



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN BAJA CALIFORNIA**

**SEDE: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 40
MEXICALI BAJA CALIFORNIA**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE
LA UMF No. 16 DEL IMSS EN MEXICALI B.C.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR PRESENTA:**

Dra. Bruna Elena Fonseca Sandoval

Mexicali B. C., OCTUBRE 2016



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.



**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL
DE LA UMF No. 16 DEL IMSS EN MEXICALI B.C.**

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

PRESENTA:

BRUNA ELENA FONSECA SANDOVAL.

AUTORIZACIONES:

DRA. REBECA ESTHER MARTÍNEZ FIERRO

ASESOR TEMÁTICO

D.C. MARÍA ELENA HARO ACOSTA.

**D.C. EN SALUD
ASESOR METODOLÓGICO**

DRA. SUJEY ANALI RUIZ MAGALLÓN

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
SEDE: UMF No. 40 IMSS MEXICALI B.C.**

DRA. REBECA ESTHER MARTÍNEZ FIERRO

**COORDINADORA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DE UMF No. 40 MEXICALI. B.C**

MEXICALI B.C., OCTUBRE 2016



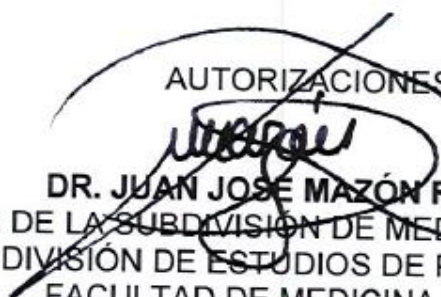
**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL
DE LA UMF No. 16 DEL IMSS EN MEXICALI B.C.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.**

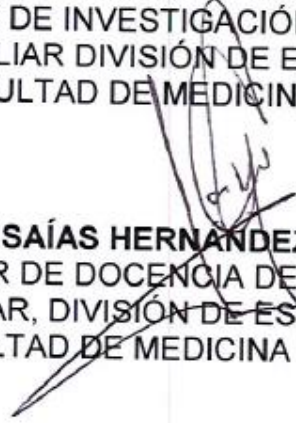
PRESENTA:

DRA. BRUNA ELENA FONSECA SANDOVAL

AUTORIZACIONES:


DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.


DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN
DE MEDICINA FAMILIAR DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.


DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

MEXICALI B.C., OCTUBRE 2016



"2014, Año de Octavio Paz".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 201
H GRAL ZONA NUM 30, BAJA CALIFORNIA

FECHA 10/09/2014

DRA. BRUNA ELENA FONSECA SANDOVAL

PRESENTE

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

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL DE LA UMF No. 16 DEL IMSS EN MEXICALI, B.C.

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en 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-2014-201-35



ATENTAMENTE

DR.(A). MARTÍN ALEJANDRO DAUTT ESPINOZA
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 201

COMITE DE INVESTIGACION
H. G. Z. II No. 30
MEXICALI, B. C.

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

R E V I S A D O



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 40
MEXICALI BAJA CALIFORNIA

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA UMF No. 16 DEL IMSS EN MEXICALI B.C.

Bruna Elena Fonseca Sandoval¹, María Elena Haro Acosta², Rebeca Esther Martínez Fierro³.

¹Alumno del curso de Especialización en Medicina Familiar, ²D.C. en Salud, ³ Médico Familiar.

INTRODUCCIÓN: la familia vínculo clave que se establece entre el proceso salud-enfermedad y el paciente, la hipertensión arterial es una enfermedad que representa un factor de riesgo para diversas patologías, el apoyo familiar es importante para un mejor control de estos pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: ¿Cuál es la funcionalidad familiar en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No.16 del IMSS en Mexicali B.C.?

OBJETIVO: determinar el grado de Funcionalidad Familiar en pacientes con Hipertensión Arterial de la UMF No.16 del IMSS en Mexicali B.C.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio transversal, en 228 pacientes hipertensos de 20-59 años, que reunieron los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio, se les aplicó el cuestionario FACES III. Se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central, porcentajes y frecuencias, se analizaron en el programa SPSS versión 21.

RESULTADOS: De 228 pacientes; 130 fueron femeninos (57%) y 98 (43%) masculinos; el rango de edad predominante fue de 46 a 59 años (49.1%). Se obtuvo un 87% de pacientes en control de la presión, de los cuales el 55.2% presentó funcionalidad y 44.8% disfuncionalidad; en los pacientes con descontrol (13%), se encontró 24.1% con funcionalidad y 75.9% con disfunción.

CONCLUSIONES: La funcionalidad familiar tiene un impacto positivo en el buen control de la Hipertensión Arterial, por lo que cabe incluir a la familia como factor determinante en el apego de la terapéutica médica y no médica.

PALABRA CLAVE: Funcionalidad Familiar, Hipertensión Arterial.

ÍNDICE

	Pág.
Resumen.....	5
CAPÍTULO I	
Marco teórico.....	7
CAPÍTULO II	
Planteamiento del problema.....	23
Justificación.....	24
Objetivos.....	25
• General.....	25
• Específicos.....	25
CAPÍTULO III	
Metodología.....	26
• Diseño de estudio.....	26
• Lugar y periodo de estudio.....	26
• Tamaño de muestra.....	26
• Procedimiento.....	27
• Criterios de selección.....	29
-Criterio de inclusión.....	29
-Criterios de exclusión.....	29
-Criterios de eliminación.....	29
• Operacionalización de las variables.....	32
• Análisis estadístico.....	33
• Aspectos éticos.....	33
CAPÍTULO IV	
Resultados.....	34
Discusión.....	40
Conclusiones.....	42
Referencias bibliográficas.....	44
Anexos	
• Carta de consentimiento informado del Director.....	47
• Carta de consentimiento informado.....	48
• Hoja de recolección de datos.....	52
• Cronograma.....	53

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

La Hipertensión Arterial Sistémica (HTA) constituye uno de los problemas médicos sanitarios más importantes de la medicina contemporánea, es un problema de salud de relevancia mundial,¹⁻² no solo por los perjuicios que ocasiona en la salud de las personas sino también, por el número apreciable de muertes e incapacidades que produce de manera indirecta por su condición de factor de riesgo para el desarrollo de otras patologías.³

La HTA es el mayor factor de riesgo para enfermedad cardiaca, infarto agudo, al miocardio, enfermedad renal crónica y enfermedad renal terminal,⁴ la HTA se define como la enfermedad que se produce en las cifras de tensión arterial, medidas como promedio en tres tomas realizadas en condiciones apropiadas, se encuentran por encima de 140 mmHg de Tensión Arterial Sistólica (TAS) y/o 90 mmHg de Tensión Arterial Diastólica (TAD) según la Guía de Práctica Clínica.⁵

La prevalencia de la HTA en México es de 30% de la población total, pero en las personas mayores de 60 años, su prevalencia asciende al 50%, en mayores de 20 años es de 31%, se estima que más de quince millones en la población de 20 a 60 años la padece, pero más de la mitad de la población portadora lo ignora, ya que 13.4 al 27 % se detectan y de estos solo la mitad toma medicamentos aun así solo el 20% de los que están recibiendo tratamiento están controlados.⁵

La prevención de esta entidad es la medida sanitaria más importante, universal y menos costosa, la cual es alcanzada con medidas de promoción y educación dirigidas a las modificaciones del estilo de vida, que impacta sobre los factores de riesgo asociado a la HTA. La Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) registro una prevalencia de HTA de 31.9% en la región norte del país y con mayor predominio en nivel socioeconómico alto.⁶

Alrededor del mundo uno de cada cuatro adultos sufre HTA, según la declaración de la Asociación Americana del Corazón (AHA), cerca del 49% de estos pacientes

desarrollará un ataque isquémico cerebral o coronario, así como probable daño renal. Esta condición afecta a más de 50 millones de pacientes en Estados Unidos, prevalencia que aumenta con la edad. El control inadecuado de la tensión arterial contribuye a estos eventos de manera importante de acuerdo con datos del estudio Framingham, el cual revela que el 90% de las personas que llegan a los 55 años normotensos desarrollarán hipertensión en algún momento de su vida.⁷

En la séptima reunión del Comité de Evaluación para la Hipertensión Arterial en Estados Unidos 2003 agregan el concepto de prehipertensión la cual se define como aquellos pacientes con factores de riesgo para desarrollar hipertensión en el transcurso de la vida, el impacto de las medidas preventivas y de los esfuerzos que se hacen para mantener a estos individuos en cifras tensionales normales aseguran el éxito de una adecuada visualización de un enorme problema de salud en nuestro país como en el resto del mundo.^{3,7}

La base de la terapia en el manejo de la HTA es tener estilos de vida saludable y evitar el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. En México, la HTA es una de las principales causas de consulta externa en relación a su manejo y sus complicaciones, la Guía Práctica Clínica (GPC) 2010 del IMSS describe la técnica de determinación de cifras de tensión arterial, valores normales y abordaje terapéutico específico de las condiciones derivadas.^{5, 8}

Existe relación entre el sobrepeso y la obesidad con el incremento de la presión arterial ya que por cada 10 kg por encima del peso ideal se incrementa en 2-3 mmHg la presión sistólica y 1 mmHg la diastólica, es conveniente mantener un índice de masa corporal de 20 a 25 kg/m², por lo que es necesario enfatizar en la prevención, apego a la terapéutica farmacológica y modificación de estilo de vida.^{5, 8}

Es importante identificar y controlar los factores de riesgo para la HTA, con una adecuada detección en los grupos de riesgo, pero sobre todo realizar acciones preventivas con monitorización en pacientes jóvenes que aún no desarrollan la enfermedad, aunado a acciones educativas. Los estados del norte del país, entre ellos Baja California, presentan mayor prevalencia de hipertensos, aunque se ha mejorado la detección, lamentablemente el 61% de las personas detectadas desconocían tener la enfermedad, situación que es importante, ya que en general en México el paciente acude al médico cuando han transcurrido varios años desde el inicio de su enfermedad, existiendo en la mayoría algún grado de daño a órgano blanco.⁹

La gravedad de la hipertensión está dada por los niveles de mmHg y los factores de riesgo, lo que determina la magnitud y velocidad de progresión al órgano blanco, situación que debe de considerarse primordial para la indicación de un tratamiento médico.¹⁰ Es importante reconocer que la mayoría de los lineamientos internacionales están basados en estudios realizados en población anglosajona y/o caucásica; en general, éstos incluyen a personas con edad mayor de 55 años; sin embargo, en México, la distribución poblacional es aún de tipo piramidal, es decir, la mayor parte de la población adulta se ubica entre los 20 y 54 años. Por lo tanto, si bien es cierto que la prevalencia de la hipertensión en términos porcentuales se relaciona de manera directa con la edad, al cuantificar el número absoluto de pacientes portadores de hipertensión, se encontró que en México el 75% de los hipertensos, tienen menos de 54 años de edad; por lo tanto, debemos desmitificar que la hipertensión es una enfermedad de gente adulta mayor.¹⁰

Desde luego que las cifras de presión arterial siguen siendo piedra angular en la estratificación de riesgo, de acuerdo con JNC 7, el límite para definir a una persona hipertensa, es mayor a 140 mmHg en la presión sistólica y/o una elevación mayor de 90 mmHg en la diastólica.¹¹

Clasificación de la presión arterial de acuerdo a JNC 7.¹¹

Estadio	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	120	80
Prehipertensión	>120 a 139	>80 a 89
HTA Estadio 1	140 a 159	90 a 99
HTA Estadio 2	>160	>110

Para retrasar la aparición y progresión de la enfermedad, es necesario enfocar nuestra atención en el tratamiento no farmacológico de la HTA, en la modificación del estilo de vida y el plan de alimentación. El programa llamado Dietary Approaches Stop Hypertension (DASH), utilizado actualmente en Estados Unidos está diseñado para incorporar las recomendaciones nutricionales en hábitos alimentarios saludables para la mayoría de las personas.¹¹

El sobrepeso en los adultos jóvenes predice sobrepeso en la vida adulta y se acompaña no sólo de alteraciones metabólicas sino también psicosociales. En los estudios realizados con tendencia al sobrepeso las cifras de prevalencia indican un problema de salud pública.¹² Existen otros factores de riesgo como: el sexo, la edad, herencia, diabetes, factores socioculturales (alcoholismo, tabaquismo, toxicomanías, sedentarismo), que forman un conjunto de condicionantes que inciden en la prevalencia y en la estructuración de la HTA en la etapa del adulto, lo que conlleva a daño a órgano blanco específicamente Hipertrofia de ventrículo izquierdo.¹³ Además el espesor de la íntima y media de la arteria carótida se asocia a mayor prevalencia de enfermedad cardiovascular y aumento de la incidencia de nuevos infartos al miocardio.¹⁴

El automonitoreo puede realizarse en cualquier parte y es una herramienta útil en el manejo de los pacientes con diagnóstico de hipertensión,¹⁴ además de lo anterior; se evita el factor de la bata blanca, otra variable a considerar en la determinación de la cifra de tensión arterial en estos pacientes. Un estudio considera que se debe tomar en cuenta cuando la cifra es de 1 al 10%, de elevación de la presión arterial en el consultorio, debido a que elevaciones por encima de ese porcentaje corresponden a una verdadera

hipertensión descontrolada.¹⁵De cualquier manera estos pacientes deben ser monitorizados de manera ambulatoria para determinar la hipertensión arterial con sospecha de padecerla, ya que se ha demostrado que estos individuos desarrollan mayores complicaciones cardiovasculares que la población general, como son hipertrofia de ventrículo izquierdo y afección por aterosclerosis, debiéndose considerar como sujetos de riesgo. ^{13,16}

Derivado del análisis multifactorial de la hipertensión, surge la inquietud en relación al manejo con dieta baja en colesterol y modificación de los hábitos de riesgo, el iniciar con algún fármaco antihipertensivo en estos individuos hasta hoy día no está indicado, según las recomendaciones de la AHA; estos medicamentos, se indican cuando existan situaciones concomitantes, tales como diabetes o antecedente de dislipidemiamixta o aislada; nuestro gran reto es identificar a estos pacientes para determinar acciones puntuales en la prevención del desarrollo de la patología cardiovascular.¹⁶

La familia representa, para la mayoría de las personas, una fuente importante de apoyo y seguridad, permitiendo el intercambio de amor, afecto, respeto y valor. La organización familiar y sus interacciones influyen directamente en el éxito del tratamiento de la Hipertensión arterial. ¹⁷

La familia es un sistema social que determina su funcionamiento por las interrelaciones entre sus miembros, es la unidad básica de toda estructura social, y aunque puede variar de una cultura a otra, su finalidad es siempre la misma, colaborar en el crecimiento individual y colectivo de sus integrantes. Además es responsable de la socialización y de las implicaciones que esto conlleva las cuales incluyen: normas, valores, creencias, prejuicios, mitos y tabúes de la sociedad, tiene una estructura y función que definen una dinámica propia. ¹⁸

El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedades, por lo que, en base a la familia si cumple o deje de cumplir sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional. ¹⁸

El médico de familia es el único especialista que tiene la oportunidad de contemplar el paso sucesivo de las etapas del ciclo vital familiar de sus pacientes y por esta razón,

ocupa una inmejorable posición en la prevención de problemas clínicos y psicosociales, en asesoramiento, potenciación de cambios conductuales y en la prestación de ayuda en las crisis desencadenadas por las que atraviesa la familia y por diversas etapas predecibles durante todo su desarrollo, en las cuales existen diferentes expectativas, necesidades y fenómenos que pueden afectar la salud de sus miembros. El estudio de las etapas del desarrollo familiar permite el análisis genérico de la historia natural de la familia desde su formación hasta su disolución.¹⁹

La familia funcional cumple con las funciones básicas que le son encomendadas de acuerdo a su ciclo vital, la familia aquí es capaz de manejar adecuadamente el estrés, cuando esto no es logrado, se utiliza el término de disfunción familiar, perdiendo la capacidad funcional, donde ocurren alteraciones en el proceso de salud-enfermedad.¹⁹

Los momentos de transición en la vida familiar producen tensiones que exigen cambios en la organización familiar para adaptarse a las necesidades cambiantes de sus miembros. Los límites se relajan o se hacen rígidos, las reglas y los roles se confunden, se replantean jerarquías, se reviven conflictos irresueltos. Estos momentos serán más o menos estresantes según sea la historia de resolución de las crisis vitales, la cohesión familiar y la adaptabilidad. Es importante aprender a reconocer estos momentos de crisis evolutivas para no afectar la vida de las personas.²⁰

Las crisis se producen por las diversas etapas evolutivas, se llaman crisis del desarrollo, estas son universales esperable y necesarias en un proceso evolutivo sano, surgen desde la naturaleza de la biología y la sociedad, más que desde la estructura familiar.²¹

La OMS enuncia el siguiente modelo del ciclo vital modificado emitido por De La Revilla.²²

Modelo del ciclo vital de la OMS Modificado²²

I Formación: Va desde el matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo.

IIA Extensión: Desde el nacimiento del primer hijo hasta que el primer hijo tiene 11 años.

IIB Extensión: Desde que el primer hijo tiene 11 años hasta el nacimiento del último hijo.

III Final de la extensión: Desde el nacimiento del último hijo hasta que el primer hijo abandona el hogar.

IV Contracción: Desde que el primer hijo abandona el hogar hasta que el último hijo abandona el hogar.

V Final de la contracción: Desde que el último hijo abandona el hogar hasta que llega la muerte del primer cónyuge.

VI Disolución: Desde la muerte del primer cónyuge hasta la muerte del cónyuge superviviente.

Desde una perspectiva conductual y emocional, cada etapa del Ciclo Vital Familiar (CVF) implica cambios, crisis de desarrollo y adaptaciones que afectan la salud de sus miembros y a la función familiar; los cambios y necesidades en cada estadio del ciclo vital familiar son los siguientes:²²

Fase de formación: Cuando un hombre y una mujer deciden vivir juntos, cada uno aporta necesidades y esperanzas en este acuerdo. Forman un nuevo grupo primario que establece cambios en sus relaciones anteriores con sus padres, hermanos y amigos. En esta fase tiene lugar el ajuste matrimonial; la familia que espera el primer hijo, se enfrenta a nuevos problemas que tendrán características diferentes, según sea o no deseado. La pareja deberá adaptarse a la nueva situación, capacitándose para dar respuesta a problemas como el acondicionamiento de la vivienda, modificaciones en las relaciones, cambios físicos de la mujer, entre otros.²²

Fase de extensión: El nacimiento del primer hijo supone un cambio sustancial en la pareja. La madre ocupará gran parte de su tiempo en atender al niño y tendrá que posponer proyectos personales y variar sus relaciones con los amigos incluso con su pareja. El padre deberá también cambiar sus hábitos, con el fin de participar más activamente en las tareas domésticas y en el cuidado del niño. En la edad preescolar comienza el desarrollo de la personalidad; en esta etapa el niño es un explorador sin límites. Más tarde con el inicio de la escolarización, aumentan las influencias externas en la familia que se expone a nuevos y diferentes sistemas de valores. En la adolescencia surgen problemas derivados del desarrollo emocional propios del adolescente. Se produce una lucha por el control cuando éste pretende mayores libertades y privilegios y los padres buscan un equilibrio entre libertad y responsabilidad, dependencia e independencia.²²

Fase de contracción: Los hijos emprenden su propio camino al abandonar el hogar. La aprobación o no de la conducta de los hijos, la imposibilidad de influir en ellos producen cambios en las relaciones familiares capaces de generar estrés.²²

Fases de final de la contracción y disolución: La etapa de “nido vacío” centra sus problemas en dos niveles el primero corresponde a la adaptación de la pareja a su nueva situación, en la que vuelve a estar sola como al principio, pero sin los estímulos de lucha de la primera etapa y con un progresivo oscurecimiento de sus expectativas futuras. El otro está relacionado con los problemas de la senectud. La jubilación que suele presentarse en esta etapa conlleva a pérdidas importantes: disminución de ingresos, de status social, de compañeros y de ocupación. Los cambios mentales y emocionales que acompañan la senectud dan lugar a una excesiva demanda de tensión y cuidados, a la par que generan desconfianza, desesperanza y una conciencia de inutilidad. La familia es la unidad microsocial dependiente de la estructura social global de la cual recibe todas sus características y sus valores fundamentales y se reflejan sus peculiaridades y problemáticas de la sociedad en general en su estructura y su dinámica se concluye que la atención a la salud de la familia constituye una necesidad si se desea progresar en las estrategias de la promoción, prevención y recuperación de la salud en la atención primaria.²²

Estructura familiar con base en el parentesco.

El principio estructural es un elemento de fundamental importancia en la estructura familiar, según Laslett reside su importancia en el lazo conyugal, del cual se requieren al menos dos individuos relacionados o correspondientes, para que puedan integrar una familia. El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta. La trascendencia de esta clasificación se identifica fundamentalmente, en la necesidad del médico familiar de identificar características de los integrantes de las familias, que influyan en el proceso salud enfermedad y cuya importancia se relacione con las consecuencias propias del parentesco, según De la Revilla clasifica a la familia como sigue:²³

Clasificación de las familias con base en el parentesco: ²³

Nuclear: hombre y mujer sin hijos.

Nuclear simple: padre y madre con 1 a 3 hijos.

Nuclear numerosa: padre y madre con 4 hijos o más.

Reconstruida (binuclear): padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior.

Monoparental: padre o madre con hijos.

Monoparental extendida: padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco.

Monoparental extendida compuesta: padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.

Extensa: padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco.

Extensa compuesta: padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.

No parental: familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera).^{23,24}

La dinámica familiar es el conjunto de pautas transaccionales que establece de qué manera, cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo con el ciclo vital por el que esté atravesando dicha familia. Es la totalidad de fuerzas tanto positivas como negativas, determinantes del buen o mal funcionamiento de este sistema y al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar.²⁵

La familia a lo largo de su ciclo vital se enfrenta a numerosas situaciones que pueden producir ruptura de su homeostasis, como son las enfermedades graves o crónicas, dificultad económica, crisis producidas por los cambios en etapas del desarrollo familiar ante estas situaciones, el funcionamiento de las familias puede seguir dos pasos, lograr un nuevo equilibrio o la crisis familiar, el apoyo familiar se obtiene a través de redes sociales y recursos familiares.²⁶

Minuchin (1982) considera que la familia es un sistema que se transforma a partir de la influencia de los elementos externos que la circundan los cuales modifican su dinámica interna. ²⁷

El estudio de la familia, requiere de dos elementos fundamentales, su estructura y su funcionalidad, la estructura se puede valorar mediante la evaluación demográfica familiar clasificación integral de la familia, lo que contribuye a conocer a cada integrante de la familia, se puede evidenciar el sistema y como son afectados en su comportamiento y desarrollo individual, así como la respuesta del grupo familiar para afrontar eventos.²⁸

A través del modelo de los sistema familiares Olson en 1983, estudio los factores que equilibran o desequilibran a la familia anglosajona por medio de la escala de evaluación Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES III), el cual facilita la visualización integral de la estructura familiar, además de presentar un esquema de funcionalidad fundamentado en tres dimensiones: cohesión, adaptabilidad y comunicación, este modelo permite establecer diversas hipótesis acerca de la funcionalidad familiar con base en las relaciones interpersonales de sus miembros. La comunicación familiar es la tercera dimensión y facilita el movimiento de las otras dos.²⁹

La cohesión familiar se define por los vínculos emocionales que cada miembro tiene con el otro, evalúa el grado por el cual los miembros están conectados o separados del resto de la familia; esta dimensión se define por los vínculos emocionales que cada miembro tiene con el otro. Dentro del Modelo Circunflejo se usan los conceptos específicos para diagnosticar y medir la dimensión de la cohesión, estos son: la unión emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreación.²⁹

Existen cuatro niveles de cohesión familiar, escalonados desde la baja a la alta cohesión: Según el **grado de cohesión**, las familias pueden ser: ²⁹

Familias desligadas: existe extrema separación emocional, caracterizada por falta de lealtad familiar: se da muy poca interacción entre sus miembros y la correspondencia afectiva es muy remota: la gran lejanía paterno-filial: predomina la separación personal; rara vez se pasan el tiempo juntos. La gran necesidad y preferencia por espacios separados. Se toman las decisiones independientemente, el interés se localiza fuera de

la familia, los amigos personales son vistos a solas, existen intereses desiguales y la recreación se lleva a cabo individualmente.²⁹

Familias separadas: hay separación emocional, la lealtad familiar es ocasional, la interacción se acepta prefiriéndose la distancia personal; algunas veces se demuestra la correspondencia afectiva. Los límites paterno-filiales son claros con cierta cercanía entre padres e hijos. Se alienta cierta separación personal, el tiempo individual es importante pero se pasa parte de los tiempos 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 de los miembros familiares son distintos. La recreación se lleva a cabo más separada que de forma compartida.²⁹

Familias conectadas: hay más cercanía emocional, lo esperado es la lealtad familiar. Se enfatiza la interacción pero aún se permite la distancia personal, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, los límites entre los subsistemas son claros con cercanía paterno-filial. La necesidad de separación es respetada pero poco valorada, el tiempo que se pasan juntos es importante, el espacio privado es respetado. Se prefieren las decisiones conjuntas, el interés se focaliza ahora dentro de la familia, los amigos individuales se comparten con la familia; se prefieren los intereses comunes y la recreación compartida antes que la individual. ²⁹

Familias amalgamadas: La cercanía emocional es extrema. Se demanda lealtad hacia la familia los miembros de la familia dependen mucho unos de otros (dependencia afectiva), faltan límites generacionales y se dan coaliciones paterno-filiales. No hay separación personal. La mayor parte del tiempo se pasan juntos, los intereses conjuntos se dan por mandato y se permite poco tiempo y espacio privado. Las decisiones están sujetas al deseo de grupo. El interés se focaliza dentro de la familia. Se prefieren los amigos de la familia a los amigos personales. ²⁹

La adaptabilidad familiar se define como la capacidad de un sistema marital o familiar para cambiar sus estructuras de poder, relaciones de rol y reglas de la relación en

respuesta al estrés situacional o evolutivo. Estudia el grado en que la familia es flexible y capaz de cambiar. Los conceptos específicos utilizados para medir la dimensión de la adaptabilidad son: poder familiar (asertividad, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de rol y reglas de la relación. Existen cuatro niveles de adaptabilidad familiar, desde la baja a la alta adaptabilidad.²⁹

Según el **grado de adaptabilidad**, las familias pueden ser:²⁹

Familias rígidas: en estas el liderazgo es autoritario, existiendo fuerte control parental; la disciplina es estricta, rígida y su aplicación 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.²⁹

Familias estructuradas: en principio, el liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario. La disciplina rara vez es severa, siendo predecible sus consecuencias. Es un tanto democrática, los padres toman las decisiones, los roles son estables pero pueden compartirse. Las reglas se hacen cumplir firmemente y pocas son las reglas que se cambian.²⁹

Familias flexibles: en éstas el liderazgo es igualitario, permite cambios. La disciplina es algo severa, aunque sus consecuencias pueden negociarse. Usualmente son democráticas, las decisiones se toman por acuerdo. Se comparten los roles. Las reglas se hacen cumplir con flexibilidad e incluso algunas cambian.²⁹

Familias caóticas: el liderazgo es limitado y/o ineficaz. La disciplina es muy poco severa habiendo inconsistencia en sus consecuencias. Las decisiones parentales son impulsivas. Falta claridad en los roles y con frecuencia éstos se alternan e invierten. Hay frecuentes cambios en las reglas y éstas no se hacen cumplir de manera consistente.²⁹

Existen instrumentos que nos apoyan para delimitar a la familia en base a su funcionalidad como es el **FACES III**, instrumento fácil de aplicar y calificar, puede ser contestado por cualquier miembro de la familia mayor de 12 años de edad. Tiene una sensibilidad del 87% y una especificidad del 74%. Se dispone de versiones adaptadas y probadas para parejas sin hijos, con hijos, con hijos adolescentes y parejas en etapa de

Conectada	41 a 45	Flexible	25 a 28	Balanceada
Amalgamada	46 a 50	Caótica	29 a 50	Alta

A D A P T A B I L I D A D		COHESIÓN			
		DESLIGADA	SEPARADA	CONECTADA	AMALGAMADA
	CAÓTICA	Caótica Desligada	Caótica Separada	Caótica Conectada	Caótica Amalgamada
	FLEXIBLE	Flexible Desligada	Flexible Separada	Flexible Conectada	Flexible Amalgamada
	ESTRUCTURADA	Estructurada Desligada	Estructurada Separada	Estructurada Conectada	Estructurada Amalgamada
	RÍGIDA	Rígida Desligada	Rígida Separada	Rígida Conectada	Rígida Amalgamada

ANTECEDENTES

Con respecto a nuestro estudio denominado Funcionalidad Familiar en pacientes con Hipertensión arterial de la UMF No. 16 del IMSS en Mexicali B. C. existen estudios realizados por otros investigadores, los cuales fundamentan nuestro estudio como: el estudio realizado en Santa Clara Villa Rica Cuba; estudio descriptivo en 153 familias de pacientes hipertensos, donde se evaluó la importancia de la funcionalidad familiar, los pacientes fueron clasificados como controlados y no controlados, resultando un elevado número de familias como disfuncionales, y se observó que donde existía funcionalidad familiar (56.86%) se mantenían controlados, mientras que en las 63 familias disfuncionales, solo el 6.35% estaban controlados, concluyendo que las disfunciones familiares ejercen una influencia negativa en el desarrollo y control de las enfermedades cardiovasculares³⁰

En España se realizó un estudio en 236 pacientes con diagnóstico de HTA, donde se concluyó que, hipertensos con baja red social presentaron un incremento de cifras de presión arterial, respecto a pacientes con red social amplia.³¹

Se encontró un estudio realizado en la consulta externa del Hospital Regional de Sonsonate en el periodo de Noviembre 2012 a Abril 2013, donde predominaron en pacientes no controlados la percepción familiar moderadamente funcional y la disfuncional, en relación a pacientes con HTA controlada.³²

El estudio realizado en Colombia en el año 2011, en 200 personas hipertensas, para evaluar la red de apoyo social, de las cuales 74.8% contaba con apoyo emocional y apoyo afectivo, concluyendo que la población que presenta baja adherencia al tratamiento está asociada a baja educación, bajo conocimiento de la patología, bajo apoyo social. ³³

Otro estudio realizado Santa Clara 2002, para caracterizar la participación familiar y la relación médico-familia en el control de la HTA, permitió comprobar que la deficiente interrelación, la disfunción familiar, y el apoyo deficiente al hipertenso por sus familias, estuvieron significativamente asociados a descontrol de la tensión arterial.³⁴

Marín y Rodríguez (2001) en el Hospital Regional del estado de Durango un estudio de casos y controles, se integraron 80 pacientes con diagnóstico de HTA, con 40 pacientes en cada grupo, casos pacientes controlados y control pacientes sin apego a tratamiento, donde se concluyó que el apego al tratamiento farmacológico se vincula de manera significativa con el apoyo que la familia otorga al paciente enfermo. ³⁵

Otro estudio realizado en el 2007 en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS del estado de Colima, relacionaron los niveles de hipertensión arterial con el grado de funcionalidad familiar y su relación con la descompensación de la hipertensión; de 140 pacientes, 91 pacientes tuvieron algún grado de disfunción familiar, con predominio en 49 mujeres, 80 pacientes tuvieron descontrol de la presión arterial con algún grado de disfunción familiar, concluyeron que la disfunción familiar es un factor de riesgo para la descompensación del paciente con HTA. ³⁶

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro país, existe una alta incidencia de enfermedades cardiovasculares constituyendo una gran erogación del presupuesto en salud de nuestro gobierno. Las patologías cardiovasculares y sus complicaciones tienen un alto índice de morbimortalidad, en el caso de la hipertensión, cuyo horizonte clínico es silente es difícil lograr detecciones en población vulnerable, debido a que por falta de cultura y educación en salud se aíslan de esta posibilidad. Como sabemos, nuestra población representa una alta vulnerabilidad para este tipo de patologías debido a fenómenos de tras culturalización, así como a hábitos alimentarios y el estilo de vida cada vez más sedentario, por tal motivo es papel fundamental de las instituciones de salud el llegar a estos grupos vulnerables y lograr cambiar de fondo el problema, evitando así complicaciones que a la postre serán financiadas en su gran parte por el presupuesto de salud.

Se considera que la disfunción familiar es un factor que influye en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad, así como en un adecuado control de las enfermedades crónico degenerativas, como es la HTA; se ha observado que los pacientes con apoyo familiar tienen mejor autocuidado, lo cual se ha relacionado con un buen control tensional y mejor calidad de vida.

Se ha demostrado en estudios que la funcionalidad familiar es directamente proporcional al adecuado control de HTA, así como que la disfunción familiar tiene un impacto negativo en el desarrollo y control de esta enfermedad, lo que refiere que las familias con cohesión familiar tienen un mejor control tensional. Derivado de esta problemática, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la funcionalidad familiar en pacientes con Hipertensión Arterial de la UMFNo.16 del IMSS en Mexicali?

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio surge ante la necesidad de conocer la funcionalidad familiar de los pacientes con HTA, en especial conocer cómo se afecta el grado de adaptabilidad y cohesión en ellos, debido a que la HTA ocupa el primer lugar de consulta en el primer nivel de atención, vinculada además a un problema de salud pública, ya que las enfermedades cardiovasculares actualmente ocupan el primer lugar en estadísticas de morbimortalidad, lo que conlleva a la presencia de crisis familiares con la consecuente alteración en la dinámica familiar.

La finalidad de este estudio es implementar medidas de solución, brindando una atención de calidad y asegurando un mejor apego a los programas terapéuticos para retardar en lo posible las complicaciones de la enfermedad, considerando que el Médico de Familia está comprometido con la persona más que con un cuerpo de conocimiento, grupo de enfermedades o una técnica y se esfuerza por comprender la enfermedad dentro de su contexto. Lo antes expuesto nos hace reflexionar sobre la importancia de identificar los problemas de la salud familiar con la intención de anticiparnos para realizar estrategias de intervención dirigidas a las áreas identificadas como debilitantes o desestabilizadoras, que permitan al clínico en su práctica, ofrecerle a la familia y al paciente, herramientas para enfrentar sus problemas de salud.

De acuerdo a los resultados que se observen, se podrán iniciar estrategias que brinden apoyo necesario a estas familias, ya que son consideradas fuente primaria de ayuda social para el paciente, las cuales funcionan de manera protectora, ayudando a que el paciente cumpla con sus tratamientos, por lo que se considera un importante recurso que debe ser incluido como elemento prioritario en los programas terapéuticos que se ofrecen a estos pacientes, quienes deben actuar con responsabilidad en el control de su enfermedad en donde además la familia y redes de apoyo con las que cuentan y se les otorgue el apoyo adecuado para lograr sus objetivos terapéuticos.

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Determinar el grado de funcionalidad familiar en pacientes con Hipertensión Arterial de la UMF No.16 del IMSS en Mexicali B.C.

Objetivos Específicos:

- Identificar el porcentaje de pacientes hipertensos controlados y no controlados.
- Identificar a los pacientes con hipertensión arterial controlados y no controlados por grupo de edad.
- Identificar a los pacientes con hipertensión arterial controlados y no controlados por género.
- Analizar el tipo de familia de los pacientes Hipertensos según FACES III.
- Identificar la funcionalidad familiar por grupo de edad.
- Identificar la funcionalidad familiar por género.
- Determinar el grado de funcionalidad familiar en pacientes hipertensos controlados y no controlados.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Diseño del estudio:

Descriptivo, observacional, transversal y prospectivo.

Lugar de estudio:

Consulta externa de la UMF No 16 del IMSS en Mexicali Baja California.

Período de estudio:

Noviembre 2014 a mayo 2015.

Universo del estudio:

Todos los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial de 20 a 59 años de edad que acudieron a la consulta externa de medicina familiar de la UMF No.16 del IMSS en Mexicali B.C. ambos turnos en el periodo comprendido de noviembre 2014 a mayo 2015.

Tipo de muestreo.

Muestreo probabilístico, estratificado, proporcional, se tomaron para el estudio a 228 pacientes obtenidos de acuerdo a la prevalencia nacional de Hipertensión Arterial.

Tamaño de la muestra:

El universo de la unidad es de 79,322 de los cuales 34,978 son del grupo de edad entre 20 a 59 años. Se obtuvo una proporción de la población necesaria en relación a la prevalencia nacional de Hipertensión arterial (31%) en base a la siguiente fórmula:

$$N = \frac{Z\alpha^2 \cdot P \cdot (1-P)}{I^2}$$

N = Número de pacientes necesarios.

Z α^2 = Nivel de confianza del 95%

P = Variabilidad del parámetro 31 %

I² = Precisión 0.06

Desarrollo de la fórmula:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.31)(0.69)}{(0.06)^2}$$

$$n = \frac{3.84 \times 0.2139}{0.0036}$$

$$n = 228$$

Procedimiento

Previa aceptación del protocolo de investigación por el Comité de Local de Investigación No. 201 y autorización del Director de la UMF No. 16 IMSS Mexicali B.C. se procedió a la identificación de los pacientes hipertensos entre 20 a 59 años de edad que acudieron a la consulta externa de medicina familiar, de ambos turnos, que cumplieron con los criterios de inclusión. A los cuales una vez identificados se les informó sobre los términos del estudio entregándoles carta de consentimiento informado (Anexo 1), la cual firmaron con su puño y letra, donde aceptaron participar en dicho estudio, para este estudio se aplicó el cuestionario FACES III.

El cuestionario FACES III es un instrumento fácil de aplicar y calificar, puede ser contestado por cualquier miembro de la familia mayor de 12 años de edad. Se dispone de versiones adaptadas y probadas para parejas sin hijos, con hijos, con hijos adolescentes y parejas en etapa de retiro, se les solicita a los encuestados que decidan cuán frecuente se presenta en su familia esa conducta. Esta escala evalúa la cohesión y adaptabilidad familiar, consta de 20 ítems que se desglosan 10 para evaluar cohesión que son las preguntas nones y 10 para evaluar adaptabilidad que son las preguntas pares, con una escala que incluye cinco opciones con valores del 1 al 5: nunca=1, casi nunca=2, algunas veces=3, casi siempre=4, siempre=5.

La cohesión se clasifica de la siguiente manera: desligada=10-34, separada=35-40, conectada=41-45 y amalgamada=46-50 y la adaptabilidad se clasifica como: rígida=10-19, estructurada=20-24, flexible=25-28 y caótica=29-50, como podemos observar en la siguiente tabla.²⁹

COHESIÓN		ADAPTABILIDAD		GRADO
TIPO DE COHESIÓN	PUNTUACIÓN	TIPO DE ADAPTABILIDAD	PUNTUACIÓN	
Desligada	10 a 34	Rígida	10 a 19	Baja
Separada	35 a 40	Estructurada	20 a 24	Balanceada
Conectada	41 a 45	Flexible	25 a 28	Balanceada
Amalgamada	46 a 50	Caótica	29 a 50	Alta

En cuanto a la medición de presión arterial.

Se procedió a medir la presión arterial en una sola ocasión en la cual se utilizó el método auscultatorio con un instrumento calibrado y adecuadamente validado. Los pacientes debieron estar sentados cómodamente y quietos en una silla durante al menos 5 minutos, con los pies debidamente en el suelo y con el brazo izquierdo a la altura del corazón, no debieron de haber consumido cafeína, ni cigarrillos y no haber realizado ejercicio físico al menos 30 minutos antes del registro de la presión arterial, se localizó el pulso antecubital de la arteria radial izquierda, se colocó el estetoscopio y se procedió a insuflar aire con el manguito hasta pasar 20 a 30 mmHg hasta desaparecer el último ruido y se desinfló progresivamente a razón de 2 mmHg por segundo, donde se localizó el 1er ruido de Korotkoff (fase I) se localizó la presión arterial sistólica y la presión arterial diastólica se localizó en el último ruido de Korotkoff (fase V), se anotó en ese momento la lectura de la presión arterial para evitar errores en el registró.³⁷ Se utilizó el baumanómetro de mercurio Riester® que es un clásico entre los aparatos que miden la tensión arterial, están acordes con la normativa vigente, establecida en la directiva según temas de aparatos médicos, es un instrumento validado.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión.

- Género indistinto.
- Edad de 20 a 59 años con diagnóstico de hipertensión arterial.
- Pacientes que acepten participar en el estudio y firmen carta de consentimiento informado.
- Pacientes adscritos a la UMF No.16 del IMSS de Mexicali.
- Pacientes que cuenten con un familiar y que sepan leer y escribir.

Criterios de exclusión.

- Pacientes que vivan solos.
- Pacientes con demencia senil o ceguera.

Criterios de eliminación.

- Pacientes con cuestionarios incompletas

Instrumento de Investigación.

- Se utilizó el cuestionario FACES III el cuál fue aplicado a los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, adscritos a la unidad UMF No 16 IMSS Mexicali.

Validación del Instrumento.

- En México se concluyó que la prueba es relativamente confiable y válida, realizando análisis factorial confirmatorio y estableciendo los coeficientes de confiabilidad para cada factor. ³⁸

- Desarrollo del proyecto:
 - Se solicitó la autorización a las autoridades competentes de la UMF No. 16 del IMSS en Mexicali B.C.
 - Se recolectó datos de los pacientes con diagnósticos de Hipertensión Arterial Sistémica.
 - Se aplicó cuestionario a pacientes con Hipertensión Arterial. Se comparó el tipo de funcionalidad familiar según tabla de valoración del cuestionario FACES III. El cual es un instrumento que evalúa la funcionalidad familiar mediante dos dimensiones que son Cohesión y Adaptabilidad, constan de 20 ítems, de los cuales los noes evalúan la Cohesión y los pares evalúan la Adaptabilidad, cada ítems tiene 5 opciones de respuesta con la puntuación: 1-Nunca, 2-Casi nunca, 3-Algunas veces. 4-Casi siempre. 5-Siempre. Las respuestas obtenidas se sumaron y se les asignó la puntuación correspondiente tomadas como referencia para indicar la funcionalidad o disfuncionalidad.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES

Edad.- Es el tiempo de existencia de una persona y esta medida en años.

Sexo.- Es la diferencia del género biológico, ya sea masculino o femenino.

Hipertensión arterial. Se define como la enfermedad que se produce en las cifras de tensión arterial, medidas como promedio en tres tomas realizadas en condiciones apropiadas y se encuentran por encima de 140 mmHg de tensión arterial sistólica (TAS) y/o 90 mmHg de tensión arterial diastólica.

Funcionalidad Familiar.- Donde se cumplen todas las funciones, permitiendo un mayor y mejor desarrollo de sus integrantes.

Disfuncionalidad Familiar.- Donde la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorecer a no ejercer sus funciones de acuerdo al ciclo vital en que se encuentre.

FACES III: Capacidad de discriminar familias clínicamente moderadas, en cohesión y adaptabilidad, y familias no clínicas, lo que lo constituye modelo con excelente perspectiva de aplicación.²⁹

VARIABLE DEPENDIENTE

Escala de evaluación Familiar FACES III

VARIABLE INDEPENDIENTE

Hipertensión Arterial

Edad

Género

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición Teórica	Definición Operacional	Tipo de medición	Indicadores
Hipertensión Arterial Sistémica	Elevación sostenida de la presión arterial sistólica y diastólica o ambas	Presión arterial mayor de 140/90	Cuantitativo	1.-Controlado Menor de 139/89 2.- No Controlado= Mayor de 149/90
Género	Fenotipo humano con sus características físicas, biológicas y social	Mujer y Hombre	Cualitativo	1.-Masculino 2.-Femenino.
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Años cumplidos al momento del estudio.	Cuantitativo	1.-20-35 años 2.-36-45 años 3.-46-59 años
Funcionalidad Familiar.	Sistema familiar, donde se cumplen la tarea de procurar las condiciones para que todos sus miembros se puedan desarrollar de manera física, emocional, intelectual y social.	Familia que cumple sus roles adecuadamente.	Cualitativa	1-Flexible-separada. 2-Flexible-conectada. 3-Estructurada-separada. 4-Estructurada-conectada.
Familia Disfuncional.	Patrón de conductas des - adaptativas, indeterminadas, que presenta uno o varios integrantes de una familia, que genera un clima propicio para el surgimiento de una patología específica o inespecífica.	Familia que no cumple sus funciones adecuadamente.	Cualitativa	1-Rígida-conectada. 2-Rígida - separada. 3-Estructurada-amalgamada. 4-Estructurada-desligada. 5-Flexible- amalgamada. 6-Flexible - desligada. 7-Caótica-conectada. 8-Caótica-separada. 9-Rígida- amalgamada. 10-Rígida-desligada. 11-Caótica-amalgamada. 12-Caótica-desligada.
Tipo de familia balanceada	Sistema familiar donde se cumplen las funciones familiares	Familia que cumple sus roles adecuadamente.	Cualitativa	1-Flexible-separada. 2-Flexible-conectada. 3-Estructurada-separada. 4-Estructurada-conectada
Tipo de familia rango medio	Sistema de familias donde no se cumplen las funciones familiares.	Familia que no cumple sus funciones adecuadamente.	Cualitativa	1-Rígida-conectada. 2-Rígida - separada. 3-Estructurada-amalgamada. 4-Estructurada-desligada. 5-Flexible- amalgamada. 6-Flexible - desligada. 7-Caótica-conectada. 8-Caótica-separada.
Tipo de familia rango extremo	Sistema de familias donde no se cumplen las funciones familiares.		Cualitativa	1-Rígida- amalgamada. 2-Rígida-desligada. 3-Caótica-amalgamada. 4-Caótica-desligada.

Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central, porcentajes y frecuencias, se analizaron en el programa SPSS versión 21.

Aspectos éticos

El presente estudio no se contrapone con los lineamientos que en materia de investigación y cuestiones éticas se encuentran aceptadas en las normas establecidas en la declaración de Helsinki. La presente Investigación es acorde con los lineamientos de materia de investigación y ética se encuentran establecidos en las normas e instructivos internacionales. Antes del Inicio del estudio el protocolo se sometió al Comité Local de Investigación, de aceptación del director de la unidad y la autorización con la firma del consentimiento informado de los pacientes.

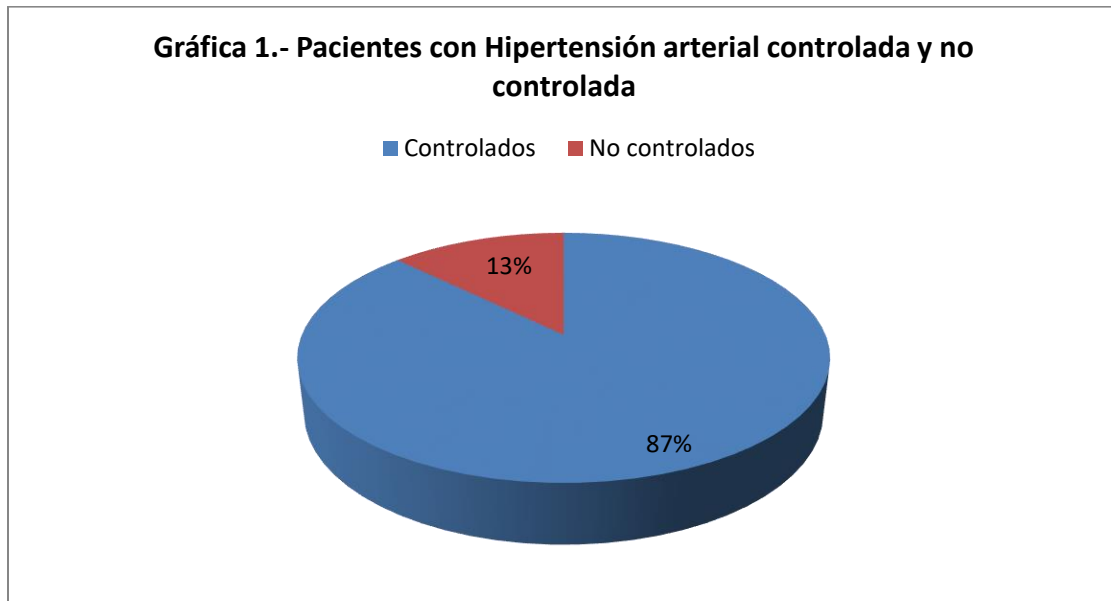
Es importante indicar que los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas dispuestas en la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el diario oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 y últimas reformas publicadas DOF 27-04-2010, en su título quinto, Investigación para la Salud, capítulo único, artículo 96 al 103. De acuerdo a esta ley se clasifica como una investigación con riesgo mínimo. Además de lo dispuesto en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea Octubre 2008 así como los códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica.

CAPÍTULO IV

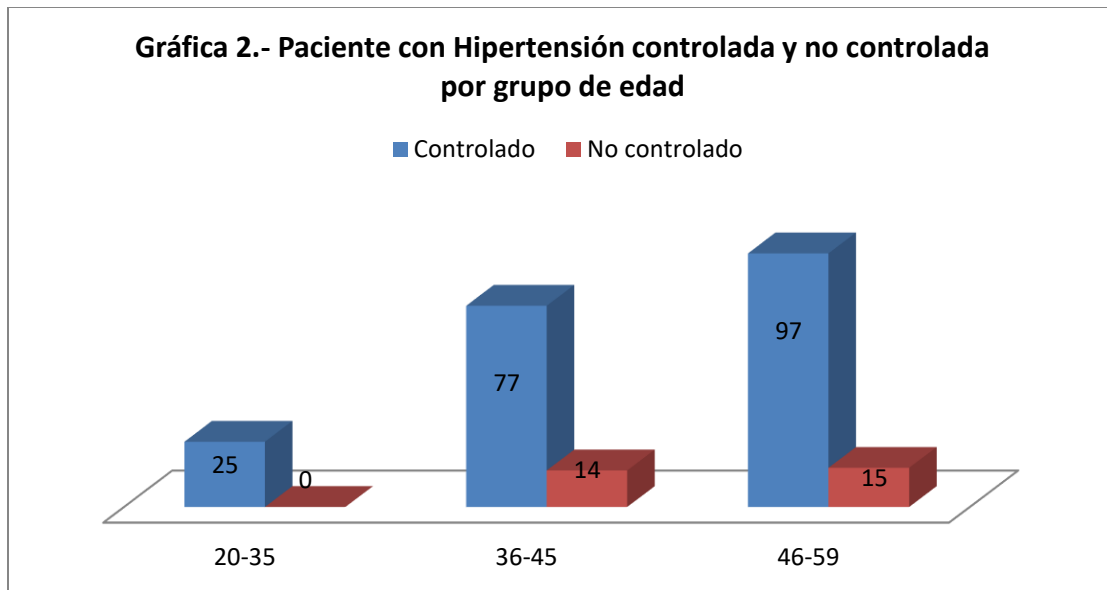
RESULTADOS

El estudio de investigación denominado Funcionalidad Familiar en pacientes con Hipertensión Arterial de la UMF No. 16 del IMSS en Mexicali B. C, realizado con el fin de respondernos la pregunta de investigación y los objetivos. Se realizó el estudio a un total de 228 pacientes hipertensos, a los cuales se les aplicó el instrumento de evaluación de FACES III; obteniendo los siguientes resultados.

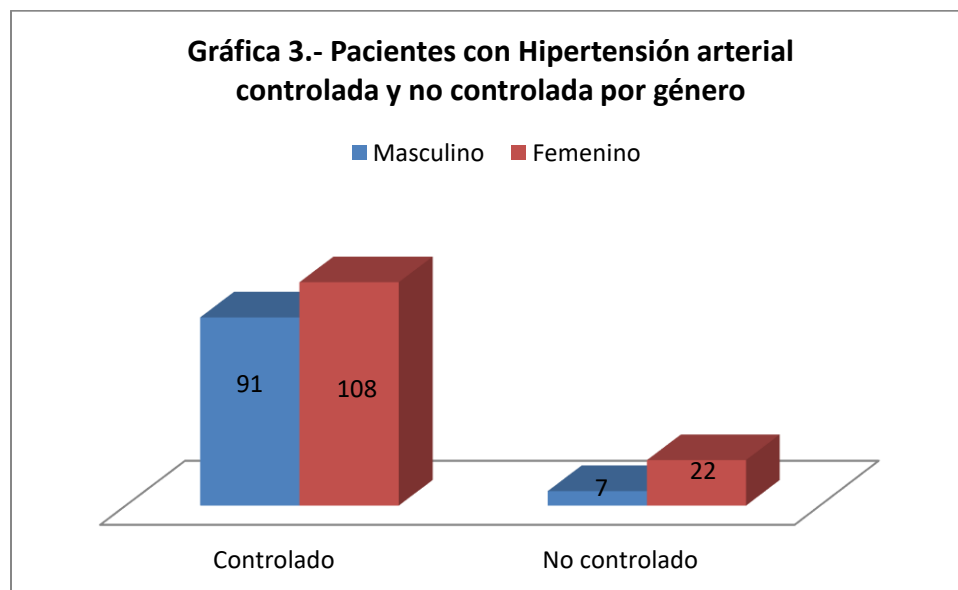
Se encontró que de los 228 pacientes estudiados, 199 (87%) presentaban presión arterial controlada y 29 (13%) no controlados. Ver Gráfica 1.



En base al grupo de edad de los pacientes con presión arterial controlada y no controlada se encontró que 112 pacientes (49.1%) correspondió al rango de edad de 46-59 años, donde un 42.5%(97) estaban controlados y 6.6%(15) no controlados, en el grupo de 25-35 años de edad 25 pacientes (11%) todos presentaban presión arterial controlada. sin dejar de mencionar que el grupo de edad de 36 a 45 años presento 33.8% (77) HTA controlada y 6.1(14) HTA no controlada. Ver Gráfica 2.

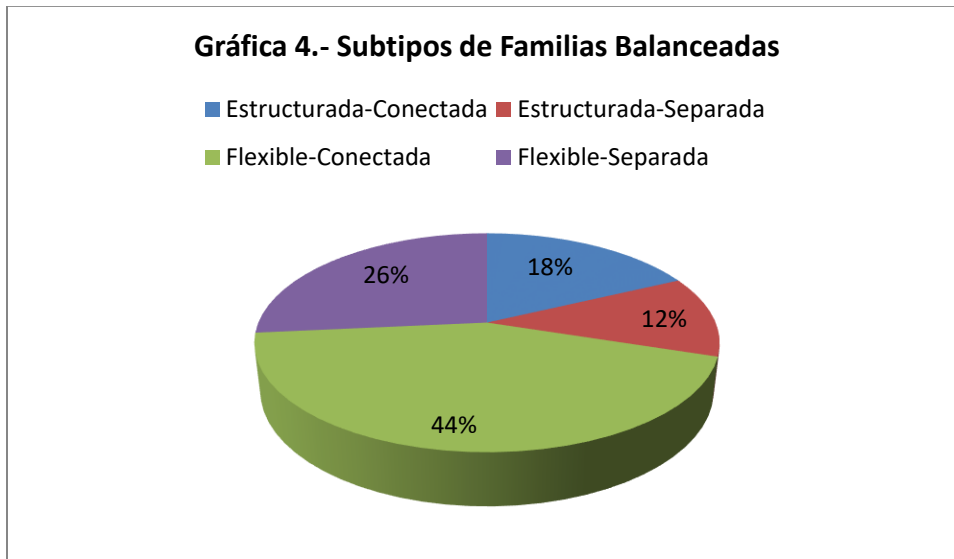


En cuanto a los pacientes hipertensos controlados y no controlados por género obtuvimos los siguientes resultados: pacientes con HTA controlada, 108 (54.2%) correspondió al género femenino y 91 (46.8%) al masculino; en los pacientes con hipertensión no controlado 22 pacientes (76%) eran del sexo femenino y 7 (24%) al masculino. Gráfica 3.

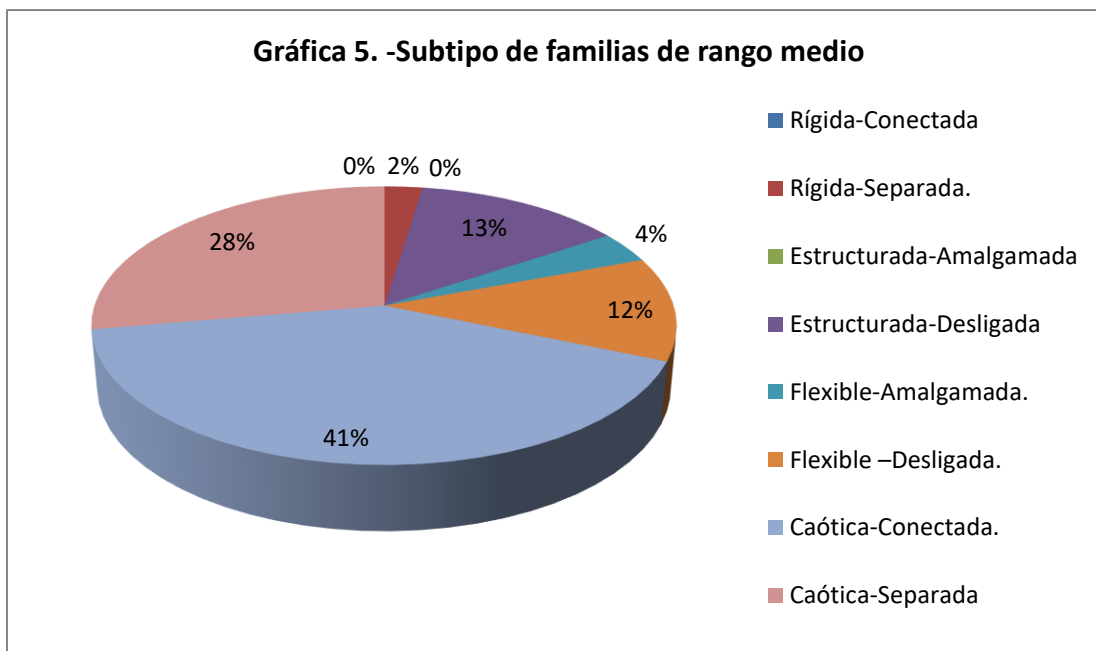


Al valorar la funcionalidad familiar de los pacientes hipertensos de acuerdo a los subtipos o sistemas familiares obtuvimos lo siguiente:

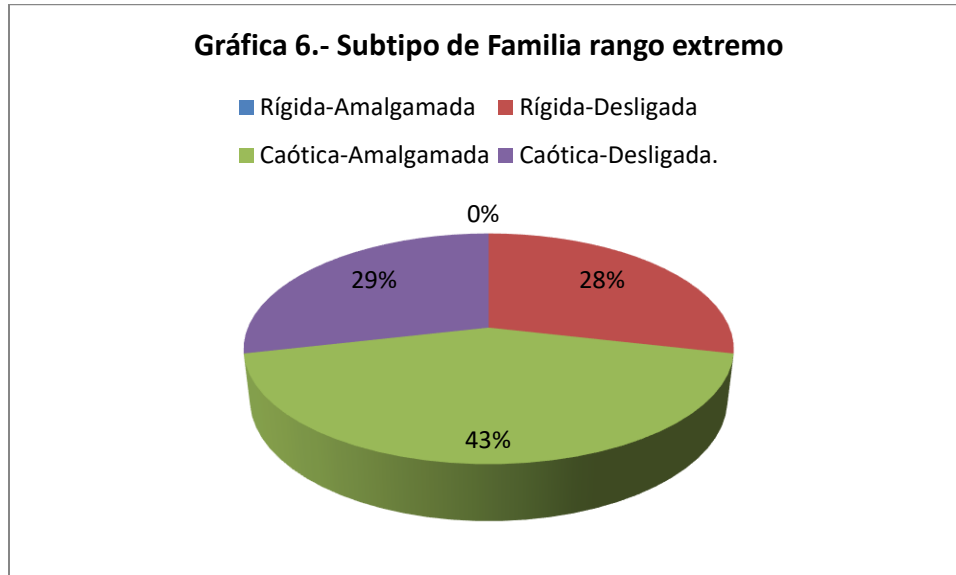
En el subtipo de familia balanceada, el 44% (51) correspondió a las familias flexible-conectada, seguida de la familia flexible-separada con un 26% (31). Como podemos ver en la Gráfica 4.



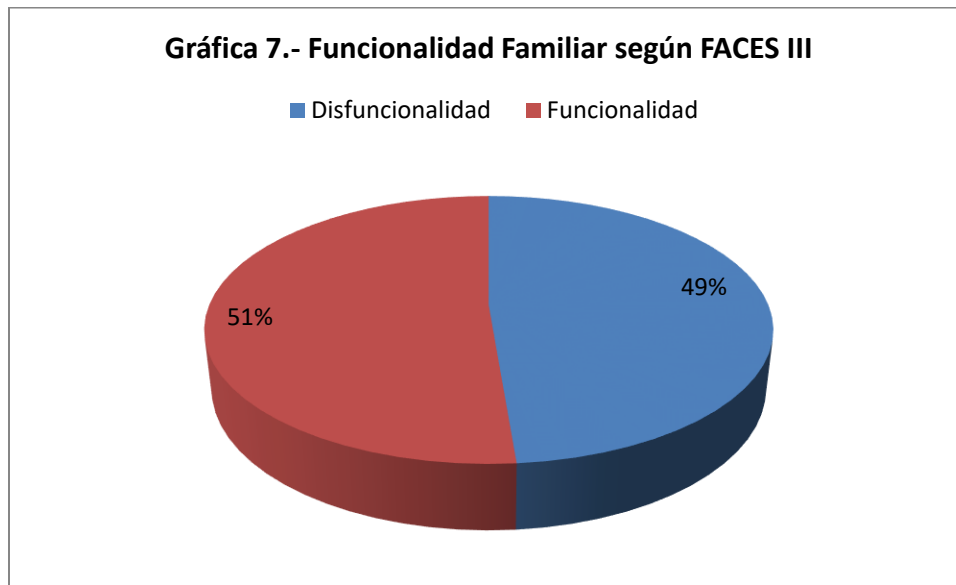
En el subtipo de familias según rango medio, el 41%(34) correspondió a la familia, Caótica-conectada con 41%(34) y con 0% (0) familias Rígida-Conectada y Estructurada-amalgamada. Ver Gráfica 5



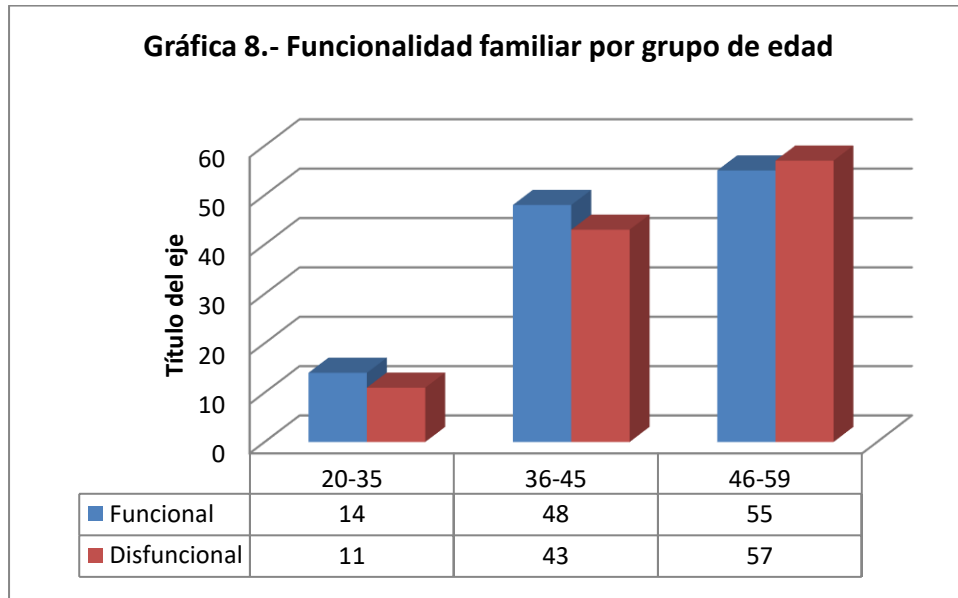
En el subtipo de familia extrema el 43%(12) correspondió a las familias Caótica-Amalgamada y el 0% (0) familias Rígida-Amalgamada. Ver gráfica 6.



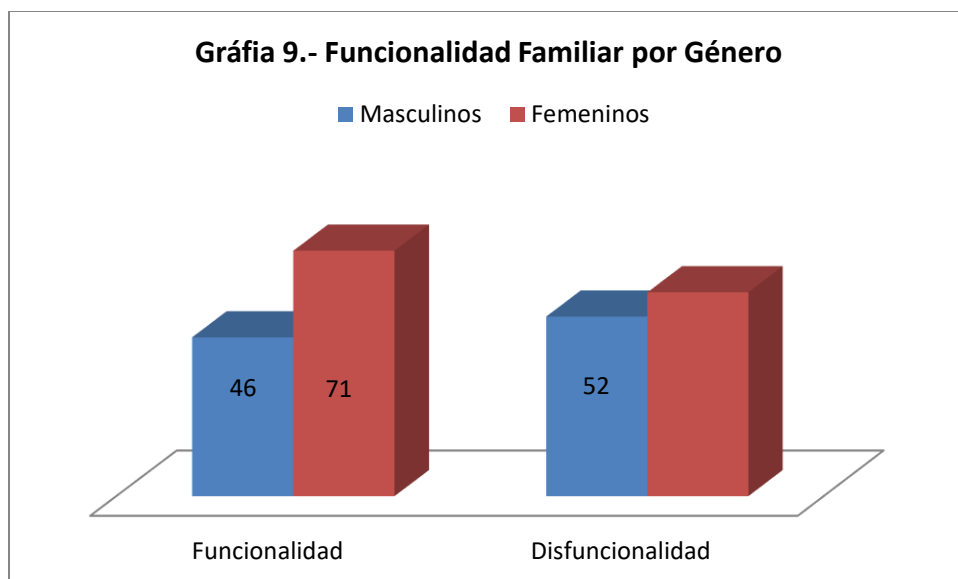
Con respecto a la aplicación del cuestionario FACES III en los pacientes Hipertensos obtuvimos que el 51% (117) correspondió a familias con funcionalidad familiar y el 49%(111) a familias con disfuncionalidad familiar. Gráfica 7.



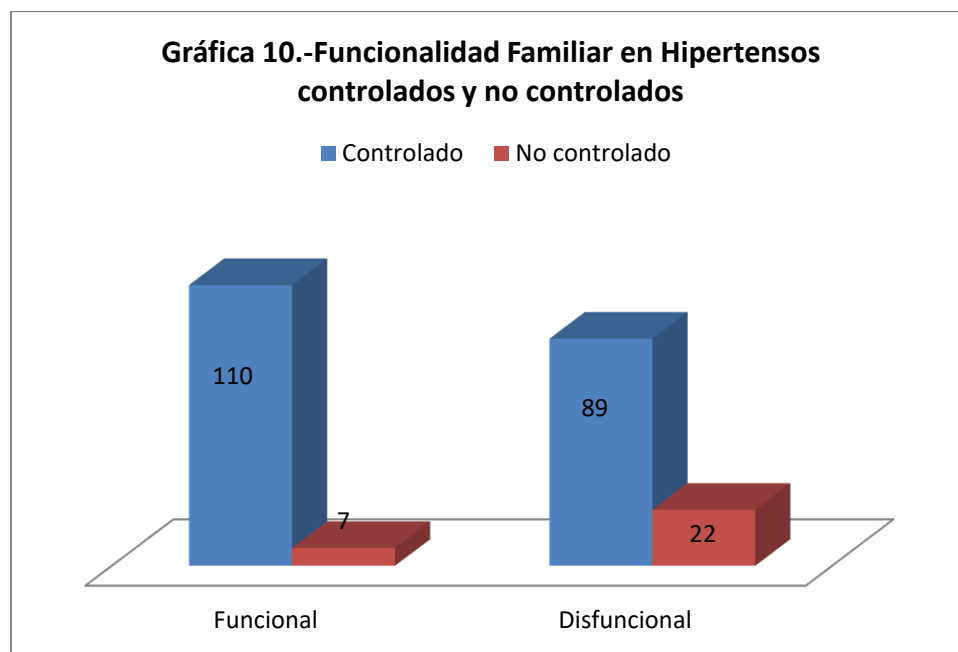
Al verificar la funcionalidad familiar por grupo de edad el 49.1%(112) correspondió al rango de edad 46-59 años de edad, en la totalidad de los pacientes, del cual el 24 % para funcionalidad familiar y 25 % para disfuncionalidad familiar. Gráfica 8.



Con respecto a la funcionalidad familiar por género, 71 pacientes (60.6%) correspondió al género femenino y 46 pacientes (39.4%) al masculino, así mismo en familias disfuncionales predominó el género femenino con 53%(59). Ver Gráfica 9.



En base a los paciente con hipertensión arterial controlada se encontró funcionalidad familiar en 55.2%(110) y el 44.8% (89) disfuncionales, en cuanto a los pacientes descontrolados se obtuvo que el 75.9%(22) correspondió a familias disfuncionales y 24.1%(7) Funcionales. Gráfica 10.



DISCUSIÓN

El conocimiento de las cifras de presión arterial de una población determinada nos es de utilidad, ya que al hacer comparaciones y basarnos en resultados de otros estudios en otros países, nos daría resultados erróneos dado sus diferencias socioculturales y etnias. Existen investigadores que año con año han venido estudiando la variabilidad de factores que predisponen al surgimiento de la hipertensión arterial con mediciones casuales y monitoreo ambulatorio correlacionando los resultados entre un método y el otro, así como determinando los factores de riesgo que pudieran estar causando la hipertensión.

En nuestro estudio la funcionalidad familiar se encontró en 51% (117) comparado con otros estudios que presentan cifras similares. La HTA es una entidad médica vulnerable, la cual representa riesgo para múltiples complicaciones cardiovasculares, alterando la dinámica familiar.

De 228 pacientes estudiados con HTA, el 57 % (130) correspondió al género femenino y el resto al género masculino. El rango de edad que predominó fue comprendido 46-59 años, del cual el 42.5 % (97) correspondió a pacientes con HTA controlada y 6.6% (15) con descontrol tensional, similar a lo observado en un estudio realizado en Colima, México, cuya muestra fue de 145 pacientes, en cuanto a género y control de HTA fue ligeramente mayor en el género femenino con el 54.2%, lo mismo que en el grupo de no controlada el 76% (22) correspondió al género femenino y el 24% (7) género masculino.³⁶

En base al tipo de familias según FACES III, el 51.5% (117) correspondió a familias balanceadas donde predominó el tipo de familia flexibles-conectadas con un 44% (51); el 36.4% (83) familias de rango medio con predominio en el tipo de familia caótico-conectada con un 41% (34); el resto 13% (28) correspondió a las familias extremas con predominio del tipo de familia caóticas-amalgamadas 43% (12). Estos resultados fueron similares en varios estudios que plantearon que las disfunciones familiares ejercen una influencia negativa en el desarrollo y control de las enfermedades cardiovasculares, señalando que cuando es buena la cohesión familiar es más adecuado el control de las

cifras de la tensión arterial en los pacientes hipertensos, dejando ver la importancia que existe en la sociedad de contar con redes de apoyo familiar para un mejor control. ³⁶

En cuanto a funcionalidad familiar el 51% correspondió a familias funcionales y el 49% familias disfuncionales. En familias funcionales predominó el género femenino con 60.6%; el grupo de edad que predominó fue el de 46-59 años con el 46.9% seguido del grupo de 36-45 años con el 41%; en cambio en las familias disfuncionales predominó el género masculino con el 53.1% y los grupos de edad fueron similares al anterior, resultados que varían de acuerdo al estudio realizado en Galicia España donde la funcionalidad familiar predominó en el grupo de edad de 62 a 64 años y el 66.1% eran mujeres. ³¹

Con respecto a la hipertensión se encontró que el 87% de los pacientes presentaron control de la hipertensión, el 55.2% del grupo de hipertensos controlados presentaron funcionalidad familiar según FACES III; el resto presentó disfuncionalidad familiar (44.8%). El grupo de paciente con HTA no controlada fue 13%, de estos el 24.1% correspondió a familias funcionales y el 75.9% a familias disfuncionales. Este se vincula de forma significativa el apoyo familiar en el apego al tratamiento de la Hipertensión arterial esencial. Estudio con resultados similares al realizado por Marín y col. ³⁵

La Funcionalidad familiar es un factor que contribuye para el apego terapéutico y un mejor control de los pacientes con Hipertensión arterial. Por lo que podemos observar en nuestros resultados la importancia que implica la familia y el apoyo de las redes sociales en los pacientes.

CONCLUSIONES:

La funcionalidad familiar predominó en el 51% de los pacientes hipertensos, comparado con un 49% con disfunción familiar.

En familias funcionales predominó el género femenino con 60.6%; el grupo de edad que predominó fue el de 46-59 años con el 47%, y en las familias disfuncionales predominó de igual manera el género femenino con el 53.1% y los grupos de edad fueron similares al anterior.

En este estudio queda manifiesto que la disfunción familiar ejerce influencia negativa en el desarrollo y control de la HTA, es necesario intervenir desde el primer nivel de atención en la dinámica familiar de nuestros pacientes, para lograr un mejor control de la HTA.

La atención al paciente debe ser integral incluyendo a la familia y las redes de apoyo como aliado para el control de la hipertensión arterial y así lograr un mejor apego y poder disminuir las comorbilidades, evitando o retrasando las complicaciones que esto conlleva; sin dejar de mencionar que la familia es el vínculo primordial para que este se lleve a cabo.

La finalidad de este estudio fue conocer la funcionalidad familiar en pacientes con Hipertensión arterial en la UMF No.16 del IMSS en Mexicali B.C, y a si difundir al personal de salud y a los médicos tratantes, los resultados que se obtuvieron, de tal manera que se incluya el apoyo familiar en el plan de manejo de estos pacientes, logrando un impacto favorable sobre los pacientes con hipertensión arterial.

RECOMENDACIONES

En base a los resultados obtenidos en el estudio, se destaca la importancia de la participación familiar, para el control de la hipertensión arterial de los paciente de la consulta de la UMF No 16 IMSS, por lo que se propone aplicar las siguiente medidas.

- 1.-El médico familiar de primer contacto debe de trabajar en la interacción familiar, en respecto a los pacientes con enfermedades como la HTA y otras enfermedades crónicas, dado a la relación entre el control de estas enfermedades y la funcionalidad familiar.
- 2.-Es importante hacer participe a la familia de los pacientes, en el apoyo frente a la enfermedad y el control de la misma.
- 3.-Concientizar a los pacientes en modificar su estilo de vida, fomentar la actividad física, con apoyo en equipos multidisciplinario,para lograr un buen control de su enfermedad.
- 4.-Informar a los pacientes sobre las redes de apoyo con las que cuenta en la unidad de medicina familiar, para condicionar un ambiente de confianza, que permita que el paciente tenga la seguridad de su servicios médicos otorgados.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.-Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC. Seven Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. (JNC 7 Report), et al. JAMA. 2003; 289 (19): 2560-2572.
- 2.-Chobaniam AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC. The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. (JNC 6 Report) National High Blood Pressure Education Program. ArchIntern Med 1997; 157: 2413-2446.
- 3.-Prehypertension during Young adulthood and Coronary Calcium Later in life. Ann Intern Med 2008; 14(2):91-99.
- 4.-Whelton PK, Beevers DG, Sonkodi S: StrateY. For improvement of awareness, treatment and control of hypertension: results of a panel discussion. J HumHypertens. 2004; 18: 563–565.
- 5.-Guía de PrácticaClínica IMSS-076-08. Diagnóstico y tratamiento de la HipertensiónArterial.
- 6.-Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, recuperado el 14 de febrero 2013.Disponible en: ensanut.insp.mx/
- 7.-Kannel WB. Hypertensive risk assessment: cardiovascular risk factors and hypertension. J ClinHypertens (Greenwich). 2004; 6: 393–399.
- 8.-William B,Poulter NR, Brown MJ, Davis Potter JF, Sever PS, Thom SM; BHS Guidelines working party, for the British Hypertension Society. BMJ 2004; 326(7440):634-640.
- 9.-Graves JW, Althaf MM. Utility of ambulatory blood pressure monitoring in children and adolescents. PediatrNephrol 2006; 21: 1640–1652.
- 10.-World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva, Switzerland: World Health Organization 2002.

- 11.-Appel LJ, Brands MW, Daniels SR, Karanja N, Elmer PJ, Sacks FM. American Heart Association. Dietary approaches to prevent and treat hypertension: a scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension* 2006; 47(2):296-308.
- 12.-Stergiou GS, Rarra VC, Yiannes NG. Changing relationship between home and office blood pressure with increasing age in children: the Arsakeion School study. *Am J Hypertens* 2008; 21: 41–46.
- 13.-McNiece KL, Gupta-Malhotra M, Samuels J, Bell C, Garcia K, Poffenbarger T, et al. National High Blood Pressure Education Program Working Group. Left ventricular hypertrophy in hypertensive adolescents: analysis of risk by 2004 National High Blood Pressure Education Program Working Group staging criteria. *Hypertension* 2007; 50(2):392-395.
- 14.-O'Leary DH, Polak JF, Kronmal RA, Manolio TA, Burke GL, Wolfson SK Jr. Carotid-artery intima and media thickness as a risk factor for myocardial infarction and stroke in older adults. *NEJM* 1999; 340(1):14-22.
- 15.-Gustavsen PH, Høegholm A, Bang LE, Kristensen KS. White coat hypertension is a cardiovascular risk factor: a 10-year follow-up study. *J Hum Hypertens* 2003; 17: 811–817.
16. -Verdecchia P. Prognostic Value of ambulatory blood pressure: current evidence and clinical implications. *Hypertension* 2000; 35:844-851.
17. Santos Cota R, Tolstenko Nogueira L. Contribución familiar en el control de la Hipertensión Arterial. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008; 16(5).
- 18.-Osorio A, Álvarez Mora A. Introducción a la Salud Familiar, 2004. Costa Rica, p.20-25.
- 19.-Huerta GL. La familia como unidad de estudio. Estudio de la salud familiar en: Programa de Actualización Continua en Medicina Familiar. 1999, p. 11-38.
- 20.-De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. La atención longitudinal: el ciclo vital familiar, Ed Barcelona: Doyma, 1994, 3-10.
- 21.- González Benítez I. Las crisis familiares. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000; 16(3).
- 22.-OMS. Ciclo Vital Familiar Modificación De la Revilla L. *J Prim Health Care* 1994:

24:548-560. Disponible en: www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/.../II_EMF_178-192.pdf

23-. Irigoyen Coria A. Estructura familiar. Nuevos fundamentos de Medicina Familiar. Medicina familiar mexicana 2002. p. 29.

24.-Quinto Coloquio Nacional y 3° Internacional de Profesores Investigadores en Medicina Familiar del 15 al 17 de junio de 2005 en la Ciudad Universitaria, México, D.F. II. Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias. Arch Med Fam 2005; 7 (Sup1): S15-S19.

25.-Muñoz R, Orarzún E. Dinámica Familiar Teorías. Julio 12,2015. Disponible en: documents.mx/documents/dinamica-familiar-teorias.html

26.-De la Revilla L, Aragón A, Muñoz M, Pascual J, Cubillo J. Una nueva clasificación demográfica de la familia para su uso en atención primaria. Aten Primaria 1991; 8:104-111.

27.-Minuchin S. Familias y Terapia Familiar. Gedisa, Buenos Aires Argentina, 1982. p 1-17.

28.-Gómez Clavelina FJ, Irigoyen Coria, Ponce Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos de evaluación de la estructura y funciones familiares. Arch Med Fam 1999; 1(2):45-54.

29.-Olson DH. Circumplex Model of Marital and Family Systems. Assessing Family Functioning. In: Walsh F, editor. Normal family processes. 2nd Ed. New York: The Guilford Press, 1993.

30.-González Alonso A, González Alfonso N, Vázquez González Y, González Alfonso L, Gómez Pacheco R. Importancia de la participación familiar en el control de la Hipertensión arterial. Medicentro 2004; 8(2).

31.-Menéndez Villalva A, Montes Martínez T, Gamarra Mondelo C, Núñez L. Influencia del apoyo social en pacientes con Hipertensión arterial esencial. Aten Prim 2003; 31(8): 506-513.

32.-Castañeda Hernández MJ. Tipo de funcionalidad familiar más frecuente en pacientes con Hipertensión arterial crónica no controlada en el periodo de Noviembre 2012-Abril

2013 (Tesis). El Salvador septiembre 2013. Disponible en: www.medicina.ues.edu.sv/index.php?option=com...gid.

33.- Castaño Castrillón JJ, Echeverri Rubio CH, Giraldo Cardona J, Maldonado Mora Á, Melo Parra J, Meza Orozco G, et al. Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Manizales Colombia 2011. RevFac Med 2012; 60(3):179-197.

34.-Claro Pérez S, Pelegrín Braña M, Pons Madrigal B, Rivero Álvarez E, González Alfonso A, Berovides Mederos Y. Control de la Hipertensión arterial. Importancia de la participación de la familia. Simposio De Hipertensión Arterial Santa Clara 2002. Disponible en: www.sld.cu/.../importancia_de_lafamilia_en_el_control_de_la__hta_.pdf

35.-Marín-Reyes F, Rodríguez-Moran M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de Hipertensión arterial esencial. Salud PublMex2001; 43(4).

36.-García López R. Frecuencia de disfunción familiar en pacientes con hipertensión descontrolada (tesis). Colima (México) Universidad de Colima 2007. Disponible en: digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/Ricardo_Garcia_Lopez.pdf

37.-Norma Oficial Mexicana NOM 03-SSA2-2009 para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la Hipertensión Arterial Sistémica.

38.-Ponce Rosas ER, Gómez Clavelina FJ, Terán Trillo M, Irigoyen Coria AE, Landgrave Ibáñez S. Validez de constructo del cuestionario de FACES III en español (México) Vol.30 núm. 10 diciembre 2002. Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-constructo-del-cuestionario-faces-130412

Anexo 1



CARTA DE AUTORIZACIÓN



Dr. José Ramiro Herrera Lopez

Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 16
Col. Guajardo B.C.

Presente.

Por medio de la presente reciba un cordial saludo.

Me permito solicitarle a usted su consentimiento y autorización para colaborar con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el Estudio de Investigación que se denomina: "Funcionalidad Familiar en pacientes con Hipertensión arterial en la Unidad de Medicina Familiar No. 16, Mexicali B.C.

Por medio del cual nos orientaría sobre la funcionalidad y redes de apoyo con los que cuentan los pacientes hipertensos, lo cual nos ayudaría para obtener un mejor control y prevención en el paciente con enfermedades crónico-degenerativas.

Agradeciendo su atención y su autorización para colaborar en este estudio me permito ponerme a sus órdenes y para cualquier duda o pregunta que usted tenga al respecto.

ATENTAMENTE

Dra. Bruna Elena Fonseca Sandoval.

Alumno del curso de Especialización en Medicina Familiar IMSS-UNAM

Director de la UMF No. 16

Testigos

Testigos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 16

CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN:
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA UMF 16

Por este conducto expreso que me ha sido explicado el procedimiento para participar en la encuesta para determinar el grado de funcionalidad familiar y la importancia de mi participación, así como los beneficios al establecer el grado de funcionalidad, ya que se me proporcionara orientación individual y familiar para el mejor control de mi padecimiento. No existiendo riesgos ni molestias para la aplicación ya que es una encuesta.

Asimismo, entiendo que, los resultados serán utilizados para el bien de mi salud y para contribuir a realizar el estudio de investigación denominado: FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA UMF 16. Entiendo que bajo ninguna circunstancia se divulgará dato alguno proporcionado en el cuestionario que permita la identificación de mi persona a terceros, respetando la confidencialidad de mí persona.

En caso de dudas o aclaraciones podrá dirigirse con el investigador responsable: Dra. Bruna Elena Fonseca Sandoval.

Lugar y Fecha: _____

Número de Registro: _____

Nombre y Firma del Encuestado: _____

Testigo:

Nombre: _____ Firma: _____

Testigo:

Nombre: _____ Firma: _____

Encuestador

Nombre **DRA. BRUNA ELENA FONSECA SANDOVAL** Firma: _____

ANEXO 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
ANEXO 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio **FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA UMF No. 16 DEL IMSS EN MEXICALI B. C.**

Patrocinador externo (si aplica) _____

Lugar y fecha **Unidad de Medicina Familiar No. 16 del IMSS en Mexicali B.C.**

Número de registro **No.- R-2014-201-35**

Justificación y objetivo del estudio **Conocer la funcionalidad familiar de los pacientes con HTA, saber cómo se afecta el grado de adaptabilidad y cohesión en ellos, Debido a que la Hipertensión Arterial ocupa el primer lugar de consulta en el primer nivel de atención.**

Procedimientos **Aplicación de cuestionario FACES III**

Posibles riesgos y molestias **En este estudio no existe ningún riesgo, no se realizara ningún procedimiento que atente contra la integridad física, moral o invasiva del paciente**

Posibles beneficios que recibirá al participar **Lograr un mejor control de la presión arterial y apego al manejo terapéutico y si cuenta con red de apoyo familiar o social en el estudio**

Información sobre resultados y alternativas **Al termino del estudio se darán a conocer los resultados al Médico tratante y se le informara al Director de la unidad de tratamiento**

Participación o retiro **El paciente participante está en libertad y es su derecho de dejar el estudio en el momento que él lo considere necesario**

Privacidad y confidencialidad **Estudio respeta los derechos de los participantes y se apeg a la normatividad, donde se establece la total privacidad y confidencialidad del participante**

En caso de colección de material biológico (si aplica)

No autorizo que se tome la muestra

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica) _____

Beneficios al término del estudio _____

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador responsable: **Bruna Elena Fonseca Sandoval. Correo brunaelenafonseca73@hotmail.com**

Colaboradores: _____

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00, extensión 21230. Correo electrónico comisión.etica@imss.gob.mx.

ENCUESTADO

ENCUESTADOR

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quién obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada producto de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Anexo. 3

FACES III Versión familiar David H. Olson

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

Nunca **Casi nunca** **Algunas veces** **Casi siempre** **Siempre**
1 **2** **3** **4** **5**

Describe su familia:

1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo 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 nuestra familia.

8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus 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 quién tiene la autoridad.

19. La unión familiar es muy importante.

20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar

FACES III: PUNTAJE LINEAL E INTERPRETACION

	DESIGADA 10-34	SEPARADA 35-40	CONECTADA 41-45	AMALGAMADA 46-50	
ADAPTABILIDAD	RIGIDA 10-19	RIGIDA DESIGADA	RIGIDA SEPARADA	RIGIDA CONECTADA	RIGIDA AMALGAMADA
	ESTRUCTURADA 20-24	ESTRUCTURADA DESIGADA	ESTRUCTURADA SEPARADA	ESTRUCTURADA CONECTADA	ESTRUCTURADA AMALGAMADA
	FLEXIBLE 25-28	FLEXIBLE DESIGADA	FLEXIBLE SEPARADA	FLEXIBLE CONECTADA	FLEXIBLE AMALGAMADA
	CAOTICA 29-50	CAOTICA DESIGADA	CAOTICA SEPARADA	CAOTICA CONECTADA	CAOTICA AMALGAMADA

COHESION		ADAPTABILIDAD		GRADO
TIPO DE COHESIÓN	PUNTUACIÓN	TIPO ADAPTABILIDAD	PUNTUACIÓN	
Desligada	10 a 34	Rígida	10 a 19	Baja
Separada	35 a 40	Estructurada	20 a 24	Balanceada
conectada	41 a 45	Flexible	25 a 28	Balanceada
amalgamada	46 a 50	Caótica	29 a 50	Alta

ANEXO 4.



**HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTESIÓN ARTERIAL
DE LA UMF No. 16 DEL IMSS EN MEXICALI, B.C**

Nombre	Edad			Sexo		Toma de presión arterial		Tipo de familia			funcionalidad	
	20-35 años 1	36-45 años 2	46-59 años 3	M 1	F 2	contro lada	No control	Balan ceada	Rango	extre mo	Funcional	Disfuncional
1												
2												
3												
3												
5												
6												
7												
8												
9												
10												



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

Anexo 5.



ANO	2014				2015				2016		2017	
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	Marzo Junio	Julio Sep.	Oct. Dic	Ene-Mar	Abril Jun.	Julio Sep.	Oct. Dic	Marzo junio	Julio Sep.	Oct. Dic.	Ene. Mar	
Pregunta de investigación	■											
Marco teórico	■											
Planteamiento del problema	■											
Objetivos, justificación, diseño	■											
Material y métodos		■										
Planteamiento, análisis estadístico		■										
Bibliografía y anexos		■										
Registro del Sirelcis y envío		■										
Realización de modificaciones		■	■									
Autorización de protocolo CLIS		■	■									
Recopilación de datos			■	■								
Elaboración de la base de datos.			■		■							
Análisis estadístico				■		■						
Interpretación de resultados				■			■					
Redacción de tesis								■				
Envío de tesis al IMSS									■			
Modificación de tesis por IMSS									■			
Reenvió a IMSS									■			
Envío Tesis UNAM										■		
Realización de modificación										■		
Envío tesis modificada UNAM										■		
Aceptación por UNAM											■	
Publicación											■	

