacen cumplir firmemente, pocas son las que cambian.

****Flexible**: el liderazgo es igualitario, permite cambios, la disciplina es algo severa, negociándose sus consecuencias, usualmente es democrática, hay acuerdo en las decisiones, se comparten los roles o funciones, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad, algunas reglas cambian.

****Caótica**: liderazgo limitado y/o ineficaz, las disciplinas son muy poco severas, habiendo inconsistencia en sus consecuencias, las decisiones parentales son impulsivas, hay falta de claridad en las funciones y existe alternancia e inversión en los mismos, frecuentes cambios en las reglas, que se hacen cumplir inconsistentemente.

Definición operacional:

En relación al resultado obtenido en el parámetro de adaptabilidad del instrumento Faces III.

Escala de medición:

Familias que al aplicar el instrumento resultaron con la siguiente puntuación:

Niveles de adaptabilidad:

Rígida, 10 a 24 puntos

Estructurada, 25 a 28 puntos

Flexible, 29 a 32 puntos

Caótica, 33 a 50 puntos

Tipo de variable: nominal ordinaria

Tipos de familia en base al aspecto demográfico:

Variable cualitativa nominal

Definición conceptual:

**Urbana: Son las familias que se caracterizan por estar en poblaciones urbanas, están en las grandes capitales y en los grandes polos de desarrollo de las principales ciudades del país y con un número poblacional mayor de 2,500 habitantes.

**Rural: las familias se encuentran en poblaciones rurales presentan características que pueden ser o encajar en las familias arcaicas o primitivas, y que se encuentran en poblaciones menores de 2,500 habitantes.

Definición operacional:

De acuerdo a las características de la vivienda, de los resultados de la encuesta sociodemográfica aplicada.

Escala de medición: urbana y rural.

Tipos de familia en base al desarrollo de la familia:

Variable cualitativa nominal

Definición conceptual:

**moderna: padres comparten derechos y obligaciones, hijos participan en la organización familiar y toma de decisiones. Además tiene elementos de desarrollo que nos plantea la idea de un esquema social, lo cual representa y que le podemos encontrar en niveles socioeconómicos altos y el rol activo de la mujer, así como nivel de vida.

**tradicional: representa el gran conglomerado de familias de clase media y que son por su tamaño las más numerosas, tiene como punto o rasgo fundamental la transmisión de modelos socioculturales como son las tradiciones familiares, los valores sociales, y de vida.

Definición operacional:

De acuerdo al desarrollo de la familia, de los resultados de la encuesta sociodemográfica aplicada.

Escala de medición: moderna y tradicional.

Descripción General del Estudio:

Previa autorización del Comité Local de Investigación en salud 2604, se inició el proceso de registro de pacientes hipertensos, el cual se obtuvo de la bitácora de asistencia mensual de los pacientes crónico-degenerativos de la Unidad Médica Familiar No. 24 de Santa Ana, Sonora.

Se seleccionaron a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos para la investigación, se les explicaron los objetivos de la misma y las posibles consecuencias y beneficios de participar, se solicitó la aceptación a participar en la investigación mediante firma del consentimiento informado especialmente adaptado para esta investigación (anexo 1). Posterior a ello, se solicitó responder el instrumento de evaluación completo FACES III (anexo 2), tanto al paciente como al familiar se les otorgó un máximo de 20 minutos para responder. Una vez obtenidos los resultados de las encuestas y recolectados en el formato especialmente diseñado, estos fueron recopilados para su análisis en el paquete estadístico SPSS y finalmente presentados en forma de gráficas para facilitar su interpretación.

Para determinar el tipo de familia se aplicó el instrumento FACES III, que valora a través de 20 reactivos, la adaptabilidad y la cohesión familiar. Se destinan las preguntas impares para la cohesión y las preguntas pares para la adaptabilidad, este instrumento para su mejor interpretación se coteja en sus resultados numéricos con el sistema circunflejo creado también por Olson en el cual clasifica a las familias según su cohesión y según su adaptabilidad.

De esta combinación resultan 16 tipos de familias al conjuntar al tipo de familia según su cohesión y según su adaptabilidad a manera de coordenadas. Las familias se clasifican en: balanceadas o funcionales, de rango medio o moderadamente disfuncionales y extremas o severamente disfuncionales, según el Modelo Circunflejo de Olson, el análisis de éstos resultados nos permitirá tomar decisiones sobre el tratamiento a seguir con las familias.

Factibilidad: Desde el aspecto de factibilidad, no representó problemas ya que solo se requirió de llenar un test.

Análisis estadístico:

Se utilizaron medidas de tendencia central, proporciones y porcentajes, lo que permitió conocer cual tiene mayor o menor frecuencia. El análisis se llevó a cabo en el programa SPSS, los resultados fueron analizados y presentados en gráficas comparativas.

Aspectos éticos:

Se trata de un estudio descriptivo transversal simple sin riesgo, el cual obtuvo sus datos de la aplicación de una encuesta por medio del médico a cargo de la investigación. Al ser una investigación que requiere la participación de personas, se aplicó un consentimiento informado a los participantes, del cual después de firmarlo, se quedaron con una copia.

El presente estudio no afecta la seguridad del paciente. Por otra parte, representa un beneficio diagnóstico para la persona que participa en la investigación.

El médico que aplicó la encuesta se comprometió a explicar en qué consiste el estudio y los objetivos del mismo, así como también la conclusión de los estudios le fueron notificados al participante y el fin de los mismos. Se respetó la decisión de participación en este estudio. Para realizar el presente trabajo se tomaron en cuenta las consideraciones éticas enunciadas. Se respetó la confidencialidad de los datos y los pacientes incluidos en el estudio que dieron su consentimiento informado.

Por lo anterior se pone de manifiesto que se respetaron cabalmente los principios contenidos en el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el informe de Belmont, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos y la Ley General de Salud en Materia de Investigación la cual establece los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica y

tecnológica destinada a la salud. Que el 7 de febrero de 1984 fue publicada en el Diario Oficial de la Federación la Ley General de Salud, reglamentaria del párrafo tercero del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, iniciando su vigencia el 1o. de julio del mismo año.

El cual dice: Promover, orientar, fomentar y apoyar las actividades de investigación a cargo de los gobiernos de las entidades federativas.

RESULTADOS:

Se obtuvo un total de 206 encuestas, 103 aplicadas a pacientes hipertensos y 103 a familiares. Los resultados obtenidos en el grupo de pacientes arrojaron en las encuestas en la cohesión predominaron las familias semirelacionadas 48 (46.6%), relacionadas 42 (40.8%), no relacionadas 11 (10.7%). Como lo muestra la tabla 1. En cuanto a la adaptabilidad predominaron las familias rígidas 41 (39.8%), estructuradas 28 (27.2%), flexibles 26 (25.2), y caóticas 8 (7.8%). Como lo muestra la tabla 2.

Los resultados obtenidos de las encuestas realizadas a los familiares de pacientes fue en cuanto a cohesión (tabla 3) semirelacionada 55 (52.9%), relacionada 34 (32.7%), no relacionadas 12 (11.5%) y aglutinadas 2 (1.9%). En cuanto a su adaptabilidad (tabla 4) presentaron: rígidas 50 (48.1%), estructurada 23 (22.1%), flexible 20 (19.2%) y caótica 10 (9.6%).

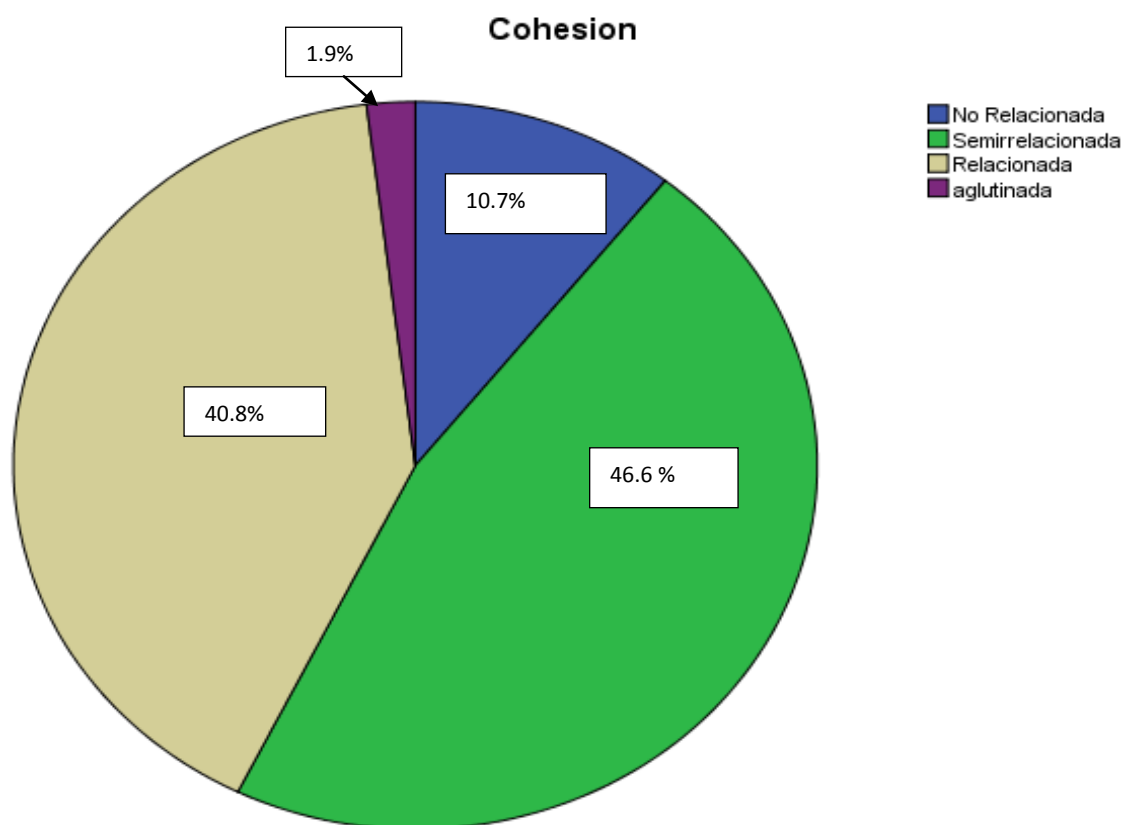
De acuerdo al modelo circunflejo de Olson que comprende 16 tipos de familias, según su cohesión y adaptabilidad en coordenadas con los resultados de las encuestas en los pacientes los resultados fueron: 48 (46.6%) familias balanceadas, 43 (41.7%) familias con riesgo medio y 12 (11.6%) familias extremas en cuanto a función familiar. (Tabla 5).

Con los resultados de las encuestas de los familiares en el modelo circunflejo fue de 42 (40.7%) familias balanceadas, 47(45.6%) con riesgo medio y 14 (13.5%) extremas en cuanto a su funcionalidad. (Tabla 6).

La tabla 7 nos muestra los resultados de la tipología familiar de acuerdo a sus integrantes en donde predominan las nucleares 77 (74.8%), monoparentales 17 (16.5%), compuestas 6 (5.8%) y extensas 3 (2.9%). De acuerdo a la ubicación de la vivienda se encontraron urbanas 92 (89.3%) y rurales 11 (10.7%) tabla 8. En la tabla 9 se muestra la tipología familiar de acuerdo a las personas que trabajan como son moderna 54 (52.4%) y tradicional 49 (47.6%).

COHESION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO RELACIONADA	11	10.7
SEMIRRELACIONADA	48	46.6
RELACIONADA	42	40.8
AGLUTINADA	2	1.9
TOTAL	103	100.0

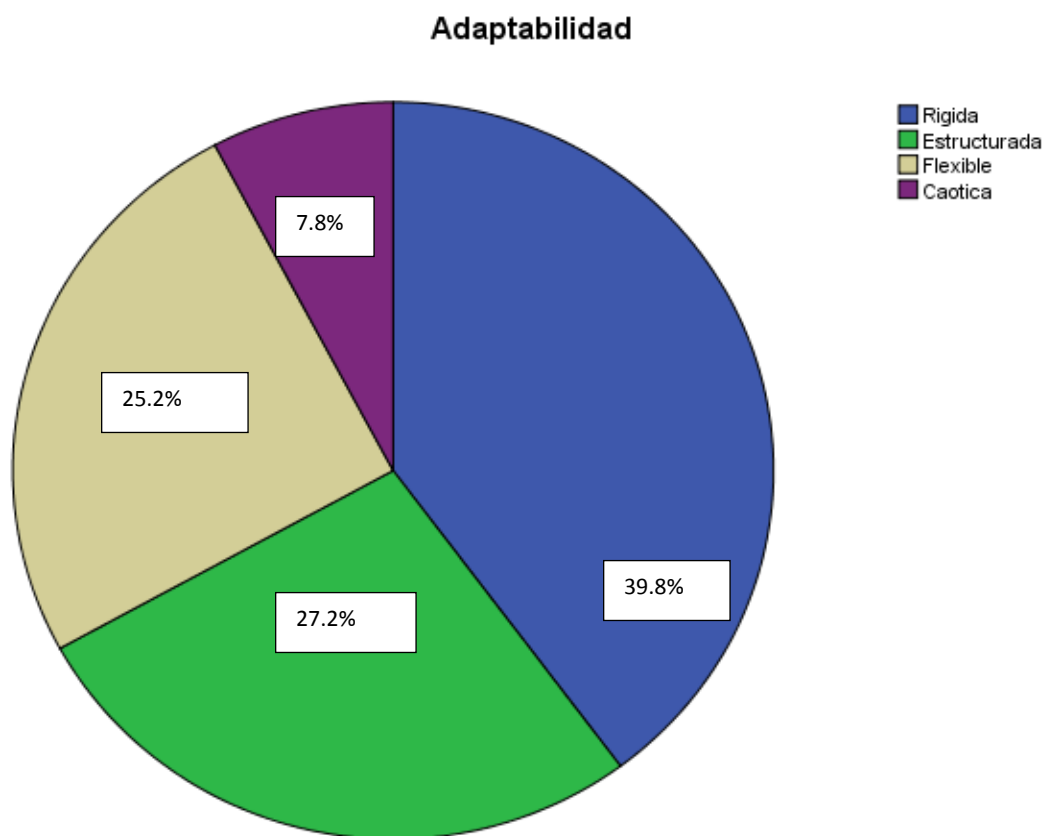
TABLA 1: VALORES Y PORCENTAJE DE COHESION EN PACIENTES HIPERTENSOS EN SANTA ANA, SONORA **FUENTE:** HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.



GRÁFICA DE ACUERDO A LOS VALORES DE COHESION DE LA TABLA 1

ADAPTABILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RÍGIDA	41	39.8
ESTRUCTURADA	28	27.2
FLEXIBLE	26	25.2
CAÓTICA	8	7.8
TOTAL	103	100.0

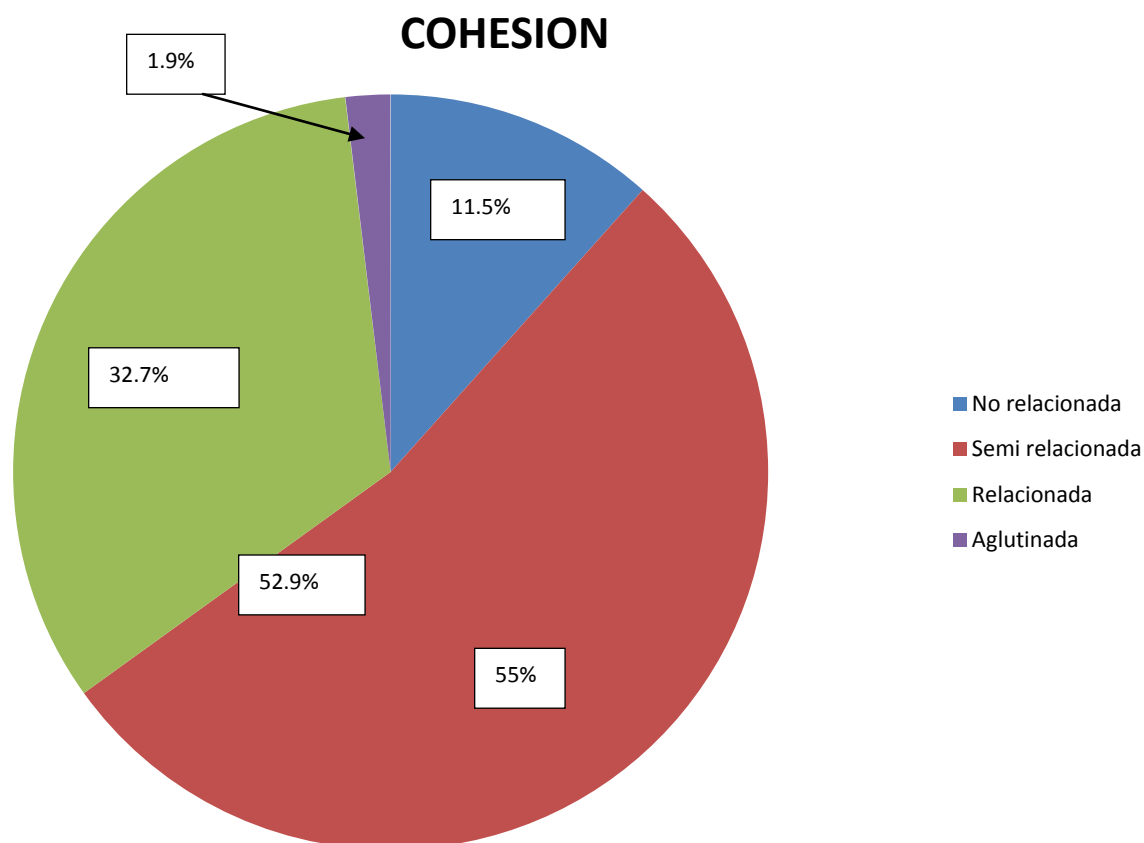
TABLA 2: VALORES Y PORCENTAJE DE ADAPTABILIDAD EN PACIENTES HIPERTENSOS EN SANTA ANA, SONORA. **FUENTE:** HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



GRÁFICA DE ACUERDO A LOS VALORES DE ADAPTABILIDAD DE LA TABLA 2

COHESION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO RELACIONADA	12	11.5
SEMI RELACIONADA	55	52.9
RELACIONADA	34	32.7
AGLUTINADA	2	1.9
TOTAL	103	99.0

TABLA 3: VALORES Y PORCENTAJE DE COHESIÓN EN FAMILIARES DE PACIENTES HIPERTENSOS EN SANTA ANA, SONORA. **FUENTE:** HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

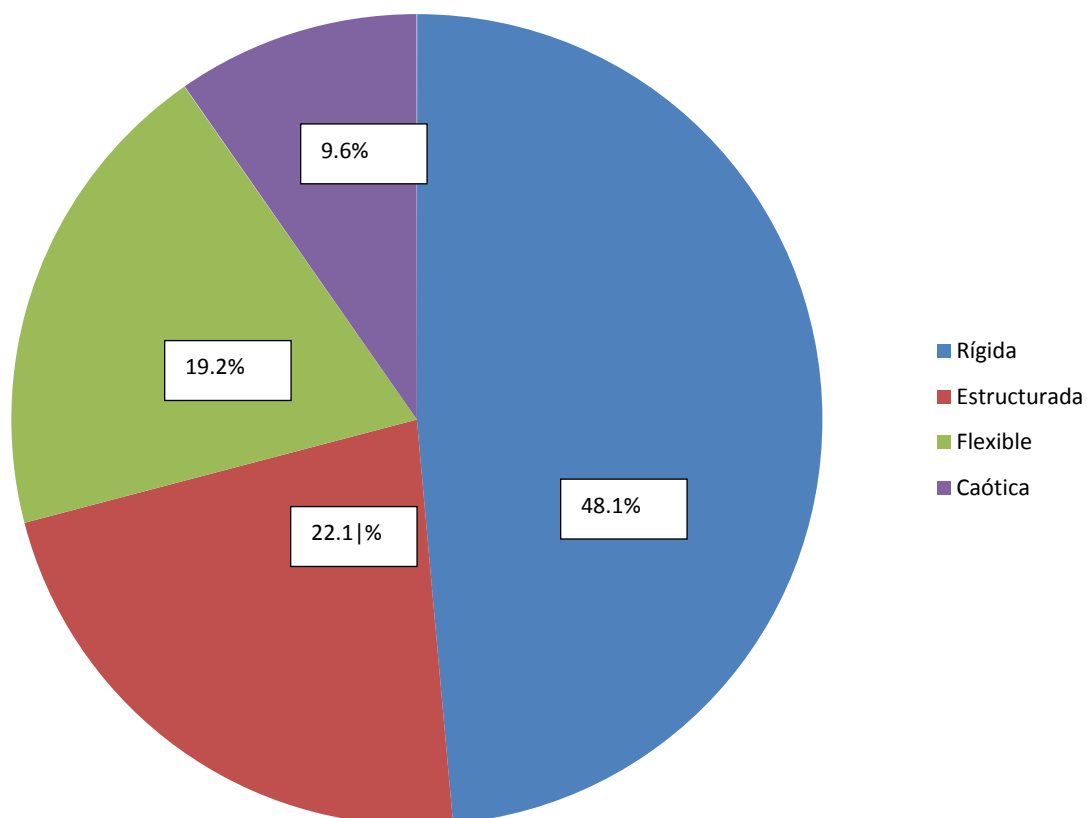


GRÁFICA DE ACUERDO A LOS VALORES DE COHESION EN FAMILIARES DE PACIENTES HIPERTENSOS DE LA TABLA 3

ADAPTABILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RÍGIDA	50	48.1
ESTRUCTURADA	23	22.1
FLEXIBLE	20	19.2
CAÓTICA	10	9.6
TOTAL	103	99.0

TABLA 4: VALORES Y PORCENTAJE DE ADAPTABILIDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES HIPERTENSOS EN SANTA ANA, SONORA. **FUENTE:** HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ADAPTABILIDAD

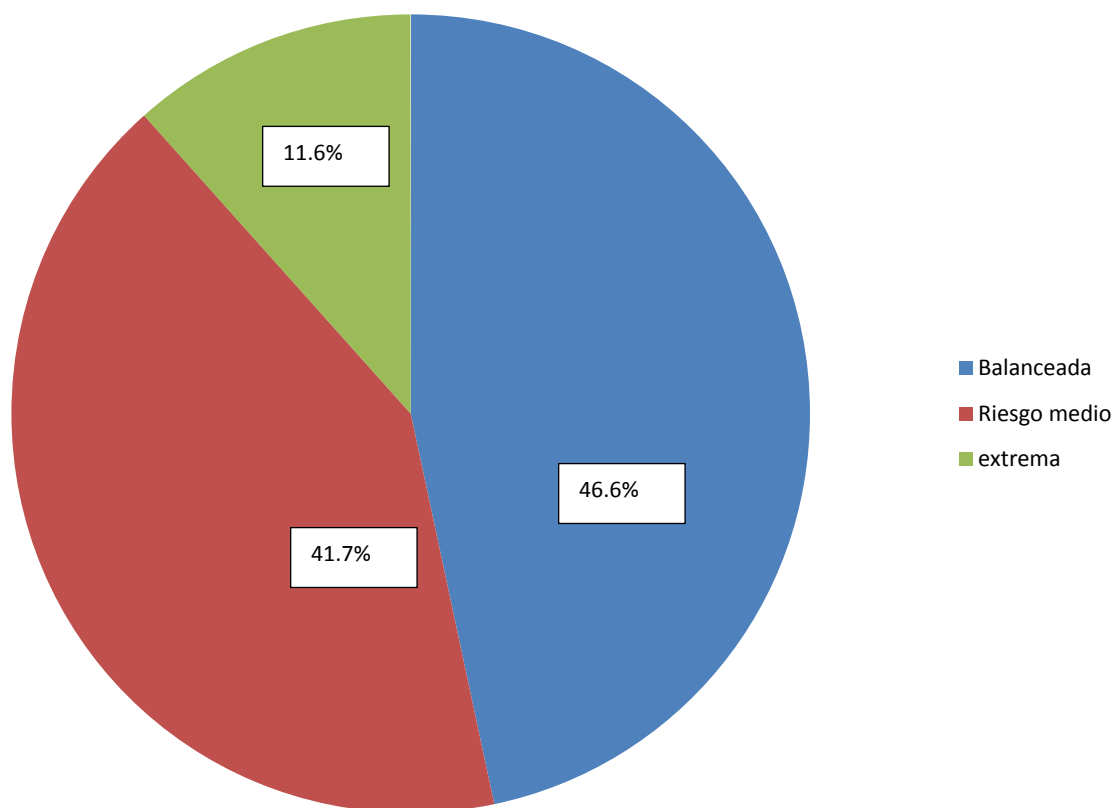


GRÁFICA DE ACUERDO A LOS VALORES DE ADAPTABILIDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES HIPERTENSOS DE LA TABLA 4

TIPOS DE FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BALANCEADA	48	46.6
RIESGO MEDIO	43	41.7
EXTREMA	12	11.6
TOTAL	103	100

TABLA 5: VALORES Y PORCENTAJE TIPOS DE FAMILIA DE ACUERDO AL MODELO CIRCUNFLEJO DE OLSON EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA POBLACIÓN DE SANTA ANA, SONORA. **FUENTE:** HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Tipo de familias según pacientes de acuerdo al modelo circunflejo de Olson



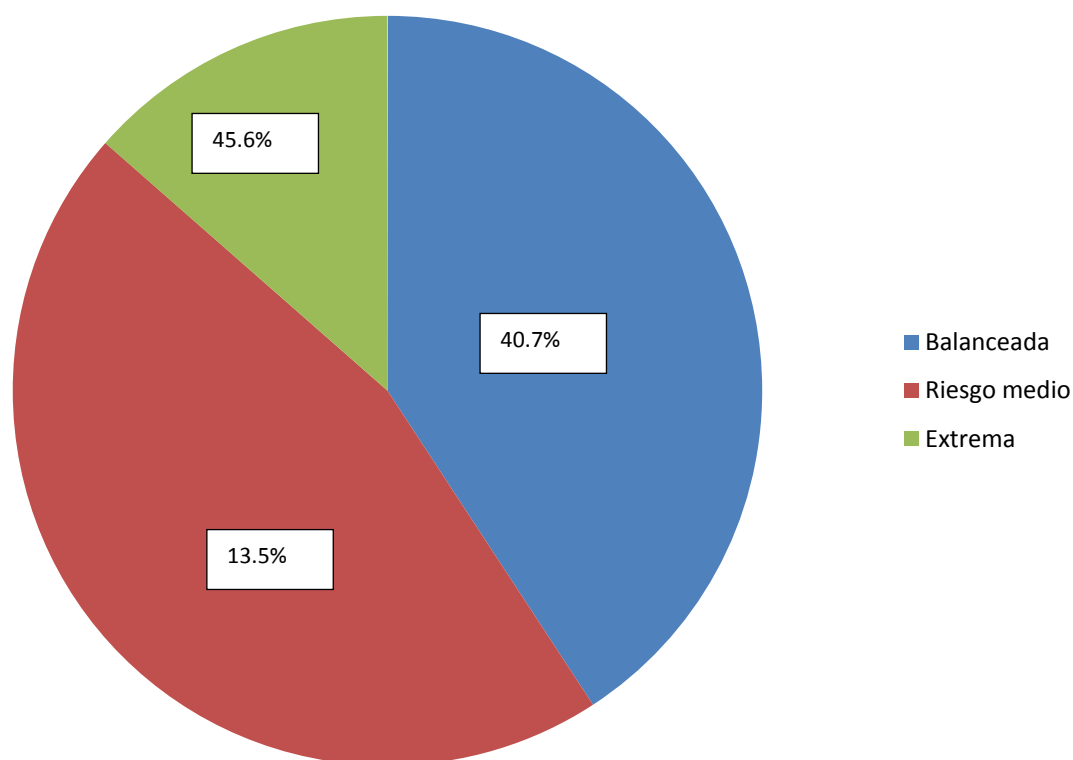
GRÁFICA DE ACUERDO A LOS VALORES DE TABLA 5

TIPOS DE FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BALANCEADA	42	40.7
RIESGO MEDIO	47	45.6
EXTREMA	14	13.5
TOTAL	103	100

TABLA 6: VALORES Y PORCENTAJE TIPOS DE FAMILIA DE ACUERDO AL MODELO CIRCUNFLEJO DE OLSON EN FAMILIARES DE PACIENTES HIPERTENSOS DE LA POBLACIÓN DE SANTA ANA, SONORA

FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

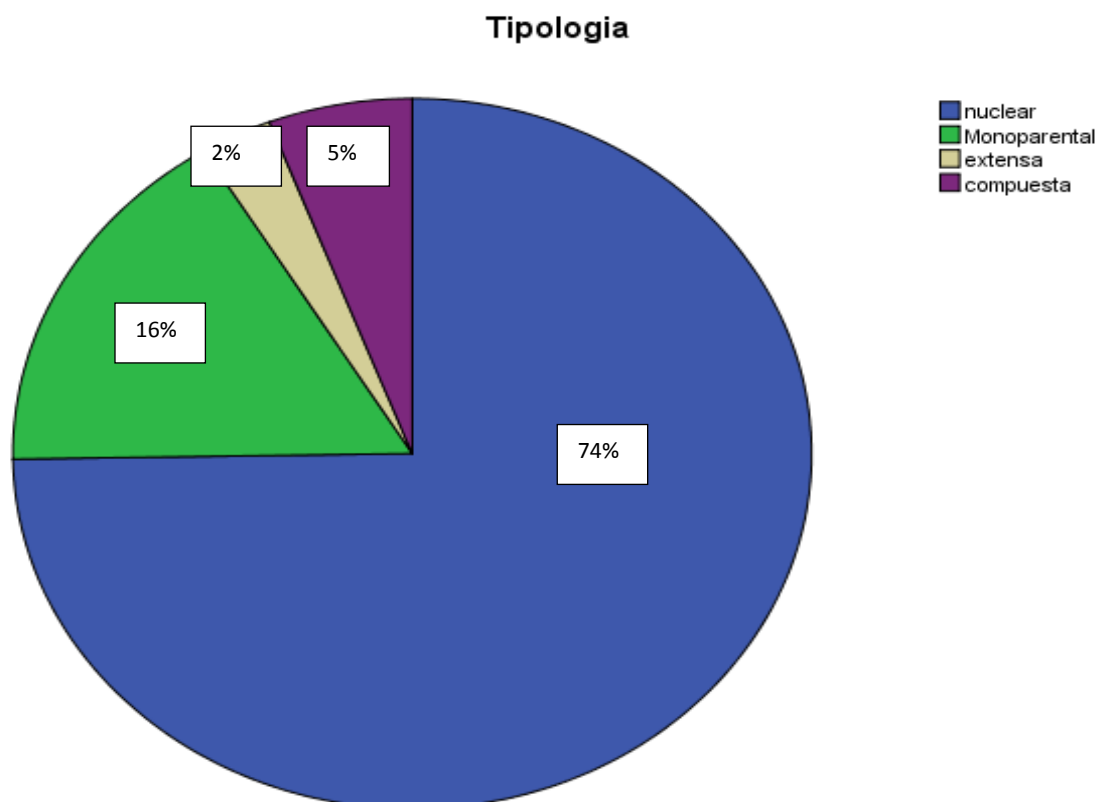
Tipos de familias según familiares de pacientes hipertensos de acuerdo al modelo circunflejo de Olson



GRÁFICA DE ACUERDO A LOS VALORES DE TABLA 6

TIPOS DE FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NUCLEAR	77	74.9
MONOPARENTAL	17	16.5
EXTENSA	3	2.9
COMPUESTA	6	5.8
TOTAL	103	100.0

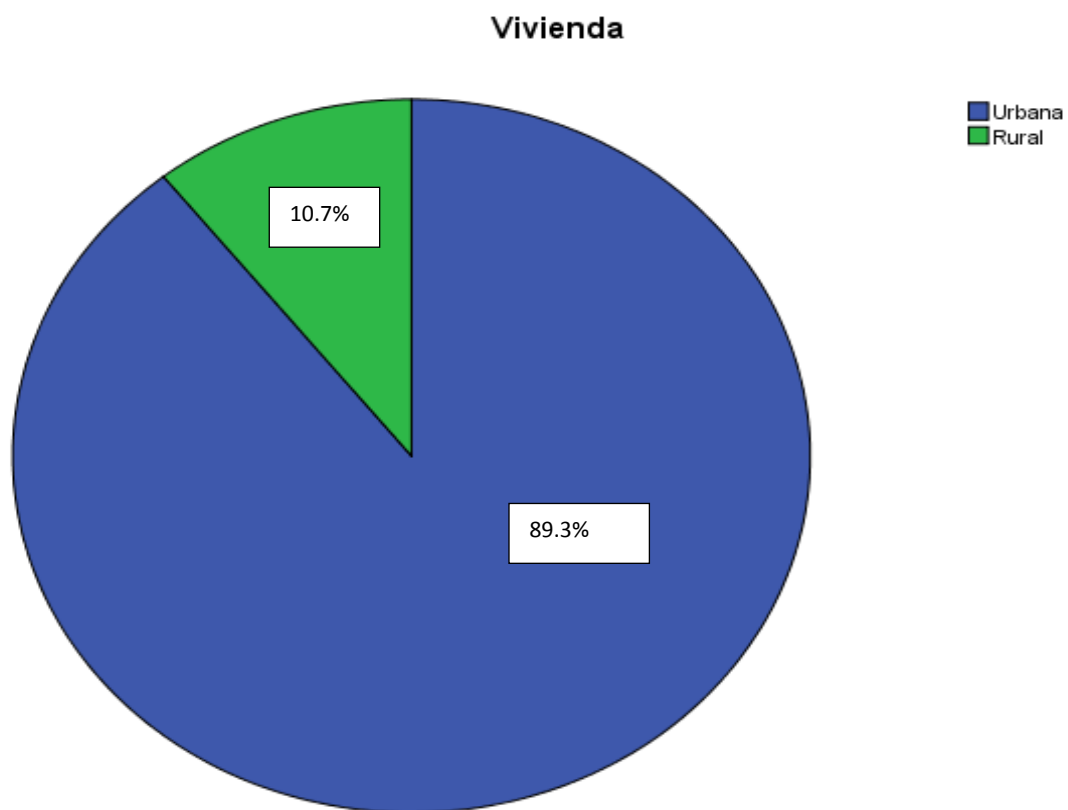
TABLA 7: VALORES Y PORCENTAJE DEL TIPO DE FAMILIA EN PACIENTES HIPERTENSOS EN SANTA ANA, SONORA. **FUENTE:** HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



GRÁFICA DE ACUERDO A LOS VALORES DE TIPOLOGÍA FAMILIAR DE LA TABLA 7

TIPOS DE VIVIENDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
URBANA	92	89.3
RURAL	11	10.7
TOTAL	103	100.0

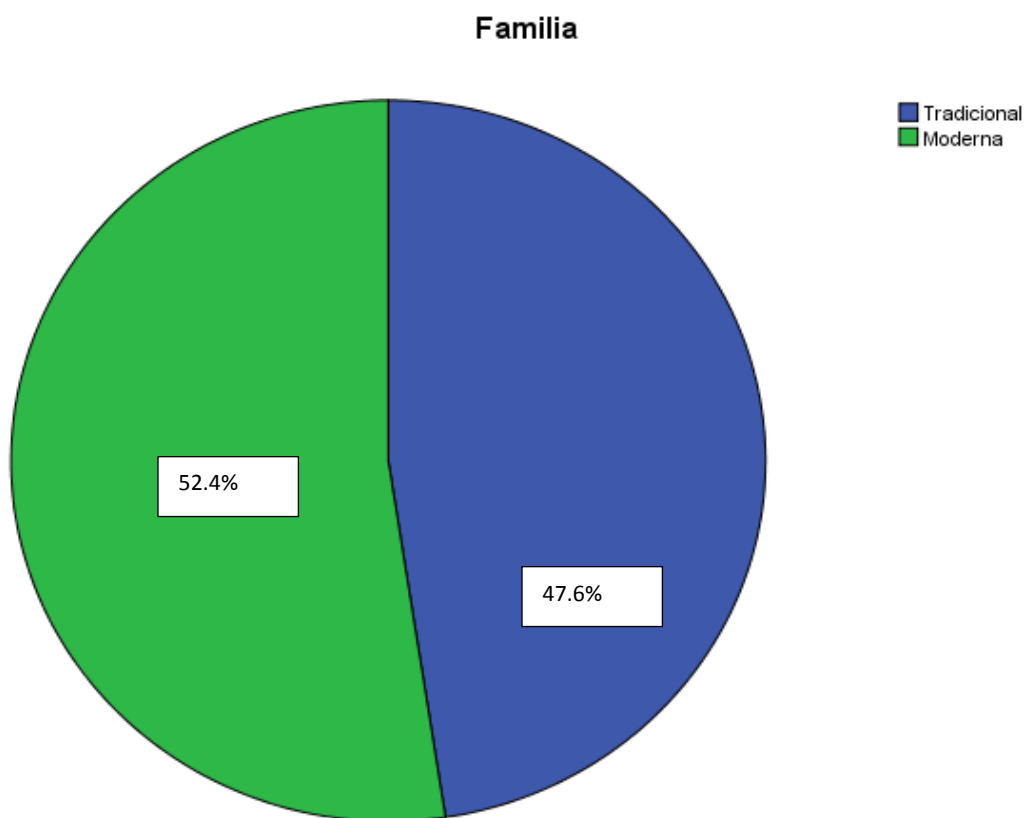
TABLA 8: VALORES Y PORCENTAJE DE TIPOS DE VIVIENDA EN BASE AL ASPECTO DEMOGRÁFICO EN PACIENTES HIPERTENSOS EN SANTA ANA, SONORA. **FUENTE:** HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.



GRÁFICA DE ACUERDO A LOS VALORES DE VIVIENDA DE LA TABLA 8

TIPOS DE FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TRADICIONAL	49	47.6
MODERNA	54	52.4
TOTAL	103	100.0

TABLA 9: VALORES Y PORCENTAJE DEL TIPO DE FAMILIA EN BASE AL DESARROLLO DE LA FAMILIA DE PACIENTES HIPERTENSOS EN SANTA ANA, SONORA. **FUENTE:** HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.



GRÁFICA DE ACUERDO A LOS VALORES DE PERSONAS QUE LABORAN EN LA FAMILIA DE LA TABLA 9

DISCUSIÓN:

En las familias con un enfermo crónico, en este caso hipertensión arterial, la necesidad de cohesión permanente y la habilidad para adaptarse a las cambiantes circunstancias del ciclo de vida es imprescindible para el buen funcionamiento familiar. En este estudio se utilizó un instrumento de evaluación familiar el cual evalúa la cohesión y adaptabilidad, mismos que nos dan a conocer la tipología familiar de los hogares de pacientes hipertensos, este instrumento se aplicó al paciente y a un integrante de sus familias para darle más apego a la realidad, al momento de realizar el estudio, aunque básicamente no mínima la diferencia entre estos resultados.

En base a los resultados del FACES III, predominaron semirelacionadas y rígidas, tanto en los pacientes como en el familiar, así como al aplicarlo al modelo circunflejo de Olson las familias que predominaron en los pacientes fueron la balanceadas, y en los familiares fueron las de riesgo medio, aunque en realidad con un mínimo de diferencia, lo cual indica que en estas familias de acuerdo a la cohesión hay separación emocional, la lealtad familiar es ocasional, el involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal, algunas veces se demuestra la correspondencia afectiva se alienta cierta separación personal, el tiempo individual es importante pero pasan parte del tiempo juntos, se prefieren los espacios separados, compartiendo el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente, siendo posibles las decisiones conjuntas; el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales raramente son compartidos con la familia, los intereses son distintos, la recreación es más separada que en forma compartida. Y en adaptabilidad el liderazgo es autoritario, la disciplina es estricta, rígida y su aplicación es severa, es autocrática, los padres imponen las decisiones, los roles están estrictamente definidos, las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambio. La investigación obtuvo además resultados con predominio en familias nucleares, tradicionales y urbanas. Estudios similares a otras literaturas en zonas urbanas.

CONCLUSIONES:

Existen, por tanto, dos fuerzas aparentemente contrapuestas en todo grupo familiar: la COHESIÓN (tiende a fortalecer el vínculo, a mantenerla unida) y la ADAPTABILIDAD (fuerza centrífuga que tiende al cambio, a la necesidad de adaptarse a otros grupos, a otros contextos).

La flexibilidad y el equilibrio dinámico entre estas dos fuerzas son necesarios para la evolución saludable de toda familia. Una pérdida de balance extremo en alguna de las dos tendencias suele precipitar conflictos.

Así, una tendencia centrípeta hace que la familia trate de impedir una comunicación fluida de sus miembros con el exterior al considerarlo un lugar peligroso para la familia. La comunicación y la afectividad dentro del grupo son escasas o muy limitadas.

Es importante contemplar a la familia como fuente primaria de ayuda social que funcione de manera protectora, para aumentar la resistencia a las enfermedades y que ayude a lograr que, cuando surge una enfermedad el paciente cumpla con el tratamiento, por lo que la familia en sí debe considerarse un importante recurso e incluirlo como uno de los elementos más importantes en los programas terapéuticos que se ofrecen a estos pacientes.

Los resultados de la investigación nos servirán para fundamentar políticas de educación en el hipertenso y su hogar para mejorar el ambiente familiar y la calidad de comunicación entre sus miembros. Así mismo servirá de base para futuras investigaciones en torno a control de enfermedades crónicas y su ambiente familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.-Huerta V D. Estructura familiar y factores de riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial. Arch Med Fam 2005; 7(3):87-92.
- 2.-Ramírez L C, Méndez E E, Barrón G F. Funcionalidad Familiar y Enfermedad Crónica Infantil. Hospital Universitario “Dr. José E. González”, México [Internet] Monterrey, Nuevo León; [consulta agosto 2011]. Disponible a: [<www.nuevoamanecer.edu.mx/imgs/pdf/Funcionalidadfamiliar.>](http://www.nuevoamanecer.edu.mx/imgs/pdf/Funcionalidadfamiliar.>)
- 3.-Minuchin S. Familias y Terapia Familiar. 2a. Ed. Barcelona España. Edit. Juan Granica 2001: 78-138.
- 4.-Arrivillaga M y cols. ¿Puede una intervención biopsicosocial reducir los niveles de presión arterial? Med UNAB 2006; 9(1).20-27.
- 5.-Montes de O V, Hebrero M. Los retos del envejecimiento y la pobreza en México para la protección social en salud: Los servicios y la seguridad social, experiencia institucional en la vejez. Sal Pub Mex 2005; 49:E353-E356.
- 6.-García L R. Frecuencia de Disfunción Familiar en pacientes hipertensos descontrolados. Tesis (para obtener diploma de especialista en medicina familiar). Colima, México. Universidad de Colima, Facultad de Medicina, 2007. 39 h.
- 7.-Concenso Académico. Conceptos Básicos para el Estudio de la Familia. Arch Med Fam 2005: 7(1)15-19.
- 8.-Mendizábal O, Pinto B. Estructura Familiar y Diabetes. Ajayu 2006; 4(2)191-211.

9.-Rangel J L. Funcionalidad Familiar en la Adolescente Embarazada. Rev Fac Med UNAM 2004; 47 (1):24-27.

10.-Cabrera P C E. Aptitud Clínica de los Médicos Familiares en la identificación de la disfunción Familiar en Unidades de Medicina Familiar de Guadalajara México. Sal Ment 2006; 29(4)40-46.

11.-Ortiz M T. Comité Organizador del Consenso de Medicina Familiar. Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias. Arch Med Fam 2005; 7(1):15-19.

12.-Organización Mundial de la Salud. Preparación de los profesionales de la atención de la salud para el siglo XXI: El reto de las enfermedades crónicas. 1era Ed. Suiza: publicaciones INIS, 2007.

13.- Kanán C G, Rivera H M, Rodríguez O A y Cols. Funcionamiento familiar de los pacientes hipertensos con y sin la experiencia de la migración. Psic y Sal 2010:20, (2): 203-212.

14.-Oviedo M E F, Olivares R. Guía clínica para el diagnóstico clínico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Mex IMSS 2004; 41:15-26.

15.-Guadalajara J F. Hipertensión Arterial. EN: Cardiología. 6ta Ed. México D.F: Méndez editores, 2006.

16.- Molerio P O, Arce G M A, Otero R I, Nieves A Z. El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial. Rev Cubana Hig Epidemiol. [Internet].Cuba, Habana

2005, [citado abril 2011]; 43(1): Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol43_1_05/hig07105.pdf

17.-Mendoza S L y cols. Análisis de la Dinámica y funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Arch Med Fam 2006; 8(1)27-32.

18.-De la Cerda S M, y Cols. Tipos de familias de niños y adolescentes que acuden al instituto nuevo amanecer A.B.P. Hospital Universitario “Dr. José E. González”, México [Internet] Monterrey, Nuevo León; [consulta agosto 2011]. Disponible a:
<<http://www.nuevoamanecer.edu.mx/imgs/pdf/TipFamNinosadolescentesacuden.pdf>>

19.-Gómez-Clavelina F. J. Dr. Irigoyen Coria A. Dr. Versión al Español y Adaptación Transcultural de FACES III (Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales). Arch Med Fam.1999;1(3)73-79.

20.-Rodriguez M H, y Cols. Sonora en: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. 1ra ed. México D.F: Publicaciones del Instituto Nacional de Salud Pública; 2007.

21.-Cruz G P. Clínicas de hipertensión arterial, una necesidad de nuestra sociedad. Rev Mex Enfer Card 2004; 12(3)92.

22.-Membrillo L A, Fernández O M, Quiroz P J, Rodríguez L J. Composición Familiar EN: Familia, introducción al estudio de sus elementos. 1ra Ed. México D.F: Editores de textos mexicanos, 2008.

23.- Concha T M, Rodríguez G C. Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. *Theoria*. [Internet] 2010: [consulta agosto 2011] 19 (1)41-50. Disponible en: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/299/29916956004.pdf>>

24.-González A, González A N, Vázquez G, González A L, Gómez P. Importancia de la participación familiar en el control de la Hipertensión arterial. *Medicentro* [internet] 2004 [consulta agosto 2011]; 8(2). Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/importancia_de_lafamilia_en_el_control_de_la__hta_.pdf>

25.- Pérez A M, Leiva F F, Crespo F M, García R A J, Prados T D y Cols. Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. *Med de Fam*. 2001; 2, (1).

26.-Suarez C M. El médico familiar y la atención a la familia. *Rev Pacea Med Fam* 2006; 3(4): 95-100.

ANEXOS:

ANEXO: 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y Fecha: _____

Por medio de la presente yo: _____ autorizo mi participación en el protocolo titulado: Tipos de familia en hogares de pacientes hipertensos de acuerdo al FACES III en la población de Santa Ana, Sonora.

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la Comisión Nacional de Investigación Científica con el número: _____

El objetivo del estudio es: Determinar el tipo de familia en hogares de pacientes hipertensos en base al FACES III en la población de Santa Ana, Sonora.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Responder el instrumento de evaluación aplicado en la investigación.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de la participación de mi persona, que son los siguientes: No existen riesgos, solo el inconveniente del tiempo utilizado en dar respuesta al instrumento, el cual es aproximadamente 20 min.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para el tratamiento (en su caso), así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con el tratamiento de mi persona. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se identificará a mi persona en publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a la permanencia de mi persona.

Nombre y Firma del paciente

Dra. J. Agneys García Negroe
Investigador responsable

Testigo

Testigo

Nombre y Firma

Nombre y Firma

Investigador Responsable Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o Preguntas

relacionadas con el estudio: Dra. J. Agneys García Negroe cel: 6323180398, email: rya_number1@hotmail.com

ANEXO 2

FACES III VERSIÓN FAMILIAR David H. Olson

Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado

NUNCA **CASI NUNCA** **ALGUNAS VECES** **CASI SIEMPRE**
1 **2** **3** **4**

valor	1. Los miembros de nuestra familia se apoyan entre sí.
	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 más unidos entre nosotros, que con personas que no son de la familia.
	8. La familia cambia de 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 está 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 que las labores del hogar.

ANEXO 3

ENCUESTA SOCIO DEMOGRÁFICA:

SEXO:		MASCULINO ()	FEMENINO ()
EDAD:	_____ AÑOS CUMPLIDOS _____ MESES		
NUMERO DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA			
QUIENES HABITAN EN LA CASA			
ESPOSA ()	HIJOS ()	OTROS, MENCIONE RELACIÓN O PARENTESCO	
OCUPACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA			
PROF.()	TÉCNICO()	OBRAERO ()	OTROS ()
LUGAR DONDE VIVE		URBANO()	RURAL()
PERSONAS QUE TRABAJAN DE SU CASA			
PADRE()		MADRE()	HIJOS ()