



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL D.F.
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 EL ROSARIO
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR



**ASOCIACION DE LA PERCEPCION DE LA FUNCIONALIDAD
FAMILIAR Y CONTROL HIPERTENSIVO EN ADULTOS
DE LA UMF NO. 33 EL ROSARIO**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ADRIANA OCOTLAN ESCOBAR VALDEZ
MÉDICO RESIDENTE DEL TERCER AÑO DEL
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

ASESORA:

DRA. MONICA CATALINA OSORIO GRANJENO
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR DE LA UMF NO. 33 "EL ROSARIO"

CIUDAD DE MÉXICO. ENERO 2017.



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.

AUTORIZACIONES

DR. ANDRES ROCHA AGUADO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 EL ROSARIO

DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 EL ROSARIO

DRA. MONICA CATALINA OSORIO GRANJENO
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 EL ROSARIO
ASESOR DE TESIS

DRA. ADRIANA OCOTLAN ESCOBAR VALDEZ
MEDICO RESIDENTE DEL TERCER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 EL ROSARIO

DEDICATORIAS

A mi **MADRE** que desde el cielo ha sido mi Ángel y claro ejemplo de perseverancia, la cual me ha guiado siempre para seguir superándome y jamás darme por vencida.

A mi **PADRE** que toda la vida ha estado a mi lado apoyándome incondicionalmente sin importar las circunstancias con el único fin de verme superarme en esta profesión que elegí.

A mis **HERMANOS** que siempre me han apoyado sin condiciones en todos mis sueños, encontrando una palabra de ánimo o un buen consejo para seguir adelante y nunca rendirme.

A mis **COORDINADORAS Y PROFESORES** de la especialidad que de una manera incondicional me guiaron durante este camino de 3 años para poder concluir mi especialidad.

A mis **AMIGOS** que hoy puedo decir que son mis hermanos que la vida me ha regalado los cuales han sido incondicionales y leales, con ellos he compartido aventuras y sueños que hoy por hoy se van haciendo realidad y siempre estando juntos apoyándonos para todos llegar a la meta.

INDICE

1. Portada	1
2. Autorizaciones	2
3. Dedicatoria	3
4. Resumen	5
5. Introducción	6
6. Antecedentes	7
7. Planteamiento del problema	16
8. Objetivos	18
9. Sujetos, material y métodos	19
10. Resultados	21
11. Tablas y gráficos	23
12. Discusión	35
13. Conclusiones	37
14. Bibliografía	38
15. Anexos	42

RESUMEN

Escobar VA.¹, Osorio GM.². Asociación de la percepción de la funcionalidad familiar y control hipertensivo en adultos de la UMF No. 33 El Rosario

Introducción: La adecuada funcionalidad familiar parece ser un determinante en el control de los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas como la hipertensión arterial.

Objetivo: Determinar la asociación de la percepción de la funcionalidad familiar y el control hipertensivo en los adultos de 20 a 59 años de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No.

33 El Rosario. **Material y métodos.** Se realizó un estudio de casos y controles, de tipo correlacional, calculando un tamaño de muestra (nivel de confianza de 95%) de 106 adultos con hipertensión arterial descontrolada (casos) y 204 adultos con hipertensión arterial controlada (controles). Previo consentimiento informado, se aplicó un cuestionario para determinar la percepción de la funcionalidad familiar (test de Virginia Satir) y otras variables como edad, sexo, escolaridad, ocupación, pareja, número de hijos y tiempo de evolución de la hipertensión arterial. El análisis estadístico se realizó a través de estadística descriptiva, χ^2 y razón de momios utilizando el paquete IBM SPSS versión 24. **Resultados:**

Del grupo de controles, 17.2% presentaron percepción de disfunción familiar de moderada a severa y del grupo de controles, 44 % presentaron percepción de disfunción familiar de moderada a severa. Se identificó una asociación significativa entre las variables de percepción de la funcionalidad familiar y el control hipertensivo ($p < 0.05$). **Conclusión:** Se debe determinar la funcionalidad familiar en pacientes con hipertensión arterial descontrolada. Asimismo, se deben realizar más investigaciones donde se considere a la familia como parte fundamental en el tratamiento integral de pacientes.

Palabras clave: hipertensión familiar, control hipertensivo, funcionalidad familiar

¹ Médico residente del tercer año del CEMF de la UMF No.33 El Rosario.

² Médico familiar y profesora adjunta del CEMF de la UMF No. 33 El Rosario.

INTRODUCCION

La hipertensión arterial es considerada un importante problema de salud pública; en México tiene una prevalencia del 31.5% de la población, siendo causa de 9.4 millones de muertes anualmente. Por lo que se deben realizar acciones para la prevención de complicaciones, orientadas en el control estricto de las cifras de tensión arterial del paciente, considerando una evaluación y tratamiento integral.

Se ha considerado que cuando existe una relación adecuada entre el paciente con hipertensión arterial y el resto de los integrantes de la familia, el paciente puede presentar un mejor control hipertensivo, sin embargo, si la dinámica familiar se altera, esto impacta de forma negativa en la enfermedad del paciente.

De acuerdo a la teoría de la comunicación, la familia es uno de los grupos sociales donde ocurren cambios y diferencias, las cuales se adaptan para lograr un equilibrio. Así mismo, la vida familiar es como un “iceberg” donde solo se percibe una pequeña parte de la totalidad –la parte que todos pueden ver y oír- y frecuentemente se cree que esa fracción representa la totalidad. La parte que se mantiene oculta del iceberg se aclara mediante cuatro aspectos como: la autoestima, la comunicación, las reglas que rigen la vida familiar y el enlace con la sociedad, elementos que determinan la forma en que el individuo percibe la funcionalidad de su familia.

Con base en lo anterior, se utilizan diversos instrumentos para evaluar la funcionalidad familiar en pacientes que cursan con enfermedades crónico degenerativas, siendo uno de los más utilizados, el instrumento de Virginia Satir que evalúa la percepción de la funcionalidad familiar a través de 5 componentes: la satisfacción familiar, el afecto, la adaptación, la comunicación y otros. De acuerdo a lo mencionado anteriormente, se considera que es importante determinar la percepción de la funcionalidad familiar en pacientes con hipertensión arterial, sobre todo en aquellos que cursan con descontrol hipertensivo.

La motivación para realizar este estudio, es ofrecer a la comunidad médica y personal de salud elementos para considerar la evaluación de la funcionalidad familiar en el manejo integral del paciente con hipertensión arterial, sobre todo si se encuentra descontrolado. Así mismo, consideramos que la presente investigación puede ser de utilidad como punto de partida para futuras investigaciones que nos permitan ampliar nuestro conocimiento sobre la funcionalidad familiar y el control hipertensivo de nuestra población.

Se planteo como objetivo, determinar la asociación de la funcionalidad familiar y control hipertensivo de adultos de la UMF No. 33 El Rosario.

ANTECEDENTES

La hipertensión arterial sistémica es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a niveles $\geq 140/90$ mm/hg. Dicho padecimiento es sumamente importante pues constituye una de las primeras causas de morbi-mortalidad. Por lo que se debe considerar como medida de prevención de complicaciones, el control adecuado del paciente con hipertensión arterial. ¹

Para el control del paciente hipertenso, existe una gran disponibilidad de tratamientos farmacológicos, aunque en muchos casos no se han instrumentado medidas no farmacológicas, observando que un elevado porcentaje de pacientes tiene un inadecuado control de las cifras tensionales. Lo anterior incrementa el riesgo de daño a órganos blanco, de discapacidad y los costos de la atención, lo que tiene repercusión en la economía familiar, en los sistemas de salud y en el país. ²

Uno de los aspectos indispensables para que todo paciente con enfermedades crónico degenerativas como la hipertensión arterial lleve un adecuado control, es el funcionamiento adecuado de la dinámica familiar. Con el fin de realizar una evaluación adecuada del paciente con hipertensión, se debe considerar que la familia es un grupo social, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar. ³

Una de las explicaciones para considerar el abordaje familiar en el paciente con hipertensión arterial es que el nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia. Por ejemplo: la enfermedad de uno de sus miembros altera la vida del resto de los familiares quienes tienen que modificar su estilo de vida para cuidar al familiar enfermo. ⁴

La evaluación de la familia es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el primer nivel de atención. Se puede concebir como un proceso fundamental para realizar intervenciones promocionales y preventivas a favor de la salud, establecer diagnósticos, manejo y tratamiento y en su caso rehabilitación; este proceso implica obtener de los individuos y sus familias información relacionada con los elementos que intervienen en el proceso salud enfermedad, su análisis, y la planeación de estrategias y toma de decisiones en el contexto biopsicosocial. ⁵

En una familia no hay un "culpable", sino que los problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema. El enfoque sistémico nos permite analizar las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, que es lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y por tanto a las causas de la disfunción familiar. ⁵

Asimismo, se ha observado que existe una relación entre los pacientes con control hipertensivo y que forman parte de familias funcionales. Las familias funcionales son aquellas capaces de crear un entorno que facilita el desarrollo personal de sus miembros, son familias que en general no sufren crisis ni trastornos psicológicos graves. La funcionalidad aparece asociada a diferentes características del sistema familiar: niveles de cohesión, flexibilidad, comunicación, estrés, conflictos, emociones, vínculos, etc., que la literatura especializada ha valorado con diferentes instrumentos cuantitativos y cualitativos.⁶

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica por lo que es un padecimiento cuyo desarrollo se prolonga a través del tiempo, causando un continuo deterioro físico, mental, o ambos, en el individuo que la padece, llevándolo incluso a la muerte. La presencia de hipertensión arterial para la familia representa una crisis que surge ante el hecho de que “la familia que era, ya no será más”, pues esta situación producirá cambios, aunque no lo deseen. Habrá cambios en la jerarquía, en las fronteras, en los roles, en el estilo de relación y posiblemente queden espacios vacíos en las funciones familiares. De manera que habrá reestructuraciones dentro de la dinámica familiar, con la consecuente repercusión en su organización y funcionamiento.⁷

En general, las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, ejercen una fuerza centrípeta sobre el individuo y su organización familiar. La presencia de una enfermedad crónica dentro del sistema familiar se puede comparar con la aparición de un nuevo integrante en el grupo familiar; así se origina un periodo de acercamiento entre sus miembros.⁷

Esta fuerza centrípeta ejercida en la familia a causa de una enfermedad como la hipertensión arterial, se debe a que los síntomas, las posibles incapacidades, el intercambio de roles funcionales, afectivos o ambos, y el miedo a la muerte presionan a los integrantes de la familia a acercarse, por ende, la autonomía intrafamiliar y extra familiar de todos y cada uno está en riesgo, tanto de manera temporal como a largo plazo. Finalmente, la dinámica y la gravedad de la enfermedad influirán en que la reversión centrípeta de la estructura familiar sea un cambio temporal o permanente.⁷

Sin embargo, una de las consecuencias de considerar a la familia como un sistema es que tiene una pobre capacidad para generar principios o condiciones estables para explicar cualquier fenómeno. Hay que trabajar con toda la familia, con el sujeto, indagar el sistema, preguntar, conversar y discutir, es decir, resulta necesario tener al grupo familiar presente para construir la noción del sistema particular en la que se insertara el comportamiento del problema.⁷

Entre las ventajas de considerar a la familia desde el punto de vista de la teoría de la comunicación es que ayuda a las personas a plantear preguntas tipo “como” en lugar de “por qué”. Estas últimas, por lo general, resultan acusadoras y crean actitudes defensivas que conducen a la autoestima baja. En cambio, las primeras consiguen comprensión y entendimiento. En este sentido, se puede decir que la familia está constituida por la autoestima, la comunicación junto a las normas y creencias de las personas. Cualquier cambio en ellas propia cambios en todos los miembros de la familia.⁸

Por lo tanto, en todas las familias, como las familias con paciente con hipertensión arterial, cada persona tiene una valoración de sí mismo, positiva o negativa; la cuestión es identificar ¿Cuál de las dos?; cada persona se comunica, la cuestión es determinar ¿Cómo y cuál es el resultado?; cada persona sigue *reglas*, la cuestión es considerar ¿Qué clase de reglas y cómo funcionan para ella?; cada persona tiene un enlace con la sociedad, la cuestión es identificar ¿Cómo y cuáles son los resultados?.⁸

Cabe mencionar, que, de acuerdo con la teoría de la comunicación, la familia es el único grupo social donde tanto los cambios como las diferencias deben acomodarse en tan poco espacio y en tan corto tiempo.⁸

Virginia Satir describe la vida familiar como un “iceberg”, solo se percibe una pequeña parte de la totalidad – la parte que todos pueden ver y oír – y frecuentemente la gente cree que esa fracción representa la totalidad. El lado oculto del iceberg se aclara mediante cuatro aspectos: 1) Los sentimientos e ideas que uno tiene sobre sí mismo: *la autoestima*, 2) las formas desarrolladas por gente para expresar lo que quieren decirse uno al otro: *la comunicación*, 3) las reglas que rigen la vida familiar, 4) las formas utilizadas por las personas para actuar y sentir que llegan a constituir: *el enlace con la sociedad*.⁹

A continuación, se explican los cuatro factores clave de la vida familiar:

La autoestima se fundamenta principalmente en los mensajes recibidos en los primeros años de nuestra vida, depende en gran medida del valor que les han otorgado los miembros cercanos de la familia, la cual puede ser remodelada a cualquier edad.⁹

La comunicación se refiere a la conducta no verbal y verbal dentro de un contexto social, puede significar interacción o transacción, también incluye todos los símbolos y claves que las personas utilizan para dar y recibir un significado.⁹

Las reglas que rigen la vida familiar son fuerzas vitales, dinámicas y muy influyentes en la interacción familiar, están sujetas a discusión o constituyen tema tabú. Es importante analizarlas, discutir las en el seno familiar y realizar los cambios necesarios.⁹

Enlace con la sociedad, se refiere a la manera de cómo la gente se relaciona con otros individuos e instituciones ajenas a la familia, en las familias conflictivas este enlace es temeroso, desconfiado, aplacante o de culpabilización a otros. En las familias sanas o nutricias este enlace es abierto y confiado, fundamentado en las elecciones de cada quien.⁹

Es posible ubicar a una familia determinada en alguna escala que va desde muy nutricia hasta muy perturbada y conflictiva tomando en cuenta las anteriores dimensiones: en las familias nutricias y conflictivas.⁹

En las familias nutricias, las personas tienen: autoestima alta, comunicación directa, clara, específica y sincera, normas flexibles, humanas, apropiadas y sujetas a cambios, y enlace con la sociedad abierto y confiado.⁹

Cabe mencionar que, en este tipo de familias, los padres se consideran guías y no jefes autoritarios. Reconocen ante ellos sus desaciertos igual que sus aciertos. Asimismo, su disgusto, coraje o desengaño tanto como su alegría. Estos progenitores, quizá una de sus características más sobresalientes, comprenden que los cambios son inevitables; los hijos pequeños, parecen espontáneos y amables, el resto de la familia los toma en cuenta como personas, en general existe armonía y fluidez en las relaciones interpersonales, si sucede algo imprevisto sus miembros se acomodan al cambio.⁹

Por último, en la familia nutricia se le da una gran importancia a los sentimientos y a la persona; sus integrantes presentan cuerpos ágiles y expresiones tranquilas, ven como normal el contacto físico y demuestran afecto, cualquiera que sea su edad; a su vez, se sienten libres para expresar sentimientos, hablar de todo: desengaños, temores, penas, críticas o alegrías y éxitos.⁹

En el caso de las familias conflictivas, en general los miembros de la familia muestran rostros de aspecto huraños o tristes, inexpresivos como máscaras. Los ojos esquivan la mirada. Las voces son duras, estridentes o apenas audibles. Con frecuencia el sentido del humor es amargo, sarcástico y cruel.⁹

Asimismo, los padres están ocupados diciéndole a sus hijos lo que deben y no deben hacer. De esa manera, nunca llegan a conocerlos, ni los disfrutan como personas y tampoco los hijos a ellos; a veces predomina cierta frialdad, el ambiente en extremo cortés o lleno de secretos, evidenciándose una atmósfera de tensión, cada quien es aburrido; no hay alegría; sus integrantes, se evitan unos a otros; se dedican demasiado al trabajo y demás actividades fuera del hogar; es común encontrar en ellos males físicos, pues sus cuerpos responden, como es de esperarse, ante un ambiente inhumano; además, tienen: autoestima baja, comunicación indirecta, vaga y no sincera, normas rígidas, inhumanas, fijas e inmutables, y enlace temeroso, aplacante y acusador con la sociedad.⁹

Es posible ayudar a las familias conflictivas a convertirse en nutridoras. La mayoría de los factores que originan conflictos en las familias, se aprenden después de nacer. Si se aprenden pueden también desaprenderse y nuevos factores son aprendidos en su lugar.⁹

Aunque existen diversos instrumentos para evaluar la funcionalidad familiar, estos difieren en su capacidad para evaluar la funcionalidad, su extensión y practicidad. Uno de los instrumentos más conocidos es la escala de Apgar familiar. Esta tiene la ventaja de ser auto-aplicable, entendible para personas con educación limitada, toma muy poco tiempo llenarla y es usada para identificar familias en riesgo, en base a la evaluación de la percepción del sistema funcional familiar de uno de sus miembros.¹⁰

El test familiar Apgar es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. Fue elaborado utilizando cinco componentes básicos del funcionamiento de la familia: adaptación, asociación, crecimiento, afectación y resolución. Sin embargo, la evaluación del funcionamiento de la familia es más completa cuando la evaluación del Apgar familiar se complementa con otros instrumentos que permitan caracterizar las relaciones entre los miembros de la familia e identificar las áreas de oportunidad para que el equipo de salud oriente la psicoterapia familiar.¹⁰

La Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar III (FACES III) es la tercera versión de la serie de escalas FACES y ha sido desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones del Modelo Circunflejo: la cohesión y la adaptabilidad familiar. Se ha adaptado a una variedad de contextos culturales y se calcula que existen más de 700 estudios que utilizan FACES en sus distintas versiones. En la mayoría de los casos, la escala logra discriminar diferentes grupos familiares, lo cual constituye una fuerte evidencia de validez de constructo de la misma. Otra de las cualidades métricas que se han destacado es que con FACES III se ha logrado bajar la correlación que existía entre ambos factores (cohesión y adaptabilidad). El cuestionario FACES III fue validado en español en México y demostró ser válido y fiable (70%).^{11,12}

FACES III no mide directamente la funcionalidad familiar, sino solamente el grado de dos de las dimensiones señaladas en el modelo (cohesión y adaptabilidad). Los puntajes obtenidos mediante FACES III han propiciado la clasificación de las familias al considerar tres categorías: balanceadas, en rango medio y extremas. La escala FACES III en su versión al español, contiene 20 preguntas: las 10 nones evalúan la cohesión familiar y las 10 pares, la adaptabilidad familiar. Las preguntas están planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert del 1 al 5 (1 nunca, 2 casi nunca, 3 algunas veces, 4 casi siempre, 5 siempre) de tal manera que la puntuación posible para cohesión y la adaptabilidad es de 10 a 50. El valor de alfa de Cronbach es de 0.70. Se contesta en 5 minutos.^{13,14,15}

La combinación de cohesión con adaptabilidad clasifica a las familias en 16 tipos: No relacionada rígida, No relacionada estructurada, No relacionada flexible, No relacionada caótica; semirelacionada rígida, semirelacionada estructurada, semirelacionada flexible, semirelacionada caótica; Relacionada rígida, Relacionada estructurada, Relacionada flexible Relacionada caótica; Aglutinada rígida, aglutinada estructurada, aglutinada flexible, aglutinada caótica.¹⁶

El test de Virginia Satir permite evaluar el grado de funcionalidad percibido por el individuo a través de 5 componentes: 1. Satisfacción familiar, 2. Afecto, 3. Adaptación, 4. Comunicación y 5. Otros. Consta de 5 preguntas que exploran los componentes anteriormente enunciados, cada pregunta se califica sobre una escala de Likert, se da un valor de 0 a 2, obteniéndose al final un índice entre 0 y 10. El resultado de la evaluación nos da los siguientes funcionamientos: a) Funcionamiento familiar adecuado, (7 a 10 puntos), b) Disfunción familiar moderada (4 a 6 puntos), c) Disfunción familiar severa (1 a 3 puntos).¹⁶

Además de los puntos anteriores, solo hay que aclarar que la comunicación es el principal centro de evaluación, por lo que hay que recordar los puntos que menciona la autora en relación con la comunicación, y de considerar los axiomas en el proceso de la comunicación, como forma clara para el envío de mensajes.¹⁶

En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, es decir producen casi un tercio del total de muertes. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9.4 millones de muertes. La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de muertes por cardiopatías, y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular.¹⁷

En el 2008, la hipertensión afectaba a aproximadamente al 40% de los adultos mayores de 25 años. De hecho, el número de personas afectadas aumentó de 600 millones en 1980 a 1000 millones en el 2008. La máxima prevalencia de hipertensión se registra en la Región de África, con un 46% de los adultos mayores de 25 años, mientras que la más baja se observa en la Región de las Américas, con un 35%. En general, la prevalencia de la hipertensión es menor en los países de ingresos elevados (35%) que en los países con ingresos menores (40%).^{17,18,19}

La prevalencia actual de hipertensión en México es 31.5%, es más alta en adultos con obesidad con el 42.3% que en adultos con índice de masa corporal normal del 18.5%, y en adultos con diabetes es del 65.6% en comparación con aquellos que no la padecen en los que la frecuencia es de 27.6%. El 47.3% de los pacientes desconocían que padecían de hipertensión. Por grupos de edad, la prevalencia de HAS es 4.6 veces más baja en el grupo de 20 a 29 años de edad que en el grupo de 70 a 79 años. De los adultos con HAS

diagnosticada por un médico, sólo 73.6% reciben tratamiento farmacológico y menos de la mitad de estos tiene la enfermedad bajo control. ¹⁹

De acuerdo con Campos y cols. (2013) México sólo 51.2% de los pacientes hipertensos tienen cifras de tensión arterial bajo control (<140mmHg/90mmHg). En hombres el porcentaje de pacientes en control va de 42.6-57.4%, siendo los menos controlados los mayores de 70 años y los mejor controlados los de 20-45 años. Mientras que en las mujeres el porcentaje de controladas va de 37.-70.9%, siendo las menos controladas las mayores de 70 años y las mejor controladas las de 20-45 años. ²⁰

Al categorizar por institución a la cual se encuentran afiliados los adultos con Hipertensión arterial sistémica (HAS), se observó en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 que el porcentaje de adultos con cifras de tensión arterial sistólica y tensión arterial diastólica bajo control era de 34.4% en los afiliados al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores de Estado (ISSSTE), 45.4% en los de la Secretaría de Salud, 46.6% en los del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y 54.0% en los afiliados a instituciones privadas. ²⁰

Se ha descrito que, el grado de funcionalidad familiar se relaciona con el control de la hipertensión arterial. Por ejemplo, González-Alfonso y cols., (2004) realizaron un estudio descriptivo para caracterizar la participación familiar y la relación médico-familia en el control de la hipertensión arterial, en 153 familias de pacientes hipertensos. Encontraron el 79.08% de las familias manifestaron tener necesidades educativas para brindar apoyo a los enfermos; se encontró un deficiente apoyo familiar en el 58.92% ($p=0,0000$). Por lo que la disfuncionalidad familiar y el apoyo deficiente al hipertenso por sus familiares se asociaron significativamente al descontrol de la hipertensión arterial. ²¹

Concha y Rodríguez (2010) realizaron una investigación en el Centro de Salud Familiar Ultra estación de Chillán, Chile se llevó a cabo un estudio descriptivo con la finalidad de determinar la relación entre funcionalidad familiar y presencia de eventos descompensatorios en pacientes con diabetes e hipertensión. Para funcionalidad familiar se utilizó el Test APGAR Familiar de Smilkstein, el cual se aplicó a 48 pacientes compensados (40.7%) y 70 descompensados (59.3%) con un total de 118 sujetos, entre 55 y 64 años de edad. Se encontró que la funcionalidad familiar se asocia significativamente con la descompensación, siendo más susceptibles de descompensarse aquellos sujetos que provienen de familias con funcionalidad moderada a severa con un 95.7%. Se encontró una mayor proporción de pacientes descompensados en los pacientes con diabetes (83.7%) que en aquellos con hipertensión (45.3%). El género resultó significativamente asociado a descompensación; las mujeres se encontraron con mayor frecuencia descompensadas de sus patologías con un 65.9%. Por lo tanto, pacientes con familias disfuncionales estarán más expuestos a descompensación. ²²

Kanan y Cedeño y cols (2010). Evaluaron las posibles diferencias en el funcionamiento familiar de las personas hipertensas en cuyas familias se ha tenido o no la experiencia de la migración. Mediante un estudio descriptivo. Participaron 674 personas diagnosticadas con hipertensión arterial, todos pacientes de la clínica No. 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Morelia (México), con una edad promedio de 61.5 años, siendo mujeres el 81.2%. En cuanto a su estado civil la mayoría dijo estar casado (62.8%), en cuanto al rango de escolaridad en su mayoría corresponde a nivel de educación primaria con un 47%, quienes respondieron una escala de funcionamiento familiar. Encontraron que 45.4% de los participantes tienen algún familiar que ha migrado a los Estados Unidos. Quienes no han vivido la experiencia de migración reportan un mejor funcionamiento familiar que quienes tienen familiares migrantes.

En esta investigación, los puntajes en apoyo en situaciones críticas, manejo y resolución de problemas, respeto por las decisiones individuales y expresión de afecto fueron menores en pacientes con familiares migrantes que en sus contrapartes no migrantes. Por lo que, confirmaron el impacto de la migración en el funcionamiento familiar de pacientes con hipertensión, lo cual implica retos para el desarrollo, aplicación y evaluación de estrategias de intervención en esta población. ²³

García López et al. (2007) determinó si la disfunción familiar es un factor que contribuye a un mal control de su enfermedad en 140 pacientes con hipertensión arterial (HAS), en comparación con los que presentan buen control y familia funcional, en una unidad de medicina familiar del IMSS, de Tecoman Colima. El 65% de los pacientes tuvo algún grado de disfunción familiar, siendo más frecuente en mujeres (72.5%). El resto (35%) fueron familias funcionales. De las familias disfuncionales presentaron descontrol de la hipertensión el 87.9% de pacientes. Por lo que, la presencia de disfunción familiar contribuye de alguna forma al mal control de la hipertensión. ²⁴

Alcalá Padilla (2010) evaluó si la disfunción familiar es un factor de riesgo para el descontrol de las cifras de tensión arterial en 120 pacientes hipertensos de un Hospital Rural de Oportunidades de Oaxaca. Tuvieron hipertensión con descontrol 40.3% de los hombres y 59.7% de las mujeres. No se encontró asociación entre la disfunción familiar y descontrol de la hipertensión (OR 1.02, IC 95% 0.48 -2.12 $p=>0.05$). ²⁵

Dos Santos y Costa (2008) realizaron un estudio cualitativo donde participaron 21 personas con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica, evaluaron si la familia del hipertenso contribuye positivamente en el control de su presión arterial en participantes del Programa de Hipertensión de un Centro Integrado de Salud. Encontraron un total de 146 consecuencias, siendo que 58 fueron mencionadas como positivas y 88 como negativas; las categorías fueron: aspecto familiar, aspecto financiero, aspecto de salud, aspecto emocional siendo que en las subcategorías: armonía en la familia (5), mejoría financiera en la familia (7), control de la presión arterial (6) y bienestar (16) recibieron solamente

referencias positivas, mostrando así la influencia de la dinámica familiar y del alcance del control de la enfermedad, y en las subcategorías: preocupación con los hijos/nietos (8), relaciones con familiares/amigos (16), alteración del estado de salud (22) y alteración emocional (20) representan el mayor número de referencias negativas mostraron poca participación familiar en relación al control de la enfermedad. Concluyendo que los pacientes hipertensos tienen dificultades en las relaciones familiares, se preocupan por sus descendientes y que la familia tiene poca participación en el plan de tratamiento y de cuidado elaborado para el paciente. ²⁶

Brittain y cols., (2010) realizaron un estudio en 146 mujeres afroamericanas con la finalidad de evaluar la relación de presión arterial alta, la presión de pulso, índice de masa corporal con la cohesión y adaptabilidad familiar y el apoyo social. Encontraron relaciones significativas entre la adaptabilidad de la familia y la presión arterial sistólica ($p = 0.03$) y entre la adaptabilidad y la presión de pulso ($p \leq 0.01$). Con base en lo anterior los autores recomiendan evaluar rutinariamente el funcionamiento familiar, específicamente la capacidad de adaptación de la familia, en mujeres afroamericanas que están en riesgo de hipertensión arterial para minimizar las complicaciones asociadas con la hipertensión. ²⁷

Un estudio realizado por Hu y cols. 318 pacientes chinos con hipertensión tuvo como objetivo evaluar el papel del apoyo familiar, social, depresión, ansiedad en los comportamientos específicos de autocuidado. La puntuación media de apoyo social percibido por la familia fue de 20.91 puntos (máximo = 60 puntos). Los hijos adultos fueron identificados como la fuente principal de soporte técnico. Aproximadamente el 22.3% y el 15.4% de los participantes informaron de síntomas de ansiedad y depresión, respectivamente. En el análisis multivariado, un aumento de 10 unidades en el apoyo social de la familia aumentó la probabilidad odds ratio (OR) de ingerir medicamentos a 1.39 (IC 95% 1.03- 1.87). Por lo tanto, los autores concluyeron que el apoyo social de la familia se asoció positivamente con mejor adherencia farmacológica y auto monitoreo regular de la presión arterial. ²⁸

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 El Rosario se observa con frecuencia que los pacientes que cursan con hipertensión arterial descontrolada acuden sin un familiar; o bien cuando se le cuestiona respecto a su familia, es posible identificar que existen alteraciones en la funcionalidad familiar, aspecto que podría estar asociado al descontrol hipertensivo. Sin embargo, no existen investigaciones donde se pueda identificar dicha asociación, existe una investigación realizada en nuestra unidad por Castillo et al. (2014) en 110 pacientes con retinopatía diabética, donde se observó que en los pacientes no controlados (69.09%), la percepción de disfunción familiar era más frecuente, pero no hay otras investigaciones donde se considere al paciente con hipertensión arterial descontrolada.²⁸

La hipertensión arterial sistémica afecta a uno de cada 3 adultos en México y es una de las principales causas de mortalidad en todo el mundo, siendo responsable de 5 de cada 10 muertes por cardiopatía y accidente cerebrovascular. Alrededor del 40% de los pacientes mexicanos con hipertensión se encuentran mal controlados, siendo la funcionalidad familiar uno de los factores que intervienen en el control hipertensivo.^{4,7}

Al respecto González et al. (2004) encontraron una asociación de la funcionalidad familiar con el control de la hipertensión; específicamente, el 19.6% de los pacientes con familias funcionales tenían descontrol de la hipertensión y el 84.1% de los pacientes con disfunción familiar tuvieron descontrol metabólico ($p=0.000$, X^2).⁸

Por otro lado, García-López et al., (2007) encontraron que el 87.9% de los pacientes con familias disfuncionales tuvieron descontrol de la hipertensión arterial, mientras que solo el 51% de los pacientes que pertenecen a las familias funcionales tuvieron descontrol de la enfermedad. Sin embargo, Alcalá Padilla (2010) no encontró relación de la disfunción familiar con el descontrol de la hipertensión.^{18, 20}

Por su parte, Concha y Rodríguez (2010) encontraron que, del grupo de pacientes con función familiar adecuada, 50.5% presentaban descontrol hipertensivo y del grupo de pacientes con disfunción familiar moderada-severa 95.7 % presentaban descontrol hipertensivo. ($p<0.000$, X^2). También identificaron que son las mujeres (65.9%) quienes mayormente se encuentran descompensadas en sus patologías ($p=0.029$).¹⁶

Abaunza et al. (2016) identificaron que, de los pacientes hipertensos descontrolados, el 16.7% tienen escolaridad primaria y secundaria y el 1.7 % cuentan con nivel de licenciatura; de los pacientes hipertensos controlados el 13.3 % tienen escolaridad primaria y secundaria y el 11.7 % cuentan con nivel licenciatura, respecto al estado civil, de los pacientes con hipertensión arterial descontrolada, 20 tenían pareja y 10 no tenían pareja. Sin embargo, el 18.3% de los adultos que tienen 4 hijos o más, se encuentran con descontrol hipertensivo.³⁰

Considerar la funcionalidad familiar en la evaluación integral del paciente con hipertensión arterial, sobre todo si esta descontrolado, es fundamental para el manejo integral, por lo cual me planteo la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la asociación de la percepción de la funcionalidad familiar y el control hipertensivo en los adultos de la UMF No. 33 El Rosario?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar la asociación de la percepción de la funcionalidad familiar y el control hipertensivo en los adultos de la UMF No. 33 El Rosario.

Objetivos específicos

1. Determinar la frecuencia de factores sociodemográficos y el estatus del control hipertensivo en los adultos de la UMF No. 33 El Rosario.
2. Identificar la frecuencia de percepción de la funcionalidad familiar en pacientes con control y descontrol hipertensivo de la UMF No. 33 El Rosario.
3. Identificar la asociación de disfunción familiar y el descontrol hipertensivo en los adultos de la UMF No. 33 El Rosario.

SUJETOS, MATERIAL Y METODOS

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la cual es una unidad de primer nivel de atención, cuya afluencia es la población derechohabiente a dicho instituto. La Unidad de Medicina Familiar pertenece a la Delegación Norte del distrito Federal del IMSS, ubicada en la zona noreste del distrito Federal entre las Avenidas Aquiles Serdán, Avenida de las Culturas y Avenida Renacimiento S/N, Colonia El Rosario, Azcapotzalco.

El objetivo de la presente investigación fue identificar la asociación de la percepción de la funcionalidad familiar y control hipertensivo en adultos de la UMF No. 33.

Se realizó un estudio observacional, de casos y controles, transversal, correlacional y prolectivo. Para la realización de la presente investigación se calculó un tamaño de muestra de 310 adultos con hipertensión arterial (nivel de confianza 95%). La muestra se recabó utilizando muestreo no probabilístico por conveniencia, durante el periodo de septiembre a octubre de 2017, en ambos turnos. En el grupo de casos, participaron 104 adultos de 20 a 59 años de edad, con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica descontrolada y en el grupo de controles participaron 206 adultos de 20 a 59 años con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica controlada.

Para determinar si los pacientes se encontraban controlados o descontrolados, se consideraron las 2 últimas cifras de tensión arterial registradas en el expediente. Se consideraron pacientes con control hipertensivo a aquellos que presentaron registro de sus 2 últimas cifras de tensión arterial menores de 140/90 mm/Hg y descontrolados a aquellos que presentaron al menos una cifra de presión arterial igual o mayor de 140/90 mm/Hg en sus 2 últimos controles.

Se excluyó a los adultos que tenían enfermedad renal crónica, hipertensión arterial secundaria y que vivieran solos. Se eliminaron del estudio a aquellos adultos que no llenaron el cuestionario en su totalidad o bien, que decidieron retirarse del estudio antes de concluirlo.

Previo consentimiento informado, se aplicó un cuestionario diseñado para identificar variables sociodemográficas y percepción de la funcionalidad familiar. La percepción de la funcionalidad familiar se evaluó a través del test de Virginia Satir que permite evaluar el grado de funcionalidad percibido por el individuo a través de 5 componentes: 1. Satisfacción familiar, 2. Afecto, 3. Adaptación, 4. Comunicación y 5. Otros. Las variables sociodemográficas que se identificaron fueron: sexo, edad, escolaridad, ocupación, si tiene pareja, número de hijos y tiempo de evolución de la enfermedad.

Para el análisis de datos, se calcularon frecuencias y porcentajes de las variables de estudio en ambos grupos, los cuales se esquematizaron en tablas de contingencia de dos por dos, representadas gráficamente a través de columnas agrupadas, utilizando el programa Microsoft Office Excel. Se utilizó como herramienta el paquete estadístico IBM SPSS versión 24, con el cual se aplicó la prueba estadística χ^2 y razón de momios, a fin de determinar la asociación de la funcionalidad familiar en el control y descontrol hipertensivo. Se consideraron factores asociados, aquellos en los que se obtuvo un valor de p igual o menor a 0.05.

El presente trabajo de investigación se realizó conforme a los lineamientos y aspectos éticos que rigen la investigación a nivel internacional, nacional e institucional previo consentimiento informado de las personas que participaron en el estudio.

RESULTADOS

En el presente estudio de investigación se aplicó un cuestionario para determinar la percepción de la funcionalidad familiar utilizando el test de Virginia Satir y factores relacionados con el control hipertensivo en adultos, en donde participaron 106 adultos con hipertensión arterial descontrolada (grupo de casos) y 204 adultos con hipertensión arterial controlada (grupo de controles), los cuales fueron captados en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”, obteniendo los siguientes resultados:

Se obtuvieron un total de 310 encuestas, de las cuales 80 fueron contestadas por hombres y 230 por mujeres. La distribución porcentual muestra de manera gráfica que la mayor proporción de encuestas en pacientes hipertensos corresponde a mujeres con 74.2% mientras que de los hombres fue de 25.8%. (tabla y figura 1).

De acuerdo a los resultados por grupo de edad se tomaron tres categorías siendo el rango de 50 a 59 años, el de mayor predominio con 161 pacientes y su proporción de 51.9%, seguido del grupo de 40 a 49 años con 113 pacientes y su proporción de 36.5% y el grupo de 20 a 39 años fue el de menor frecuencia con 36 pacientes y su proporción de 11.6%. (tabla y figura 2).

La distribución de pacientes hipertensos de acuerdo a escolaridad revela que 104 tienen secundaria siendo su proporción de 33.5%, seguido de escolaridad primaria con 63 pacientes y proporción de 20.3%, en tercer lugar, se encuentran los que tienen bachillerato con 60 pacientes siendo su proporción de 19.4%, en cuarto sitio con carrera técnica con 44 pacientes y su proporción de 14.2% y finalmente 39 pacientes con escolaridad de licenciatura con la menor proporción de 12.6%. (tabla y figura 3).

Del total de los pacientes hipertensos, la mayoría de ellos que son 113 con una proporción del 36.5% son empleados, seguido de 102 pacientes que se dedican al hogar con una proporción del 32.9%, solo 16 pacientes son comerciantes con una proporción de 5.2% al igual que los que se encuentran desempleados y solo 9 pacientes son trabajadores independientes con una proporción de 2.9% que representa la minoría. (tabla y figura 4).

Del total de nuestra muestra de pacientes hipertensos se encontró que el 77.7% con un total de 241 pacientes tienen pareja y solo el 22.3% con 69 pacientes no cuentan con pareja. (tabla y grafico 5).

De acuerdo a la distribución con respecto al número de hijos se obtuvo que 61 pacientes no tienen hijos con una proporción del 19.7% y 235 pacientes tienen menos de 4 hijos representando la mayor proporción con el 75.8% y solo 14 pacientes tienen más de 4 hijos con una proporción de 4.5%. (tabla y figura 6).

Respecto a la distribución de acuerdo al tiempo de evolución de la hipertensión arterial, se observó que 220 pacientes tienen menos de 10 años de evolución de la enfermedad con una proporción de 71% y 90 pacientes tienen más de 10 años de evolución de la enfermedad con una proporción de 29%. (tabla y figura 7).

De acuerdo a la distribución y utilización del cuestionario de Virginia Satir para determinar la percepción de la funcionalidad familiar, se establecieron tres categorías (adecuada, moderada y severa) y dos para determinar el control hipertensivo (controlado y descontrolado), encontrando que de los 180 pacientes con hipertensión arterial controlada, 149 pacientes tuvieron una percepción de la funcionalidad adecuada con una proporción del 82.8%, 27 pacientes tuvieron una percepción de disfunción familiar moderada con una proporción del 15% y solo 4 pacientes tuvieron una percepción de disfunción familiar severa con una proporción del 2.2%.

Por otro lado, de los 130 pacientes con hipertensión arterial descontrolada, la distribución de la percepción de la funcionalidad familiar fue similar, encabezada por 73 pacientes con percepción de la funcionalidad adecuada con una proporción de 56.2%, 37 pacientes con percepción de disfunción familiar moderada con proporción de 28.5% y 20 pacientes con percepción de disfunción familiar severa con una proporción de 15.4%. (Tabla y figura 8).

De acuerdo a nuestros resultados anteriores se realizaron distribuciones para realizar el cálculo de Odds ratio en las tres categorías de percepción de la funcionalidad familiar con el control hipertensivo. Se puede interpretar que la razón de ocurrencia del control hipertensivo versus la ocurrencia del descontrol hipertensivo es 3.8 veces mayor en pacientes con una percepción adecuada de la funcionalidad familiar. Esta asociación es estadísticamente significativa con un intervalo de confianza del 95% de 2.2 a 6.3. (tabla 9 y 9-A).

Para la categoría de percepción de disfunción familiar moderada, se puede interpretar que la razón de ocurrencia del control hipertensivo versus la ocurrencia del descontrol hipertensivo es 0.4 veces mayor en pacientes con una percepción de disfunción familiar moderada. Esta asociación es estadísticamente significativa con un intervalo de confianza al 95% de 0.3 y 0.8. (tabla 10 y 10-A).

Para la categoría de percepción de disfunción familiar severa, se puede interpretar que la razón de ocurrencia del control hipertensivo versus la ocurrencia del descontrol hipertensivo es 8.0 veces mayor en pacientes con una percepción de disfunción familiar severa. Esta asociación es estadísticamente significativa con un intervalo de confianza al 95% de 2.7 y 24.0. (tabla 11 y 11-A).

Para los resultados de las tres categorías de la percepción de la funcionalidad familiar y el control hipertensivo se aplicó la prueba de Chi cuadrada para reducir el error obteniendo los siguientes resultados: para la categoría de percepción familiar adecuada con una $p < 0.001$, para la categoría de percepción de la disfunción familiar moderada con $p = 0.006$ y para la categoría de percepción de la disfunción familiar severa con $p < 0.001$. Siendo el valor de p en las tres categorías menor que el valor de significancia, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que hay asociación estadísticamente significativa entre las variables de percepción de la funcionalidad familiar y el control hipertensivo. (tabla 12).

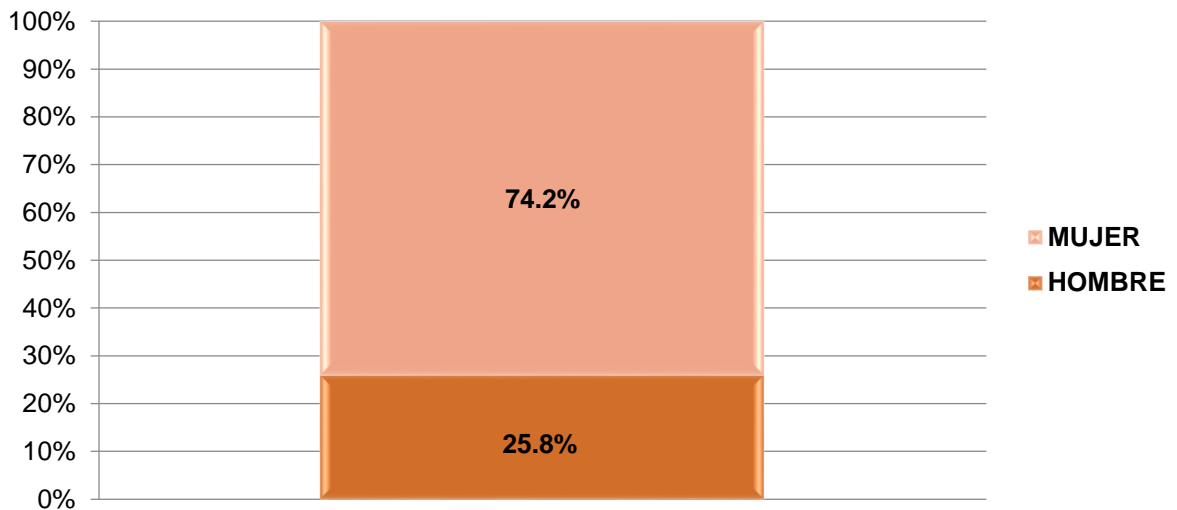
TABLAS Y GRAFICOS

Tabla 1. Frecuencia de acuerdo a género del total de encuestados para determinar la percepción de la funcionalidad familiar en la UMF No. 33 El Rosario.

Género	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	80	25.8%
Mujer	230	74.2%
Total	310	100.0%

Fuente: Cuestionario asociación de la percepción de la funcionalidad familiar y control hipertensivo en adultos de la UMF No. 33 El Rosario.

Figura 1. Distribución porcentual por género del total de encuestados para determinar la percepción de la funcionalidad familiar en la UMF No. 33 El Rosario.



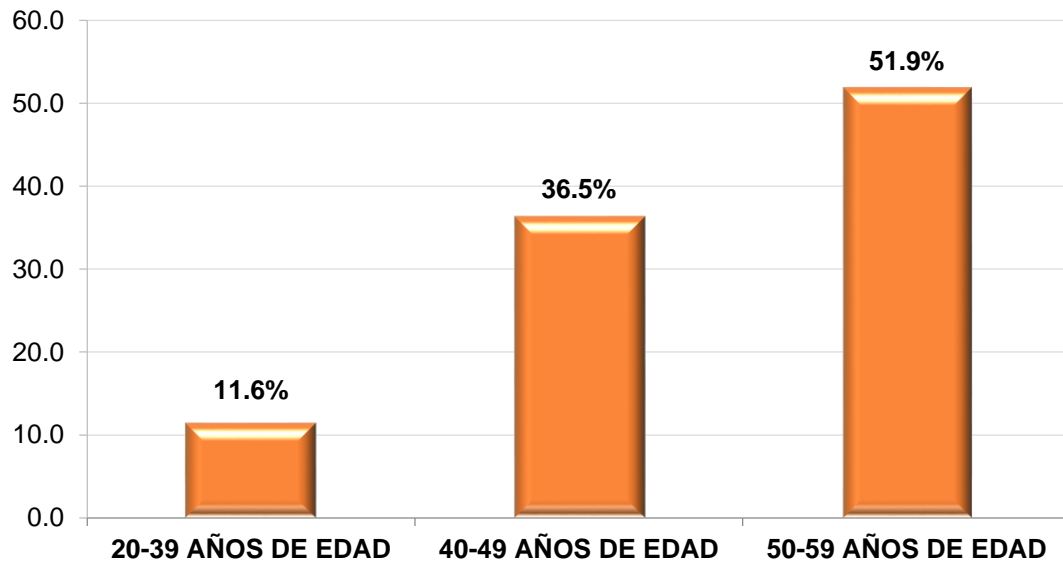
Fuente: Cuestionario asociación de la percepción de la funcionalidad familiar y control hipertensivo en adultos de la UMF No. 33 El Rosario.

Tabla 2. Frecuencia de acuerdo a edad del total de encuestados para determinar la percepción de la funcionalidad familiar en la UMF No. 33 El Rosario.

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
20-39 años de edad	36	11.6%
40-49 años de edad	113	36.5%
50-59 años de edad	161	51.9%
Total	310	100.0%

Fuente: Cuestionario asociación de la percepción de la funcionalidad familiar y control hipertensivo en adultos de la UMF No. 33 El Rosario.

Figura 2. Distribución porcentual por grupo de edad del total de encuestados para determinar la percepción de la funcionalidad familiar en la UMF No. 33 El Rosario.



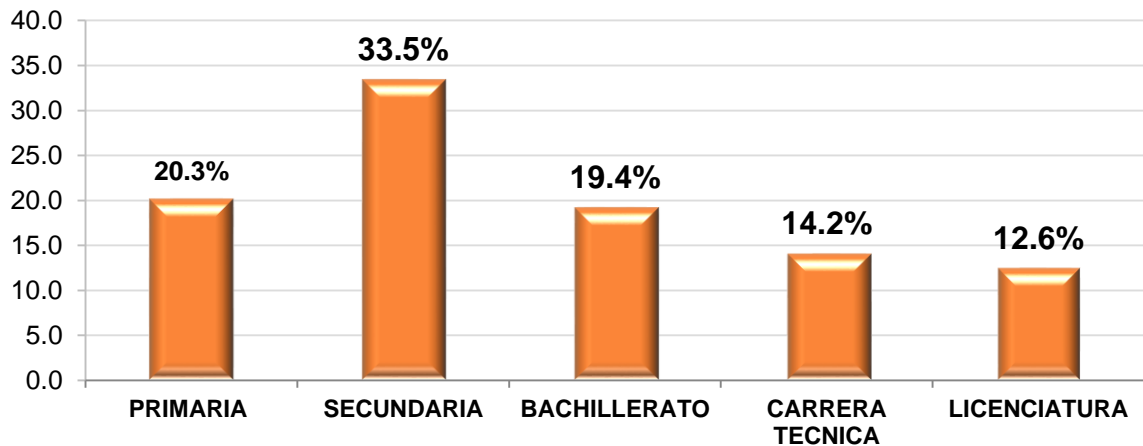
Fuente: Cuestionario asociación de la percepción de la funcionalidad familiar y control hipertensivo en adultos de la UMF No. 33 El Rosario.

Tabla 3. Frecuencia de acuerdo a escolaridad del total de encuestados para determinar la percepción de la funcionalidad familiar en la UMF No. 33 El Rosario.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	63	20.3%
Secundaria	104	33.5%
Bachillerato	60	19.4%
Carrera técnica	44	14.2%
Licenciatura	39	12.6%
Total	310	100.0%

Fuente: Cuestionario asociación de la percepción de la funcionalidad familiar y control hipertensivo en adultos de la UMF No. 33 El Rosario.

Figura 3. Distribución porcentual por escolaridad del total de encuestados para determinar la percepción de la funcionalidad familiar en la UMF No. 33 El Rosario



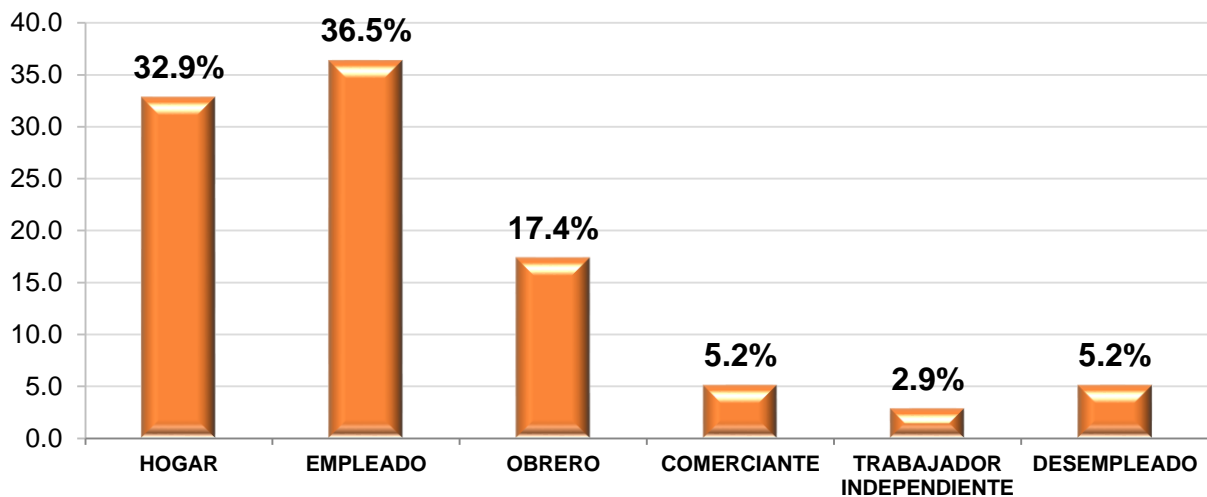
Fuente: Cuestionario asociación de la percepción de la funcionalidad familiar y control hipertensivo en adultos de la UMF No. 33 El Rosario.

Tabla. 4 Frecuencia de acuerdo a ocupación del total de encuestados para determinar la percepción de la funcionalidad familiar en la UMF No. 33 El Rosario.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	102	32.9%
Empleado	113	36.5%
Obrero	54	17.4%
Comerciante	16	5.2%
Trabajador independiente	9	2.9%
Desempleado	16	5.2%
Total	310	100.0%

Fuente: Cuestionario asociación de la percepción de la funcionalidad familiar y control hipertensivo en adultos de la UMF No. 33 El Rosario.

Figura 4. Distribución porcentual por ocupación del total de encuestados para determinar la percepción de la funcionalidad familiar en la UMF No. 33 El Rosario.



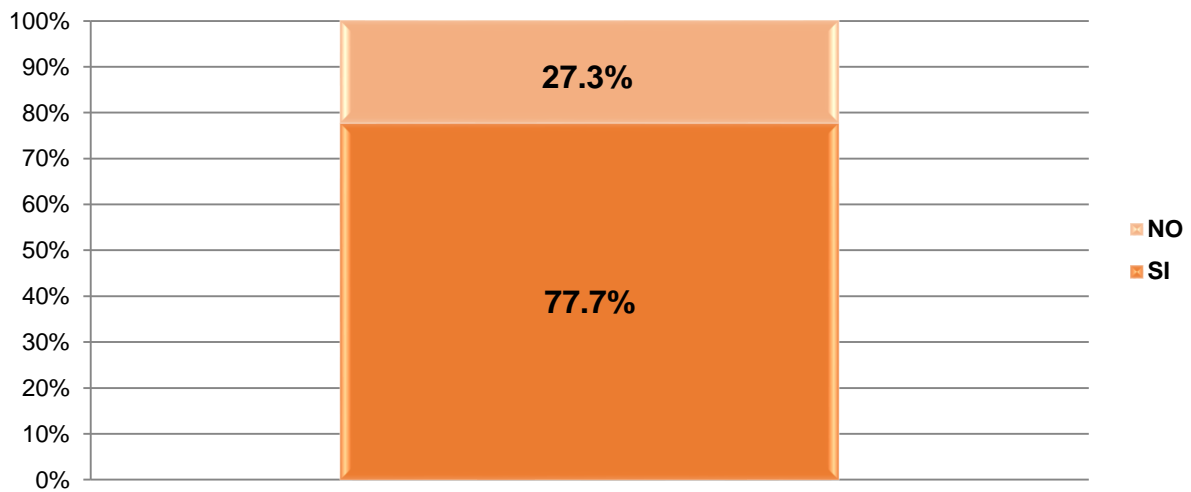
Fuente: Cuestionario asociación de la percepción de la funcionalidad familiar y control hipertensivo en adultos de la UMF No. 33 El Rosario.

Tabla 5. Frecuencia de acuerdo a existencia de pareja del total de encuestados para determinar la percepción de la funcionalidad familiar en la UMF No. 33 El Rosario.

Existencia de pareja	Frecuencia	Porcentaje
Si	241	77.7%
No	69	22.3%
Total	310	100.0%

Fuente: Cuestionario asociación de la percepción de la funcionalidad familiar y control hipertensivo en adultos de la UMF No. 33 El Rosario.

Figura 5. Distribución porcentual de acuerdo a la existencia de pareja del total de encuestados para determinar la percepción de la funcionalidad familiar en la UMF No. 33 El Rosario



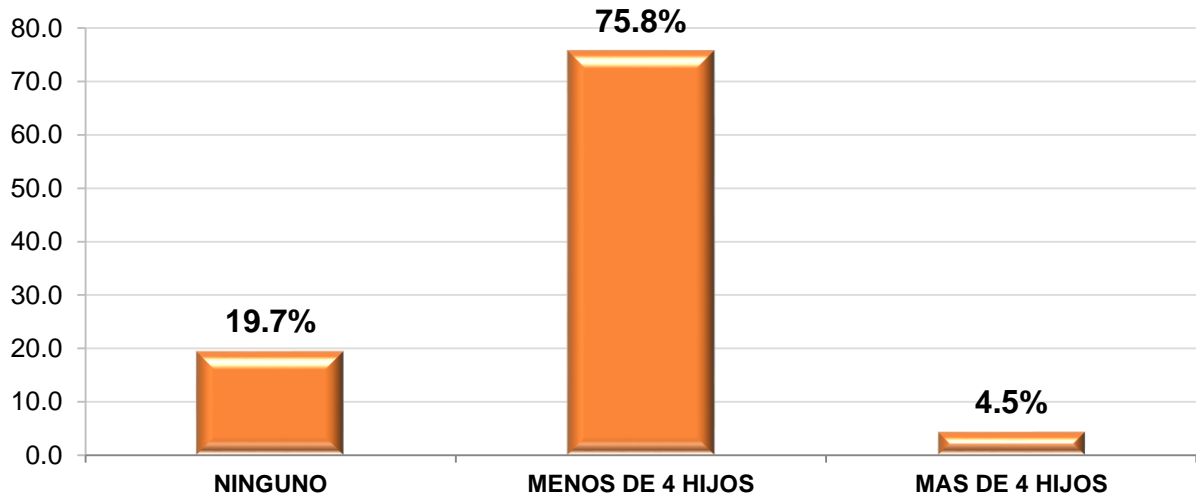
Fuente: Cuestionario asociación de la percepción de la funcionalidad familiar y control hipertensivo en adultos de la UMF No. 33 El Rosario.

Tabla 6. Frecuencia de acuerdo al número de hijos del total de encuestados para determinar la percepción de la funcionalidad familiar en la UMF No. 33 El Rosario.

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	61	19.7%
Menos de 4 hijos	235	75.8%
Más de 4 hijos	14	4.5%
Total	310	100.0%

Fuente: Cuestionario asociación de la percepción de la funcionalidad familiar y control hipertensivo en adultos de la UMF No. 33 El Rosario.

Figura 6. Distribución porcentual por número de hijos del total de encuestados para determinar la percepción de la funcionalidad familiar en la UMF No. 33 El Rosario.



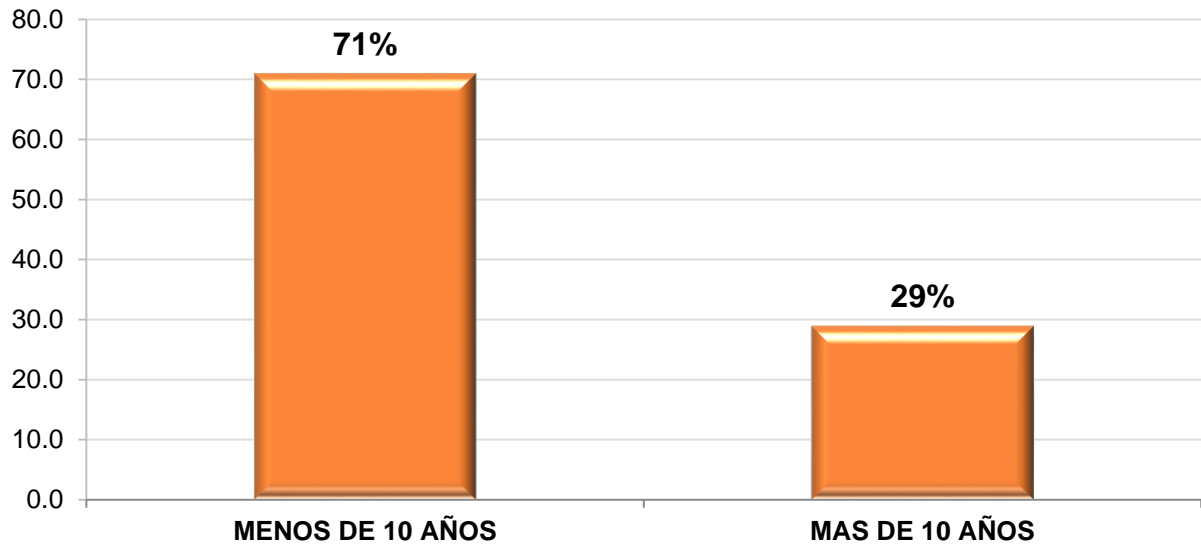
Fuente: Cuestionario asociación de la percepción de la funcionalidad familiar y control hipertensivo en adultos de la UMF No. 33 El Rosario.

Tabla 7. Frecuencia de acuerdo a tiempo de evolución de hipertensión arterial del total de encuestados para determinar la percepción de la funcionalidad familiar en la UMF No. 33 El Rosario.

Evolución hipertensión	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 10 años	220	71.0%
Más de 10 años	90	29.0%
Total	310	100.0%

Fuente: Cuestionario asociación de la percepción de la funcionalidad familiar y control hipertensivo en adultos de la UMF No. 33 El Rosario.

Figura 7. Distribución porcentual tiempo de evolución del total de encuestados para determinar la percepción de la funcionalidad familiar en la UMF No. 33 El Rosario.



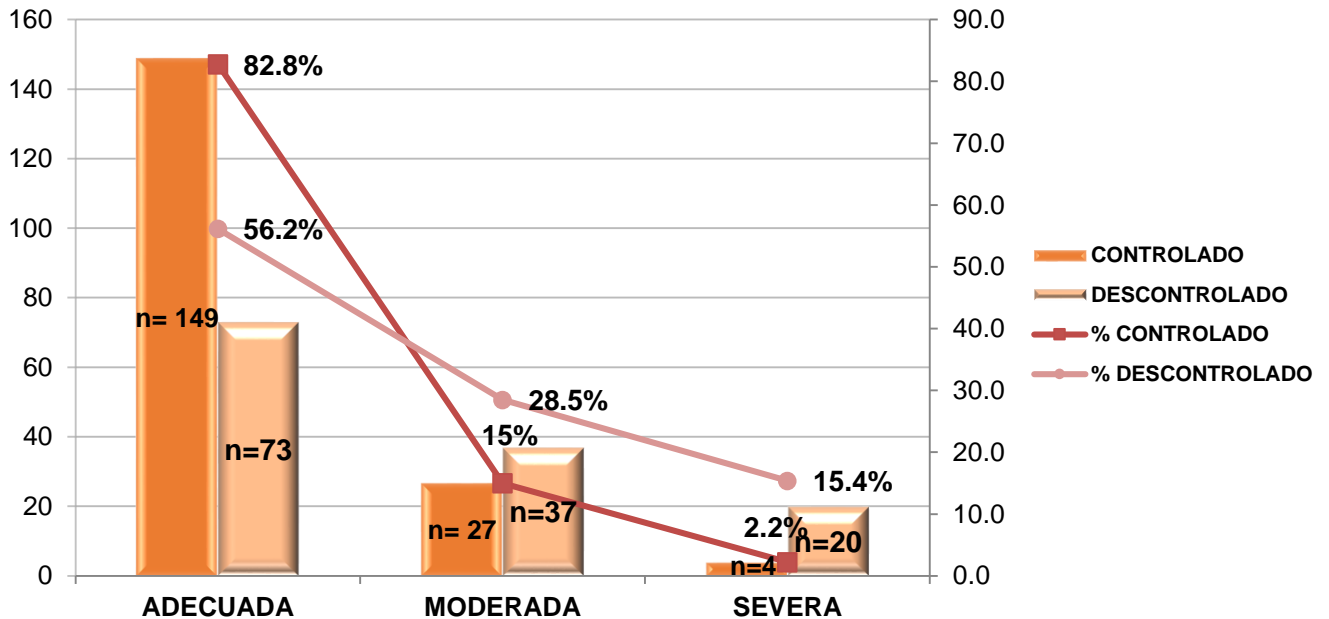
Fuente: Cuestionario asociación de la percepción de la funcionalidad familiar y control hipertensivo en adultos de la UMF No. 33 El Rosario.

Tabla 8. Frecuencias y relación entre percepción de la funcionalidad familiar y el control de hipertensión arterial en la UMF No. 33 El Rosario.

Percepción de la funcionalidad familiar	Control de hipertensión arterial sistémica					
	Controlado	%	Descontrolado	%	Total	Total %
Adecuada	149	82.8%	73	56.2%	222	71.6%
Moderada	27	15%	37	28.5%	64	20.6%
Severa	4	2.2%	20	15.4%	24	7.7%
Total	180	100%	130	100%	310	100%

Fuente: Cuestionario asociación de la percepción de la funcionalidad familiar y control hipertensivo en adultos de la UMF No. 33 El Rosario.

Figura 8. Frecuencias numéricas y porcentuales de pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica de acuerdo al nivel de percepción de la funcionalidad familiar de la UMF No. 33 El Rosario.



Fuente: Cuestionario asociación de la percepción de la funcionalidad familiar y control hipertensivo en adultos de la UMF No. 33 El Rosario.

Tabla 9. Tabla de 2x2 para evaluar la percepción de la funcionalidad familiar adecuada y el control de la hipertensión arterial en la UMF No. 33 El Rosario.

		Control de hipertensión arterial sistémica		Total
		Controlado	Descontrolado	
Percepción de la funcionalidad familiar	Adecuada	149	73	222
	%*	82.8%	56.2%	71.6%
	No adecuada	31	57	88
	%*	17.2%	43.8%	28.4%
	Total	180	130	310
	%*	100%	100%	100%

*% control de hipertensión

Fuente: Cuestionario asociación de la percepción de la funcionalidad familiar y control hipertensivo en adultos de la UMF No. 33 El Rosario.

Tabla 9-A Tabla de resultados de estimación de OR para la percepción de la funcionalidad familiar adecuada y el control de la hipertensión arterial en la UMF No. 33 El Rosario.

Grupo para el cual se realiza la estimación del Odds Ratio (OR)	Intervalo de confianza al 95%		
	OR	Inferior	Superior
OR Funcionalidad Familiar "adecuada" para "control hipertensivo"	3.8	2.2	6.3
OR para el grupo de pacientes con hipertensión controlada	1.9	1.4	2.6
OR para el grupo de pacientes con hipertensión descontrolada	0.5	0.4	0.7

Fuente: Cuestionario asociación de la percepción de la funcionalidad familiar y control hipertensivo en adultos de la UMF No. 33 El Rosario.

Tabla 10. Tabla de 2x2 para evaluar la percepción de la disfunción familiar moderada y el control de la hipertensión arterial en la UMF No. 33 El Rosario.

		Control de hipertensión arterial sistémica		Total
		Controlado	Descontrolado	
Percepción de disfunción familiar	Moderada	27	37	64
	%*	15.0%	28.5%	20.6%
	No Moderada	153	93	246
	%*	85.0%	71.5%	79.4%
	Total	180	130	310
	%*	100%	100%	100%

*% Control de hipertensión

Fuente: Cuestionario asociación de la percepción de la funcionalidad familiar y control hipertensivo en adultos de la UMF No. 33 El Rosario.

Tabla 10-A. Tabla de resultados de estimación de OR para la percepción de la disfunción familiar moderada y el control de la hipertensión arterial en la UMF No. 33 El Rosario.

Grupo para el cual se realiza la estimación del Odds Ratio (OR)	Intervalo de confianza al 95%		
	OR	Inferior	Superior
OR Disfunción Familiar "moderada" para "control hipertensivo"	0.4	0.3	0.8
OR para el grupo de pacientes con hipertensión controlada	0.7	0.5	0.9
OR para el grupo de pacientes con hipertensión descontrolada	1.5	1.2	2.0

Fuente: Cuestionario asociación de la percepción de la funcionalidad familiar y control hipertensivo en adultos de la UMF No. 33 El Rosario.

Tabla 11. Tabla de 2x2 para evaluar la percepción de la disfunción familiar severa y el control de la hipertensión arterial en la UMF No.33 El Rosario.

		Control de hipertensión arterial sistémica		Total
		Controlado	Descontrolado	
Percepción de la disfunción familiar	Severa	4	20	24
	%*	2.2%	15.4%	7.7%
	No Severa	176	110	286
	%*	97.8%	84.6%	92.3%
	Total	180	130	310
	%*	100%	100%	100%

*% Control de hipertensión

Fuente: Cuestionario asociación de la percepción de la funcionalidad familiar y control hipertensivo en adultos de la UMF No. 33 El Rosario.

Tabla 11-A. Tabla de resultados de estimación de OR para la percepción de la disfunción familiar moderada y el control de la hipertensión arterial en la UMF No. 33 El Rosario.

Grupo para el cual se realiza la estimación del Odds Ratio (OR)	Intervalo de confianza al 95%		
	OR	Inferior	Superior
OR Disfunción Familiar "severa" para "control hipertensivo"	8.0	2.7	24.0
OR para el grupo de pacientes con hipertensión controlada	3.7	1.5	9.1
OR para el grupo de pacientes con hipertensión descontrolada	0.5	0.4	0.6

Fuente: Cuestionario asociación de la percepción de la funcionalidad familiar y control hipertensivo en adultos de la UMF No. 33 El Rosario.

Tabla 12. Valor de Chi cuadrada de Pearson para las diferentes categorías de percepción de funcionalidad familiar versus el control hipertensivo con intervalo de confianza al 95% en la UMF NO. 33 El Rosario.

Percepción de la funcionalidad familiar	Valor de Chi cuadrada de Pearson	Grados de libertad	Valor de p
ADECUADA*	25.03	1	< 0.001
MODERADA*	7.55	1	0.006
SEVERA*	16.51	1	< 0.001

* Calculado para una sola tabla de 2x2

Fuente: Cuestionario asociación de la percepción de la funcionalidad familiar y control hipertensivo en adultos de la UMF No. 33 El Rosario.

DISCUSION

En la presente investigación, se observó que existen diferencias en la percepción de la funcionalidad familiar al comparar a los pacientes con control y descontrol hipertensivo, observando que 17.2% vs 43.9% presentaron disfunción familiar de moderada a severa respectivamente. Cabe mencionar que de los pacientes descontrolados, el 74.2% eran mujeres. Similar a lo referido por Concha y Rodríguez (2010), quienes encontraron que el 95.7% de los pacientes descontrolados presentaban disfunción familiar moderada a severa, de los cuales, el 65.9% eran mujeres. De acuerdo a lo anterior, consideramos que valdría la pena realizar una investigación en mujeres con descontrol hipertensivo, a fin de determinar cuáles son los factores que interfieren en la funcionalidad familiar o bien, considerar realizar una intervención donde se incluya a la familia como parte primordial del tratamiento, principalmente en cuanto a la modificación en los estilos de vida y evaluar el impacto.

De acuerdo a nuestro estudio se observó que, de los 130 pacientes con hipertensión arterial descontrolada, 15.4% presentaron percepción de disfunción familiar severa, observando una asociación significativa (OR 8.0 IC 95% 2.7-24.4, $p < 0.001$). A diferencia de Alcalá Padilla (2010) que evaluó si la disfunción familiar es un factor relacionado con el descontrol de las cifras de tensión arterial en pacientes hipertensos, no encontrando asociación entre la disfunción familiar y el descontrol hipertensivo (OR 1.02, IC 95% 0.48-2.12, $p = > 0.05$). Lo anterior, quizás se pueda explicar debido a que el tamaño de la muestra utilizada en nuestra investigación es mayor, además de que en nuestro estudio se utilizó un instrumento ya validado, a diferencia de Alcalá Padilla. Concluimos que factores familiares como la mala comunicación, juego de roles, redes de apoyo, límites, al estar alterados, pueden influir en el descontrol hipertensivo. Habría que considerar otras investigaciones donde se considere evaluar la influencia de la familia en la modificación de los estilos de vida y en el apego a tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial.

En el presente estudio se observó que de nuestros pacientes con hipertensión arterial el 71.6% tuvieron una percepción de funcionalidad familiar adecuada y el 28.3% de los pacientes presentaron algún grado de disfunción familiar; de los pacientes con algún grado de disfunción familiar, el 43.9% presentaron descontrol hipertensivo. A diferencia de García López et al. (2007) quien determinó que el 65% de los pacientes tuvieron algún grado de disfunción familiar y el 35% fueron familias funcionales; de las familias disfuncionales presentaron descontrol de la hipertensión el 87.9% de los pacientes. Lo anterior podría explicarse debido a que, en nuestra investigación, solo se evaluó la percepción de funcionalidad familiar en el paciente con hipertensión arterial, no así, la funcionalidad familiar considerando el promedio obtenido de la evaluación de la percepción familiar en todos los integrantes de la familia. Por lo que, sería conveniente considerar una

investigación donde se considere la asociación entre la disfunción familiar, no percepción, y el descontrol hipertensivo.

Asimismo, en la presente investigación se observó una asociación significativa entre la disfunción familiar severa y el descontrol hipertensivo ($p < 0.001$). Similar a lo observado por Brittain y Cols. (2010) quienes observaron una asociación significativa entre la adaptabilidad de la familia y el control de la presión arterial sistólica ($p = 0.003$). Al respecto, cabe mencionar que la adaptabilidad familiar es uno de los elementos que se consideran al evaluar la funcionalidad familiar, quizás nuestra investigación tenga la limitante de que solo se evaluó la percepción de la funcionalidad familiar en uno de los integrantes de la familia, sin embargo se hace evidente que este factor, refleja de forma adecuada aspectos de la dinámica familiar, por lo que sugerimos que en los casos en los que solo acude el paciente con hipertensión arterial, sobre todo en aquellos que cursan con descontrol hipertensivo, se apliquen instrumentos como el de Virginia Satir, a fin de determinar la percepción de la funcionalidad familiar.

CONCLUSION

De acuerdo a lo anterior, consideremos que los resultados de la presente investigación serán de utilidad al personal de salud, principalmente a los médicos familiares, ya que es posible identificar de una manera sólida la importancia de una adecuada funcionalidad familiar en el control de enfermedades crónico degenerativas como la hipertensión arterial. De igual forma, esperamos que, al observar la asociación entre la disfunción familiar severa y el descontrol hipertensivo, se considere realizar tamizaje respecto a la percepción de la funcionalidad familiar en pacientes que cursen con hipertensión arterial descontrolada, así como incluir a la familia en el tratamiento integral de los pacientes.

Cabe mencionar, que la presente investigación tiene sus limitantes al haber evaluado solamente la percepción de la funcionalidad familiar en el paciente hipertenso y no la funcionalidad familiar considerando a todos los integrantes de la familia. Sin embargo, tiene la ventaja de haber utilizado un instrumento validado como el de Virginia Satir, haber realizado un cálculo del tamaño muestral y utilizar pruebas estadísticas para corroborar nuestras hipótesis. Por lo que consideramos que nuestra investigación puede servir como punto de partida para futuras investigaciones relacionadas con el control hipertensivo y la familia, como se menciona a continuación.

Se debe considerar realizar una investigación enfocada en mujeres con descontrol hipertensivo (grupo que predominó con cifras tensionales altas) a fin de determinar factores que las hacen vulnerables. Además, se debe considerar realizar una intervención donde se incluya a la familia como parte primordial del tratamiento, principalmente en cuanto a la modificación en los estilos de vida y evaluar el impacto. Así también, considerar otras variables relacionadas como apego a tratamiento y tipo de familia. Además de considerar realizar una investigación donde se incluya la percepción de la funcionalidad familiar de todos los integrantes de la familia.

Por último, concluimos que esta investigación refleja la importancia del enfoque del médico familiar en el tratamiento integral y continuo del paciente hipertenso, así como la utilización de instrumentos que nos permitan identificar alteraciones en la funcionalidad familiar, esto con la finalidad de evitar complicaciones en los pacientes, lo que a su vez puede mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Blacher J, Baes M, Marchal A, Younes W, Legedz L, Safar M. New treatment strategies for hypertension. Which guidelines and how to apply them. *Presse Med.* 2005; 34(18):1279-85.
2. Favela PE, Gutiérrez BJ, Medina GM, Rolon MM, Sierra SC, Viniegra OA, et al. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención. México, Secretaría de Salud, 2008.
3. Conceptos básicos para el estudio de las Familias. *Archivos de Medicina Familiar.* 2005;7(Supl 1):15-19.
4. Herrera SP. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1997; 13(6):591-595.
5. Nuñez I et al. Frecuencia de disfunción familiar en pacientes con hipertensión arterial descontrolada en la UMF No. 46 [Tesis]. Culiacán, Sinaloa: Universidad Autónoma de México. Facultad de Medicina; 2015
6. González SF, Gimeno CA, Meléndez MJ. Córdoba IA. La percepción de la funcionalidad familiar. Confirmación de su estructura bifactorial. *Escritos de Psicología.* 2012; 5(1):34-39.
7. Velasco CM, Sinibaldi JF. La enfermedad crónica, el paciente y su familia. México: Manual Moderno; 2001. p. 37-46
8. Mora RA. Los cuatro factores clave de Virginia Satir. Resumen Oct 2014 [consultado 18 de agosto de 2016]; Disponible en: <<http://www.ts.ucr.ac.cr/binario/docente/pd-000155.pdf>>
9. Casas Fernández G. La terapia familiar y el enfoque de Virginia Satir. Resumen Oct 2014 [consultado 18 de agosto de 2016]; Disponible en: <<http://www.ts.ucr.ac.cr/binario/docente/pd-000197.pdf>>
10. Huerta J. La familia en el proceso salud-enfermedad. Editorial Alfil. México: 2000. p. 9-57.

11. Schmidt V, Barreyro JP, Maglio AL. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? Escritos de Psicología. Psychological Writings. 2010; 3(2):30-36.
12. Ponce ER, Gómez FJ, Terán TM, Irigoyen CA, Landgrave IS. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). Aten Primaria. 2002; 30(19):624-630.
13. Zdanowicz N, Pascal J, Reynaart C. ¿Juega la familia un papel clave en la salud durante la adolescencia? European J Psychiatry. 2004;18(4):215-224.
14. Del Valle GF. Uso de la escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar (FACES III) en población clínica de un equipo de intervención en crisis. En: XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires; 2006. p. 36-38.
15. Zegers B, Larraín E, Polaino-Lorente A, Trapp A, Diez I. Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell & Sprenkley para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. Rev Chil Neuropsiquiatría. 2003; 41(1):39-54.
16. Satir V. Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar. México, D.F. Ed. Pax. 1991.
17. Organización Mundial de la Salud Ginebra: Causas de muerte 2008 [consultado 12 de julio de 2016] Disponible en: <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_2008_sources_methods.pdf>.
18. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012; 380(9859):2224-60.
19. Organización Mundial de la Salud Ginebra: Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. [consultado 12 de julio de 2016] Disponible en: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf>
20. Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Rojas-Martínez R, Pedroza-Tobías A, Medina-García C, Barquera S. Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico

- oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. *Salud Pública Mex.* 2013;55 supl 2:144-S150.
21. González AA, González AN, Vázquez GY, González AL, Gómez PR. Importancia de la participación familiar en el control de la hipertensión arterial. *Medicentro.* 2004; 8(2):1-7.
22. Concha TM, Rodríguez CR. Funcionalidad Familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. *Theoria.* 2010; 19 (1) 41-50.
23. Kanán CG, Rivera HE, Rodríguez OA, López PJ, Medellín FM, Caballero DP. Funcionamiento familiar de los pacientes hipertensos con y sin la experiencia de la migración. *Psicología y Salud.* 2010; 20(2):203-212.
24. García LR. Frecuencia de disfunción familiar en pacientes con hipertensión arterial descompensada. IMSS. [Tesis]. México: Universidad de Colima. Facultad de medicina; 2007.
25. Alcalá PM. Descontrol de las cifras de tensión arterial asociadas a la función familiar. [Tesis]. México: Universidad Veracruzana. Facultad de Medicina; 2010.
26. Dos-Santos CR, Tolstenko NL. Contribución familiar en el control de la hipertensión arterial. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2008; 16(5):1-8.
27. Brittain K, Taylor JY, Wu CY. Family Adaptability and Cohesion and High Blood Pressure among Urban African American women. *J Nurse Pract.* 2010; 6(10):786-793.
28. Hu HH, Li G, Arao T. The association of family social support, depression, anxiety and self-efficacy with specific hypertension self-care behaviours in Chinese local community. *J Hum Hypertens.* 2015; 29(3):198-203.
29. Castillo ÁA. Percepción de la funcionalidad familiar en pacientes con retinopatía diabética de la UMF No.33. IMSS. [Tesis]. México: Universidad Autónoma de México. Facultad de Medicina; 2014.
30. Abaunza CY. Efecto de la disfunción familiar en el descontrol de la hipertensión arterial en pacientes de la UMF 40. IMSS [Tesis]. México: Universidad Autónoma de México. Facultad de Medicina; 2016.
31. Monreal J, Martí J, Gispert C. *Océano uno diccionario enciclopédico ilustrado,* Colombia 2012. p.20-89.

32. Pederzini C. Escolaridad media de la población: Panorama educativo de México. 2008:1-8.
33. Trujillo A, Sanabria L, Carrizosa L. Ocupación; sentido, realización y libertad, Colombia 2011.
34. Linares J, Campos C. Sobrevivir a la pareja: problemas y soluciones. España: Planeta; 2002:12-15.
35. Iniciativa regional de Datos Básicos en Salud; Glosario de Indicadores Básicos de la OPS. 2015. [consultado 15 de octubre 2016]; Disponible en: <http://www.paho.org/hg/index.php?option=com_docman&task=doc_view...>

ANEXOS

Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)
Nombre del estudio:	ASOCIACION DE LA PERCEPCION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONTROL HIPERTENSIVO EN ADULTOS DE LA UMF NO. 33 EL ROSARIO
Lugar y fecha:	AZCAPOTZALCO, D.F. UMF No. 33 "EL ROSARIO"
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo determinar la asociación de la percepción de la funcionalidad familiar y el control hipertensivo en adultos de la UMF No 33. El Rosario. La finalidad de esta investigación es contar con elementos para mejorar el control de la hipertensión en los pacientes así como el establecimiento de medidas de prevención de complicaciones.
Procedimientos:	Si usted acepta participar se le aplicará un cuestionario diseñado para recabar información relacionada con la <i>funcionalidad familiar, factores sociodemográficos y medición de tensión arterial.</i>
Posibles riesgos y molestias:	Esta investigación no le ocasionara dolor, incomodidad o riesgo alguno.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted no recibirá un pago por su participación en este estudio, ni este estudio implica gasto alguno para usted. No recibirá ningún beneficio directo al participar en este estudio. Un posible beneficio que usted recibirá es que al término de su participación se le proporcionara información respecto a la percepción de funcionalidad familiar y control hipertensivo. No omito mencionarle que los resultados del presente estudio contribuirán al avance en el conocimiento respecto al mejor control de la hipertensión arterial, información de utilidad para futuros programas de prevención.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si durante la realización del estudio, hubiera cambios en los riesgos o beneficios por su participación en esta investigación, existe el compromiso por parte del investigador de informarle, aunque esta información pueda cambiar su opinión respecto a su participación en este estudio.
Participación o retiro:	Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted decide no participar, seguirá recibiendo la atención médica brindada por el IMSS y conservará su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que recibe del IMSS. Incluso si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento.
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos proporcione que pudiera ser utilizada para identificarlo (a) (nombre y número de seguridad social) será guardada de manera confidencial y por separado al igual que sus respuestas a los cuestionarios, para garantizar su privacidad. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Para proteger su identidad le asignaremos un número que utilizaremos para identificar sus datos, y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestras bases de datos.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador Responsable:	Dra. Mónica Catalina Osorio Granjeno. Matricula: 99354207 Médico Familiar y Profesora Adjunta al Curso de Especialización en Medicina Familiar TEL: 53 82 51 10 ext. 21407 o 21435 jefatura de enseñanza de la UMF 33 "El Rosario"
Colaboradores:	Dra. Escobar Valdez Adriana Ocotlán Matricula: 98352512 Residente de segundo año del Curso de Especialización en Medicina Familiar TEL: 53 82 51 10 ext. 21407 o 21435 jefatura de enseñanza de la UMF 33 "El Rosario"
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: 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: comision.etica@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma del sujeto	Dra. Mónica Catalina Osorio Granjeno. Matricula: 99354207
Testigo 1	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2
	_____ Nombre, dirección, relación y firma
	Clave: 2810-009-013

Anexo 2. INSTRUMENTO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"
CUESTIONARIO

ASOCIACION DE LA PERCEPCION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONTROL HIPERTENSIVO EN
ADULTOS DE LA UMF NO. 33 EL ROSARIO

Le solicito atentamente su participación para resolver el siguiente cuestionario. El motivo es obtener información acerca de la funcionalidad familiar y el control hipertensivo en adultos. La información que se obtenga será completamente **CONFIDENCIAL**. Agradezco la atención y el tiempo que usted preste para la realización de este cuestionario.

Instrucciones: Marque con una **X** la opción que usted considere se asemeje más a su situación actual.

1. ¿Cuál es su género?
 - a. Hombre.
 - b. Mujer.
 2. ¿Cuál es su edad?
 - a. 20-39 años.
 - b. 40-49 años.
 - c. 50-59 años.
 3. ¿Qué escolaridad tiene?
 - a. Primaria.
 - b. Secundaria.
 - c. Bachillerato.
 - d. Carrera técnica.
 - e. Licenciatura.
 4. ¿Cuál es su ocupación actual?
 - a. Hogar.
 - b. Empleado.
 - c. Obrero.
 - d. Comerciante.
 - e. Trabajador independiente.
 - f. Desempleado.
 5. ¿Usted tiene pareja actualmente?
 - a. Si.
 - b. No.
 6. ¿Cuántos hijos viven con usted?
 - a. Ninguno
 - b. Menos de 4 hijos.
 - c. Más de 4 hijos.
 7. ¿Hace cuánto tiempo padece Hipertensión arterial?
 - a. Menos de 10 años.
 - b. Más de 10 años.
 8. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?
 - a. Casi nunca.
 - b. A veces.
 - c. Casi siempre.
 9. ¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?
 - a. Casi nunca.
 - b. A veces.
 - c. Casi siempre.
 10. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?
 - a. Casi nunca.
 - b. A veces.
 - c. Casi siempre.
 11. ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted permanecen juntos?
 - a. Casi nunca.
 - b. A veces.
 - c. Casi siempre.
 12. ¿Siente que su familia lo quiere?
 - a. Casi nunca.
 - b. A veces.
 - c. Casi siempre.
- La siguiente información será recabada por el investigador.
13. Cifras de presión arterial:
1: _____
2: _____
Controlado: _____
Descontrolado: _____
14. Percepción de la funcionalidad familiar.
 - a. Funcionamiento familiar adecuado (7 a 10 puntos).
 - b. Disfunción familiar moderada (4 a 6 puntos).
 - c. Disfunción familiar severa (1 a 3 puntos).

