

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE POSTGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

Facultad de Medicina



DISFUNCION FAMILIAR Y CONTROL DE HIPERTENSION EN PACIENTES
CON HIPERTENSION ARTERIAL ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR # 87, CIUDAD ACUÑA, COAHUILA.

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

Presenta:

DRA. URBINA FLORES GONZALEZ

Asesor metodológico:

DR. ERICK RUIZ VILLANUEVA

Ciudad Universitaria, CD. MX. 2019



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS E INVESTIGACION
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL COAHUILA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°81
CIUDAD ACUÑA COAHUILA

TESIS

DISFUNCION FAMILIAR Y CONTROL DE HIPERTENSION EN PACIENTES CON
HIPERTENSION ARTERIAL ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR # 87, CIUDAD ACUÑA, COAHUILA.

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. URBINA FLORES GONZALEZ

DIRECTOR DE TESIS
DR. ERICK RUIZ VILLANUEVA

DIRECTOR METOLOGICO.
DR. ERICK RUIZ VILLANUEVA

REGISTRO: R-2017-502-43



CIUDAD ACUÑA COAHUILA.

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

MAYO 2019

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL COAHUILA
COORDINACION DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°81

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

DISFUNCION FAMILIAR Y CONTROL DE HIPERTENSION EN PACIENTES CON
HIPERTENSION ARTERIAL ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR #87, CIUDAD ACUÑA, COAHUILA.



DR. ERICK RUIZ VILLANUEVA

DIRECTOR DE TESIS



DRA. URBINA FLORES GONZALEZ

TESISTA



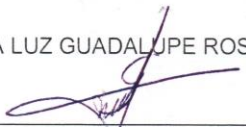
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL COAHUILA
COORDINACION DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°81

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

DISFUNCION FAMILIAR Y CONTROL DE HIPERTENSION EN PACIENTES CON
HIPERTENSION ARTERIAL ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR # 87, CIUDAD ACUÑA, COAHUILA.

DRA. MA. DE LA LUZ GUADALUPE ROSALES VELAZQUEZ



DIRECTOR MEDICO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 87
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CIUDAD ACUÑA COAHUILA

DRA. ANGELICA MARIA IBARRA HERNANDEZ

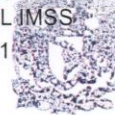


COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION EN SALUD DEL HOSPITAL
GENERAL DE SUBZONA N° 13

DRA. MARIA DE JESUS VARGAS CASTILLO



PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 81



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

**DISFUNCION FAMILIAR Y CONTROL DE HIPERTENSION EN
PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL ADSCRITOS A LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 87, CIUDAD ACUÑA,
COAHUILA**

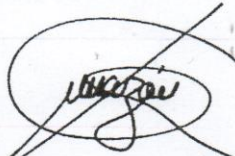
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA

EN MEDICINA FAMILIAR

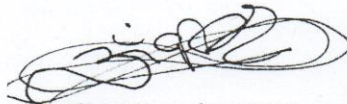
PRESENTA:

DRA. URBINA FLORES GONZALEZ

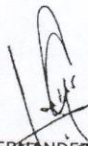
AUTORIZACIONES



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



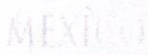
DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **502** con número de registro **17 CI 05 035 059** ante COFEPRIS

H GRAL ZONA -MF- NUM 16, COAHUILA

FECHA **19/10/2017**

DRA. URBINA FLORES GONZALEZ

P R E S E N T E

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

DISFUNCIÓN FAMILIAR Y CONTROL DE HIPERTENSION EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #87, CIUDAD ACUÑA, COAHUILA.

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-2017-502-43

ATENTAMENTE

DR. (A). MANUEL CUERVA MARTINEZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 502

IMSS

S.E. RECURSOS HUMANOS

*Yo sé que a veces es mejor quedarse así, en el interior de uno mismo, encerrado.
Basta una mirada para vacilar, basta con que se tienda la mano para darse cuenta
de lo frágil, vulnerable, que es uno, y entonces todo se derrumba, como una torre
de cerillas. “No y Yo”*

Delphine De Vigan

*No podemos dejar que las percepciones limitadas de los demás terminen
definiéndonos.*

Virginia Satir

*La mejor vida no es la más duradera, sino más bien aquella que está repleta de
buenas acciones.*

Marie Curie

*A veces sentimos que lo que hacemos es tan solo una gota en el mar, pero el mar
sería menos si le faltara una gota.*

Madre Teresa de Calcuta

*“Pon tu corazón, mente, intelecto y alma incluso en tus actos más pequeños. Ese
es el secreto del éxito”*

Swami Sivananda.

AGRADECIMIENTOS

A quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades, por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento muchas gracias.

INDICE

1. RESUMEN	1
2. INTRODUCCION	2
2.1 Planteamiento del problema.....	3
2.2 Pregunta de investigacion	3
2.3 Justificación.....	4
2.4 Objetivo General:	5
2.5 Objetivos Específicos:	5
3. ANTECEDENTES CIENTIFICOS	6
4. MATERIAL Y METODOS	16
4.1 Diseño de Estudio.	16
4.2 Periodo de Estudio	16
4.3 Lugar de estudio.....	16
4.4 Universo de Trabajo	16
4.5 Descripción de las variables	18
4.5.1 Variables dependientes	21
4.5.2 Variable independiente	21
4.6 Criterios de selección	21
4.6.1 Criterios de inclusión:.....	21
4.6.2 Criterios de exclusión:.....	22
4.6.3 Criterios de Eliminación:.....	22
4.7 Descripción General del Estudio	22
4.8 Recursos humanos, materiales y financieros del estudio	23
4.9 Consideraciones éticas	24
5. RESULTADOS	25
6. DISCUSION	34
7. CONCLUSIONES	35
8. REFERENCIAS	36
9. ANEXOS	39
a. Cuestionario de datos personal	39
b. Apgar Familiar.....	41
c. Faces III	42
d. Consentimiento informado.....	43

1. RESUMEN

Introducción. La familia deriva de la raíz latina *famulus*, que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo *famul*, que se origina de la voz *osca famel*, esclavo doméstico. La Hipertensión Arterial Sistémica es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de tensión arterial a cifras $\geq 140/90$ ml/Hg ^{15,16}.

Objetivo. Determinar la prevalencia de disfunción familiar en pacientes con hipertensión arterial en relación al control de padecimiento en pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar #87, Ciudad Acuña, Coahuila.

Material y método. Universo y lugar: Pacientes con hipertensión arterial sistémica del Instituto Mexicano del Seguro Social U.M.F. #87, Ciudad Acuña, Coahuila.

Tipo de estudio: Observacional, prospectivo, transversal y descriptivo.

Tamaño de muestra: 350 pacientes con hipertensión arterial.

Muestreo: No probabilístico por conveniencia.

Mediciones: Se aplicó cuestionario de Apgar en el cual se mide grado de funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con sus vidas en familia para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si, por el contrario, contribuye a su enfermedad¹¹. La escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar III (FACES III) ^{13,15}.

Análisis estadístico: Se utilizó estadística descriptiva y el programa Excel 2016.

Recursos e Infraestructura: Se utilizó las instalaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social U.M.F #87, Ciudad Acuña, Coahuila. Material autofinanciado por el investigador.

Conclusión. Del total de hipertensos estudiados se encontró que el mayor porcentaje corresponde a la edad de 51-60 años, predominando el sexo femenino las cuales tuvieron una escolaridad preponderante de primaria, con estado civil casada y teniendo como ocupación en su mayoría empleados. Encontrándose una distribución por años de diagnóstico de hipertensión mayoritariamente de 1 a 5 años, con un Apgar familiar con buena función familiar y con un tipo de familia aglutinada caótica evaluada por faces III en su mayoría.

Palabras clave: Familia, Disfunción, Hipertensión Arterial.

2. INTRODUCCION.

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México, el 26% de la población la padece y un 60% desconocen su enfermedad¹⁵

Las enfermedades crónicas degenerativas, ponen en riesgo la vida de quien la sufre y alteran las actividades diarias de los otros integrantes de la familia, ya que tanto el enfermo como sus familiares viven cambios en diferentes aspectos^{15,36}

La salud de la familia está ligada con su funcionamiento efectivo, por otra parte la hipertensión arterial es un proceso de gran prevalencia y una de las principales causas prevenibles de complicaciones cardiovasculares.²³

Los problemas de la salud familiar influyen en la salud individual, ya que esta última es determinada por las practicas saludables o patógenas seguidas por el grupo familiar un modo de vida familiar no saludable puede llegar a enfermar a los integrantes de la familia para valora el funcionamiento familiar.³⁴

El Apgar Familiar, es un instrumento de evaluación familiar que elaboro Smilkstein en 1978 Universidad de Washington, con el propósito de que el médico familiar obtuviera información de sus pacientes en relación con la situación funcional de sus familias.¹¹

Consta de 5 reactivos, aplicables mediante una breve entrevista para percibir variaciones. Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con sus vida en familia, y constituye un instrumento válido y fiable, de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si, por el contrario contribuye a su enfermedad.¹¹

La escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar III (FACES III), FASE III. Fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familiar^{13,14}FACES III es un instrumento de auto aplicación que evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión)^{13,14,37}

2.1 Planteamiento del problema

En México, la hipertensión arterial es un padecimiento frecuente y constituye uno de los principales problemas de salud pública²⁴. La prevalencia en hombres es de 34.2% y en la mujer de 26.3%. Directamente proporcional a la edad en pacientes \geq 20 años de edad y solo se diagnostica 13.4 a 22.7 %²³. En las mujeres la incidencia es de 13.04 %, de acuerdo con el estudio FRIMEX II-Y en el estado de Coahuila la prevalencia es de 33-34.7%. En la población urbana en México su prevalencia se estima en 25% y en la población rural varía del 13 al 21%.²³

Las enfermedades Crónico Degenerativas ponen en riesgo la vida de quien la sufre y alteran las actividades diarias de los otros integrantes de la familia, ya que tanto el enfermo como su familiares viven cambios en diferentes aspectos; la familia se convierte así en la principal red de apoyo para el paciente, que a su vez influirá en las estrategias de afrontamiento que adopte el enfermo, sin embargo la familia puede involucrarse en una serie de sentimientos ambivalentes ante un familiar enfermo, lo que en ocasiones conlleva a la mayoría de los familiares a alejarse de éste, evitando y delegando en algún otro integrante la función de cuidado, que la mayoría de los casos son mujeres, quienes a su vez se vuelven vulnerable física y emocionalmente. Las familias siguen dos estilos de interacción familia enfermo: interacciones facilitadoras que fomentan la expresión de los sentimientos de independencia y emplean estrategias de afrontamiento adaptativo; las interacciones de coacción en las que los miembros de la familia inhiben sus sentimientos hacia los demás y utilizan estrategias de afrontamiento de evitación, pesimismo y ausencia de ayuda, creando disfunción y falta de cohesión en la familia, esta últimas interacciones son las que influirán de manera negativa en la enfermedad del paciente hipertenso.³³

Por tanto valorar y conocer la percepción del estado de salud, así como, la función familiar de los pacientes hipertensos, permitirá implementar las medidas preventivas y multidisciplinarias con mayor éxito si consideramos estos dos aspectos emocionales, ya que los pacientes con familias disfuncionales estarán más expuestos a descompensación de sus cifras tensionales y a una menor percepción de buen estado de salud.³⁴

En base a lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:

2.2 pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia de disfunción familiar en pacientes con hipertensión arterial en relación al control del padecimiento?

2.3 Justificación

La Hipertensión Arterial Sistémica es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras \geq 140/90 ml/Hg. Es producto del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico.^{15,16}

Magnitud: 40% de la población padece este problema en el mundo. México la prevalencia de esta enfermedad es de 31.5 %, ¹¹ en el estado de Coahuila en Unidad de medicina familiar 87 afecta 4013 pacientes, según memoria estadística de 3.9% de población adscrita. En el IMSS ocupa la segunda causa de consulta y la quinta de morbimortalidad.³²

Trascendencia. Conocer el estado de salud de pacientes hipertensos en las esferas función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y mental, de acuerdo al grado en que se encuentren de hipertensión arterial , así como la funcionalidad familiar en este tipo de pacientes es considerado importante ya que implica estados emocionales y físicos que hacen que el paciente enfoque su enfermedad de diferentes maneras tanto positivas como negativas, es de gran relevancia conocer los resultados a fin de implementar estrategias de mejora y abordar al paciente de forma integral e incidir favorablemente en el control de su enfermedad, la cual como se sabe tiene implicaciones cardiovasculares de gran impacto como son las complicaciones, secuelas y aumento en la mortalidad lo que eleva los costos de las instituciones de salud y afecta la funcionalidad del paciente.^{15,16,}

Tener en cuenta vulnerabilidad en aquellos pacientes que no acepten llenar el cuestionario o que emigren a otra ciudad o que hayan fallecido durante la investigación.^{15, 16}

Un abordaje adecuado mediante un equipo multidisciplinario que enfoque las esferas mencionadas, así como la funcionalidad familiar que considera al individuo dentro de un sistema abierto permitirá obtener mejores resultados, ya que esta sin duda influye de manera importante en el estado de salud del paciente, siendo la familia un factor importante en el control de las cifras tensionales de los pacientes hipertensos.¹⁶

Considerar la influencia de las comorbilidades, factores riesgo cardiovascular, así como la influencia de factores sociodemográficos en el estado de salud de los pacientes hipertensos; todo englobado en conocer la situación de los pacientes de la unidad de medicina familiar #87; y así analizar las políticas de salud que mejoren los resultado obtenidos en esta unidad. Por lo que propongo el presente trabajo de investigación.¹⁶

Es factible debido a que se puede diagnosticar la hipertensión con métodos instrumentales sencillo además, porque existen sistemas de control y medidas terapéuticas que han probado su eficacia en cuanto a la disminución de complicaciones y mejor pronóstico de vida.^{15,16}

2.4 Objetivo General:

- Determinar la prevalencia de disfunción familiar en pacientes con hipertensión arterial en relación al control de padecimiento en pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar #87, Ciudad Acuña, Coahuila.

2.5 Objetivos Específicos:

- Identificar el grado de Hipertensión Arterial en pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar #87, Ciudad Acuña, Coahuila.
- Identificar grado de disfunción familiar en pacientes hipertensos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar #87, Ciudad Acuña, Coahuila.
- Determinar las características sociodemográficas de los pacientes hipertensos en estudio, sexo, edad, peso, ocupación, escolaridad, estado civil, de los pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar #87, Ciudad Acuña, Coahuila.

3. ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La familia es tan antigua como la especie humana, fue hasta la segunda mitad del siglo XIX que se convirtió en objeto de estudio científico cuando Morgan, McLennan y Bachofen, la consideraron como una institución social histórica cuya estructura y función es determinada por el grado de desarrollo de la sociedad global ¹

La familia deriva de la raíz latina famulus, que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo famul, que se origina de la voz osca famel, esclavo doméstico. En la era del nomadismo, con el término de familia, se designaba a todo grupo de personas que se desplazaban juntas de un lugar a otro, en tanto que en la Roma antigua el nombre de familia se daba al conjunto formado por esposas, hijos y esclavos, sirvientes que eran propiedad del paterfamilias, quien poseía la patria potestad y ejercía el derecho sobre la vida y la muerte de todos ellos.^{2,3}

El censo canadiense define a la familia como esposa y esposo con o sin hijos, o padre y madre solo con uno o más de hijos que viven bajo el mismo techo ⁴.

La familia es la única institución social encargada de transformar un organismo biológico en un ser humano¹⁷ y según los socialistas Frederic le Play y Proudhon “es la célula básica de la sociedad”. En ella sus miembros mantienen en forma común y unitaria relaciones directas personales “cara a cara”, con un vínculo entre sus componentes mediante el cual se comparten sentimientos, circunstancias, condiciones de vida y aspiraciones y en el que existe el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza.⁵

La tarea de la familia consiste en producir y preparar nuevos conjuntos de seres humanos para ser independientes, formar nuevas familias y repetir el proceso, conforme la vieja familia pierde energía y muere.⁵

En el curso de su desarrollo la familia pasa por varias etapas de transición predecible en las cuales existen diferentes expectativas, necesidades y fenómenos que pueden afectar la salud de sus miembros. El ciclo vital familiar es un concepto ordenador para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros.⁶

Su principal valor radica en la identificación de las tareas específicas que debe desempeñar la familia en cada una de sus fases, de manera que, si en algunas de ellas no se completa dichas tareas pueden surgir problemas de funcionamiento con efectos en las etapas subsiguientes.⁷

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación la salud o en la aparición de enfermedades entre sus miembros. Con base en el cumplimiento eficaz de sus funciones, o en su incumplimiento, se habla de familia funcional o disfuncional, respectivamente, en vez de referirse a ella como normal o patológica, términos que su connotación resultan controvertidos. La funcionalidad familiar es la capacidad de sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.⁸

Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal que las fuerzas del grupo le permiten progresar de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez.⁹

Para determinar el grado de funcionalidad de una familia, Satir emplea los siguientes criterios.³⁷

Comunicación: en una familia funcional la comunicación entre sus miembros es clara, directa, específica y congruente, características opuestas en una disfuncional.

Individualidad: la autonomía de los miembros de la familia funcional es respetada y las diferencias individuales no solo se toleran, si no que se estimulan para favorecer el crecimiento de los individuos y del grupo familiar.^{10, 37}

Toma de decisiones: la búsqueda de la solución más apropiada para cada problema es más importante que la lucha por el poder. En las familias disfuncionales importa más ver quién va a salirse con la suya y consecuentemente los problemas tienden a perpetuarse porque nadie quiere perder.³⁷

Reacción a los eventos críticos: Una familia funcional es lo suficientemente flexible como para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que pueden conservar la homeostasis sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas. En cambio, en una disfuncional la rigidez y la resistencia al cambio favorecen la aparición de psicopatología cuando las crisis amenazan romper el equilibrio¹⁰.

El Apgar Familiar, es un instrumento de evaluación familiar que elaboro Smilkstein en 1978 Universidad de Washington, quien basándose en su experiencia como médico familiar propuso la aplicación de este test con el propósito de que el médico familiar obtuviera información de sus pacientes en relación con la situación funcional de sus familias.¹¹

Consta de 5 reactivos, aplicables mediante una breve entrevista para percibir variaciones. Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del

entrevistado con sus vida en familia, y constituye un instrumento válido y fiable, de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si, por el contrario contribuye a su enfermedad.¹¹

Tabla 1. Elementos a evaluar en APGAR Familiar ¹²

Adaptabilidad (adaptation) o apoyo y solidaridad	Evalúa la forma en que los miembros de la familia, utilizan los recursos intra y extrafamiliares en los momentos de grandes necesidades y periodos de crisis.
Participación (partnership) o Compañerismo	Mide la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación con el grado de comunicación existente entre ellos en asuntos de interés común y en la búsqueda de estrategias y soluciones para sus problemas.
Crecimiento (growth):	Capacidad de cursar las etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia.
Afecto (affection):	Capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar distintas emociones, tanto de bienestar como de emergencia.
Resolución (resuelve):	Capacidad de aplicar los elementos anteriores compartiendo tiempo, y recursos especiales y materiales de cada miembro de la familia.

Cada una de las respuestas tienen un puntaje que va entre los 0-4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación.¹²

FUNCION	NUNCA 0 PUNTOS	CASI NUNCA 1 PUNTOS	ALGUNAS VECES 2 PUNTOS	CASI SIEMPRE 3 PUNTOS	SIEMPRE 4 PUNTOS
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					

Me satisface la participación que mi familia brinda y permite.					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor					
Me satisface como compartimos en familia, a) el tiempo para estar juntos. b) los espacios en casa, c) el dinero					

Resultado	
Función Buena función familiar:	Puntaje 18-20
Disfunción familiar leve:	14-17
Disfunción familiar moderada:	10-13
Disfunción familiar severa:	9 o menos

La escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar III (FACES III), FASE III Es la tercera versión de The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales. Instrumento desarrollado por David H.Olson y col. En 1985 y basado conceptualmente en el modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares. Fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familiar ^{13,14}

Adaptabilidad: habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo.³⁷

Cohesión: grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí, grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia.^{13,14}

Comunicación: la cohesión y la adaptabilidad son las dimensiones principales, en tanto que la comunicación favorece el mantenimiento óptimo de las otras dos.^{13,14}

FACES III es un instrumento de auto aplicación que evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión).

Tabla 2. Cuestionario FACES III.³⁷

1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Casi siempre	5. Siempre
Describe su familia:				
<input type="checkbox"/> 1.Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si				
<input type="checkbox"/> 2.En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas				
<input type="checkbox"/> 3.Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia				
<input type="checkbox"/> 4.Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina				
<input type="checkbox"/> 5.Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos				
<input type="checkbox"/> 6.Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad				
<input type="checkbox"/> 7.Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia				
<input type="checkbox"/> 8.Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas				
<input type="checkbox"/> 9.Nos gusta pasar el tiempo libre en familia				
<input type="checkbox"/> 10.Padres e hijos se ponen desacuerdo con relación a los castigos				
<input type="checkbox"/> 11.Nos sentimos muy unidos				
<input type="checkbox"/> 12.En nuestra familia los hijos toman las decisiones				
<input type="checkbox"/> 13.Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente				
<input type="checkbox"/> 14.En nuestra familia las reglas cambia				
<input type="checkbox"/> 15.Con facilidad podemos planear actividades en familia				
<input type="checkbox"/> 16.Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros				
<input type="checkbox"/> 17.Consultamos unos con otros para tomar decisiones				
<input type="checkbox"/> 18.En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad				
<input type="checkbox"/> 19.La unión familiar es muy importante				
<input type="checkbox"/> 20.Es difícil decir quien hace las labores de la casa				

Hipertensión Arterial. Según la norma oficial mexicana NOM-030-SSA2-1999: es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras $\geq 140/90$, Es producto del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico^{15, 16}.

La patología de la hipertensión fue descrita por primera vez por el científico inglés Thomas Young en 1808. En su lectura realizada en el Croonian Lecture el 10 de noviembre de 1808 realiza cálculos e hipótesis de presión arterial inspirado en los trabajos previos de Stephen Hales¹⁸. Richard Bright, médico inglés, quién en 1836 publica un texto donde enlaza evidencias dispares: se refiere a los accidentes vasculares, el pulso duro, la hipertrofia ventricular izquierda y las enfermedades renales acompañadas de albuminuria, y a la disminución de la densidad de la orina y de la excreción de urea como parte de una misma entidad nosológica. Dentro de

las posibles causas menciona la escarlatina. Además, describe la enfermedad de Bright y da detalles de las alteraciones en el riñón ^{17, 18}.

En la segunda mitad del siglo XIX se comenzaron a descubrir los fenómenos de la hipertensión. El primer médico en diagnosticar hipertensión sin evidencias de enfermedad renal fue Frederick Akbar Mahomed. Tras la Segunda Guerra Mundial la investigación en soluciones farmacológicas se disparó. Las investigaciones del doctor Edward David Frei en los años setenta dieron con fruto el empleo de diuréticos capaces de disminuir la presión arterial¹⁹.

El reconocimiento de la hipertensión primaria o esencial se le atribuye a la obra de Huchard, Vonbasch y Albutt. Observaciones por Janeway y Walhard llevaron a demostrar el daño de un órgano blanco, el cual calificó a la hipertensión como el «asesino silencioso»¹⁹.

Actualmente, las enfermedades cardiovasculares se han convertido en la primera causa de muerte en todos los países del mundo industrializado, y el análisis epidemiológico de este fenómeno ha permitido reconocer la existencia de variables biológicas denominadas “factores de riesgo de enfermedad cardiovascular”, capaces de influenciar la probabilidad del padecimiento de accidentes cerebrovasculares, enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca o arteriopatía periférica. La hipertensión arterial es uno de estos factores de riesgo modificables y es considerado, en la actualidad, como uno de los mayores problemas de Salud Pública.^{20, 21, 22}.

Epidemiología: En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. 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 las muertes por cardiopatías, y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular³³. Hay más de 600 millones de hipertensos en el mundo.²³

En México, la hipertensión arterial es un padecimiento frecuente y constituye uno de los principales problemas de salud pública.²⁴ La prevalencia en hombres es de 34.2% y en la mujer de 26.3% ^{25,26}.

De los adultos con hipertensión arterial sistémica en México, diagnosticada por un médico, solo 73.6% reciben tratamiento farmacológico y menos de la mitad de estos tiene la enfermedad bajo control. ²⁷

Actualmente, se siguen las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Internacional de Hipertensión (OMS-SIH), que con objeto de reducir la confusión y proporcionar a los clínicos de todo el mundo recomendaciones

más uniformes, ha acordado adoptar en principio la definición y la clasificación establecidas por el JOINT NATIONAL COMMITTEE de Estados Unidos en su sexto informe (JNC VI).²⁸

Tabla 3. Clasificación de la Hipertensión Arterial ^{20,21,29}.

Presión sistólica en mm Hg	Presión diastólica en mm Hg	Según ESC (2007) ²⁹	Según NICE en consulta (2011) ²¹	Según JNC7 ²⁰
<120	<80	Óptima	Normal	Normal
120–129	80-84	Normal		Pre-hipertensión
130-139	85–89	Normal-alta		
140–159	90-99	HTA grado 1	HTA estadio 1	HTA estadio 1
160-179	100-109	HTA grado 2	HTA estadio 2	HTA estadio 2
≥180	≥110	HTA grado 3	HTA grave	
≥140	<90	Hipertensión sistólica aislada		

Etiología y fisiopatología: No existe un agente etiológico conocido, para el desarrollo de la hipertensión arterial esencial, sin embargo, en ella intervienen factores ambientales genéticos, y es la interacción entre ellos lo que desarrolla la enfermedad, se pueden considerar factores de riesgo que se pueden contribuir a la hipertensión ²⁹.

Factores determinantes y sociales; globalización, urbanización, envejecimiento, ingresos, educación, vivienda.^{20,21,28}.

Factores de riesgo conductuales; alimentación, tabaquismo, sedentarismo, uso nocivo del alcohol.^{20,21,28}.

Factores de riesgo metabólico; obesidad, diabetes, hiperlipidemia, hipertensión arterial.^{20,21,22,26}.

Enfermedades cardiovasculares; infartos de miocardio, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardiaca. Nefropatía.^{11,13,15,16}.

Se define factor de riesgo vascular como aquella situación o circunstancia que se asocia, estadísticamente, con una mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares. Un factor de riesgo puede estar implicado en la etiopatogenia de la enfermedad, o asociarse con la misma.¹⁵

Tratamiento se basa en la detección oportuna y la clasificación de la hipertensión arterial, está enfocado en controlar los niveles de presión arterial y de esta manera evitar las complicaciones propias de la enfermedad.^{6,20,21,28} La meta de tratamiento

es lograr una presión arterial menor a 140/90 en pacientes con diabetes, de <130/90 en paciente con enfermedad cardiovascular, y <125/75 en presencia de proteinuria mayor de 1 gramo e insuficiencia renal <125/75.³⁴

Como primera línea son los cambios al estilo de vida, educación del paciente y grupos de ayuda mutua, fortalecer los conocimientos aptitudes y actitudes de las personas con una participación responsable en el cuidado de la salud.²³ Así también se ha demostrado que el apoyo familiar que recibe el paciente hipertenso, se asocia con un mejor apego al tratamiento, tanto medicamentoso como medidas higienicodietéticas.^{24, 29.}

El tratamiento farmacológico se indicará de acuerdo a las guías de tratamiento farmacológico.^{1,2} Independientemente del fármaco utilizado, de manera general, la elección o la evitación de determinados fármacos debe tener en cuenta diversos factores.²⁰

Grupos farmacológicos:

Diuréticos o Natriuréticos; su efecto se centra en el aumento de la excreción de sodio, y consecuentemente disminuyen la respuesta vasoconstrictora, se subdividen en: tiazidas, diuréticos de asa, ahorradores de potasio.¹⁶

Tiazidas; clortalidona e hidroclorotiazida, politiazida, indapamide, metolozone, se pueden utilizar en la mayoría de los pacientes, solas o combinadas, a dosis baja para evitar efectos secundarios, los principales, hipokalemia, arritmias, hiperuricemia, favorecen nuevos casos de diabetes y alteran el metabolismo de los lípidos.^{16,20}

Diuréticos de asa; tiene mayor efecto diurético, aumentan además la excreción de agua, disminuyendo el volumen, siendo bien tolerados en pacientes con insuficiencia cardíaca o insuficiencia renal, entre ellos están; furosemida, torsemide, bumetanide.^{16 20}

Ahorradores de potasio; antagonistas competitivos de la aldosterona, actúa a nivel del riñón para aumentar la pérdida renal de agua y electrolitos, sin promover la pérdida de potasio. Útil tratamiento de hiperaldosteronismo primario e insuficiencia cardíaca. Espirenona y espironolactona.^{15, 16, 20}

Beta-bloqueadores; disminuyen la presión arterial, al disminuir la frecuencia, y la fuerza de contracción cardíaca, por lo que disminuyen el consumo de oxígeno, también disminuyen la renina plasmática, útiles en el tratamiento de hipertensión asociada a angina de pecho, así como en la disminución de la mortalidad en pacientes postinfarto. Atenolol, betaxalol, bisoprolol, metoprolol, nadolol,

propranolol, tinillo. Beta-bloqueadores con actividad simpaticomimética intrínseca; acebutolol, penbutolol, pindolol.^{15, 16, 20.}

Calcio-antagonistas: evitan parcialmente la entrada de calcio a las todas las células orgánicas, de estos se dividen en dos grandes grupos, los derivados de la dihidropiridinas los cuales tienen mayor efecto a nivel vascular periférico, como el amlodipino, felodipino, isradipino. Nicardipino, nifedipino y nisoldipino. Y los que tienen su mayor efecto sobre el corazón como el diltiazem y el verapamilo.^{16,20}

Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; bloquean la enzima dipeptidocarboxidasa que evita la transformación de angiotensina I en angiotensina II de acción vasoconstrictora, y la degradación de bradisinina de acción vasodilatadora. Son en general bien tolerados disminuyen la hipertrofia ventricular izquierda, reducen complicaciones cardiovasculares del hipertenso, accidentes cerebrovasculares, disminuyen la remodelación postinfarto, ofrecen nefroprotección reducir la hiperfiltración renal y la progresión de la microalbuminuria y proteinuria, mejoran la sensibilidad de la insulina, y es el fármaco de elección en el paciente diabético. Entre ellos se encuentran los siguientes: benazapril, captopril, enalapril, fosinopril, lisinopril, moexipril, peridopril, quinapril, ramipril, y trandolapril.^{15, 16, 20}

Antagonistas de los receptores AT1 de la angiotensina II; bloquean los efectos de la angiotensina en el receptor AT1, favorecen la vasodilatación, la disminución de la hipertrofia ventricular izquierda, y del musculo liso vascular, favoreciendo la protección del endotelio. En general muestran un buen control de la presión arterial, desde las primeras semanas de su administración. Tienen buena seguridad en su uso, con pocos efectos adversos, al igual que los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina retienen potasio, por lo que deben ser utilizados con precaución con ahorradores de potasio, por el riesgo de hiperkalemia. Entre ellos se encuentran: candesartán, eprosartán, ibersartán, losartán, olmesartán, telmisartán, valsartán.^{16, 20}

Bloqueadores alfa 1; bloquean específicamente esos receptores, favorecen la vasodilatación, sin embargo, son poco utilizados por sus efectos adversos, se emplean como tercer o cuarto antihipertensivo. Entre sus efectos adversos se encuentran, hipotensión postural, cefalea, palpitaciones, edema, entre ellos se encuentran: prazosina y terazosina ^{16, 20,28.}

Agentes de acciones en el sistema nervioso central. Reserpina, clonidina y guanetidina, que se encuentran en desuso por sus efectos secundarios. Presentan mayor rebote por supresión. Alfa-metildopa, bien tolerado en el embarazo, sus efectos secundarios son sedación, boca seca bradicardia y depresión.¹⁶

Está demostrado que la principal causa en la falla del tratamiento en paciente hipertenso es la falta en el apego al mismo, por lo que el paciente debe ser educado, orientado, concientizado y debe tener conocimiento suficiente sobre las complicaciones de las presiones arteriales elevadas, con el apoyo familiar se lograra llegar a las metas establecidas.^{24,20}

El control adecuado de las cifras de presión arterial (PA), en los paciente con HAS aumenta su esperanza y cálida de vida ³⁴, sin embargo, uno de los problemas inherentes a sus tratamiento es que la elevación de PA no produce de manera habitual manifestaciones clínica relevantes, por lo que el paciente puede tener la falsa impresión de que su enfermedad se encuentra controlada.³⁰

De esta manera, el fracaso de la terapia antihipertensiva es común y se relaciona sobre todo con la falta de apego al tratamiento, por lo que es prioritario desarrollar estrategias para determinar cuáles son los factores relacionados con esta; en este contexto el paciente con enfermedad crónica.³¹

4. MATERIAL Y METODOS

4.1 Diseño de Estudio.

- Observacional, prospectivo, transversal y descriptivo.

4.2 Periodo de Estudio

- Marzo, Julio 2018

4.3 Lugar de estudio.

Instituto Mexicano del Seguro Social U.M.F. #87, Ciudad Acuña, Coahuila.

4.4 Universo de Trabajo

a) Población de Estudio

Pacientes con hipertensión arterial, de la Unidad de Medicina Familiar #87, Ciudad Acuña, Coahuila.

b) Tamaño de la Muestra:

Trescientos cincuenta no probabilístico

Fórmula empleada para el tamaño de la muestra

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

n= tamaño de muestra

N= Población de pacientes hipertensos del Instituto Mexicano del Seguro Social U.M.F. #87, Ciudad Acuña, Coahuila (4013)

Z= Nivel de confianza 95%, $(1.96)^2$

p= Proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población en referencia (0.50).

q= Proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (0.50).

d= Precisión absoluta $(0.05)^2$

$$n = \frac{(4013) (3.8416) (0.5) (0.5)}{0.0025 (4013-1) + 3.8416 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{3852}{10.03+0.9604} = \frac{3852}{10.9904} = 350.4876$$

n= 350.4876

N= 4013

z= $1.96^2 = 3.8416$

$p= 0.5$
 $q= 0.5$
 $d= 0.05^2= 0.0025$

$n= 350$

c) Muestreo

Se tomó por conveniencia turno matutino y vespertino en los días de la aplicación de encuesta.

Descripción del programa de trabajo. “El responsable”, interrogo a los pacientes que se encuentren en la sala de espera con diagnóstico de hipertensión o los que acudieron a consultar a la unidad de medicina familiar, se les informo sobre los beneficios de participar y se otorgó hoja de consentimiento informado. Se procedió a la toma de la tensión arterial, con baumanometro anaerobio marca Welch Allyn y estetoscopio marca littman (classic II) siguiendo los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA-2009, que describe: La medición la efectuó el investigador después de por lo menos cinco minutos de reposo, el paciente se abstendrá de fumar, tomar café, productos cafeinados y refrescos de cola, por lo menos 30 minutos antes de la medición, no deberá tener necesidad de orinar o defecar, estará tranquilo y en ambiente apropiado, la presión arterial se registrara en posición de sedestación con un buen soporte para la espalda y con el brazo descubierto y flexionado a la altura del corazón, la presión arterial se tomó en ambos brazos y se considerara: Hipertensión Estadio I (presión sistólica 140-159mmHg, presión diastólica 90-99mmHg), Hipertensión Estadio II (presión sistólica 160-179mmHg, presión diastólica 100-109 mmHg), Hipertensión Estadio III (presión sistólica ≥ 180 mmHg, presión diastólica ≥ 110 mmHg)^{15, 20,29}.

El paciente en estudio respondió el cuestionario del Apgar Familiar y Faces III (Ver anexo) válidos y confiables por Health Institute; New England Medical Center de Boston Massachusetts y la Universidad de Washington. Se explicó el instrumento de evaluación y se dio 5 minutos para que contestara el cuestionario.^{11,12}

Posteriormente se recolecto la muestra, se elaboró una base de datos en Excel versión 2016 y se tomó la muestra de forma aleatoria estandarizada (si es que será así o si será por conveniencia).

4.5 Descripción de las variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
Disfunción Familiar Apgar	Patrón de conductas adaptativas e indeterminadas que presenta de manera permanente uno o varios integrantes de una familia.	Se utilizó 1 cuestionarios que consta de 5 ítems y se expresó el número de aciertos obtenidos en el mismo	Cualitativa ordinal	1- 0-9 puntos: Disfunción familiar severa. 2- 10-13 puntos: Disfunción moderada. 3- 14-17 puntos: Disfunción leve. 4- 18-20 puntos: buena función familiar
Hipertensión Arterial	Es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por elevación persistente de la cifras de presión arterial a cifras de $\geq 140/90$ mmHg producto de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico.	Se evaluó a los pacientes en base a la clasificación ESC.	Cualitativa ordinal	1- Hipertensión 2- grado 1 de 159-140/99-90 3- Hipertensión grado 2 179-160/ 4- 109-100 5- Hipertensión grado 3 más de 180/más 110 6- Hipertensión sistólica aislada. $\geq 140/<90$
Sexo	El termino sexo, se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos. La identidad de género, define el grado en que cada persona se identifica como	Género femenino o masculino del paciente que presenta por habitus exterior Género es una cuestión social, de	Cualitativa . Nominal	1.- Masculino 2.- Femenino

	masculino o femenino o alguna combinación de ambos en consideración a su sexo	cómo ve la sociedad		
Peso	La cantidad de masa que alberga el cuerpo de una persona	Lo registrado en el cuestionario	Cuantitativa discreta	1- 60-70 kg 2- 71-80 kg 3- 81-90 kg 4- 91 -100 kg
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento; la que se mide por los años de vida.	Años cumplidos que refiere el paciente, al momento que se realiza el estudio	Cuantitativa discreta	1- 30-40 años 2- 41-50 años 3- 51-60 años
Escolaridad	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza	Se tomará la escolaridad que registre el paciente	Cualitativa Ordinal.	1- Primaria 2- Secundaria 3- Bachillerato 4- Licenciatura 5- Posgrado
Ocupación	La ocupación refiere al tipo de trabajo realizado por la persona empleada, independientemente de la actividad económica del establecimiento donde trabaja (la industria) o cuál es su situación en el empleo.	se tomará lo que registre el paciente	Cualitativa Nominal	1.-Ama de casa 2.-Empleado 3.Desempleado 4.-Jubilado
Estado Civil	El estado civil es el conjunto de condiciones o cualidades jurídicamente relevantes que tiene una persona	Se tomara el que registre el propio paciente	Cualitativa Nominal.	1.- Soltero 2.- Casado. 3.- Viudo 4.- Unión libre 5.- Separado 6.-Divorciado

	frente a una familia determinada,).			
Control De Hipertensión	Cifra de tensión arterial menor de 140/90mm hg	Según tensión arterial, medida.	Cualitativa nominal	1. Controlado 2. Descontrolado
Faces III (Escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar)	Integra 3 dimensiones de la funcionalidad familiar. Adaptabilidad: habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo. Cohesion: grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí; grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia. Comunicación: favorece en mantenimiento óptimo de las dos.	Se utilizó un cuestionario que consta de 20 ítems y se expresara la calificación en cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems pares. La de adaptabilidad es de los ítems pares.	Cualitativa ordinal	1.- No relacionada-Rígida 2.- No relacionada-Estructurada 3.-No relaciones-Flexible 4.-No relacionada-Caótica 5.- Semirrelacionada-Rígida 6.- Semirrelacionada-Estructurada 7.- Semirrelaciones-Flexible 8.- Semirrelacionada-Caotica 9.- Relacionada-Rígida 10.- Relacionada-Estructurada 11.-Relaciones-Flexible 12.-Relacionada-caótica 13- Aglutinada-Rígida 14.-Aglutinada-Estructurada 15.-Aglutinada-Flexible 16.-Aglutinada-Caótica
Años Diagnóstico de	Tiempo transcurrido	Años cumplidos	Cualitativa discreta	1.- 0-5 Años 2.- 6-10 Años

Hipertensión arterial.	desde el diagnostico de hipertensión arterial.	el de	que refiere el paciente, al momento que se realizó el estudio.		3.-11-15 Años 4.- más de 15 años
------------------------	--	-------	--	--	-------------------------------------

4.5.1 Variables dependientes

- Edad
- Peso
- Escolaridad
- Ocupación
- Estado civil.
- Sexo.
- Grado de Hipertensión Arterial
- Control de Hipertensión Arterial

4.5.2 Variable independiente

- Disfunción Familiar

FUENTE DE INFORMACION:

Expediente clínico.

Instrumentos de evaluación.

4.6 Criterios de selección

4.6.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial adscritos a la Unidad Medicina Familiar #87 de Ciudad Acuña Coahuila.
- Pacientes que acudan a consulta en turno vespertino.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes en rango de edad entre los 30 a 65 años.
- Pacientes que hayan contestado de forma completa el instrumento a evaluación, así como que hayan firmado el consentimiento informado.

4.6.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes que no acepten participar en el estudio ni firmar hoja de consentimiento informado.
- Pacientes que durante el estudio no acudan a control periódico mensual.
- Pacientes que no cumplan el rango de edad.
- Pacientes con trastorno mental o secuelas neurológicas de tipo cognitivo.

4.6.3 Criterios de Eliminación:

- Todos los pacientes que sean dados de baja durante el estudio.
- Pacientes que fallezcan durante el estudio.
- Pacientes que emigren a otra ciudad durante el estudio.
- Pacientes que no contesten el cuestionario completo.

4.7 Descripción General del Estudio:

El proceso inicio en la Unidad de Medicina Familiar N° 87, donde a los trabajadores asegurados y beneficiaros que acuden a control mensual de Hipertensión Arterial se les aplico durante dicha consulta los siguientes procedimientos.

1.- Se aplicó cuestionario de datos personales del anexo 1: Nombre del paciente, edad, sexo, peso, escolaridad, estado civil, ocupación, años con diagnóstico de hipertensión arterial. Se aplicó cuestionario del Apgar Familiar y Faces III (Ver anexo) válidos y confiables por Health Institute; New England Medical Center de Boston Massachusetts y la Universidad de Washington.

2.- Se procedió a la toma de tensión arterial, con baumanometro anaerobio marca Welch Allyn y estetoscopio marca littman (classic II) siguiendo los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA-2009.

3.- Todos los datos recabados se vaciaron en la hoja correspondiente para clasificar el grado de funcionalidad familiar. Se ofreció tratamiento individualizado para cada paciente. Posteriormente la información se capturo en un formato diseñado por el investigador, se organizó en una base de datos en hojas de cálculo Excel para su procesamiento y se procedió al análisis estadístico.

PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO

Se realizó análisis descriptivo para obtener frecuencias simples y distribución porcentual de las características generales de los sujetos de estudio, media, mediana y desviación estándar de las variables continuas que se distribuyan normalmente.

4.8 Recursos humanos, materiales y financieros del estudio

Recursos Humanos:

- 1 Médico General.

Recursos Materiales:

- Formatos de Registros
- 1500 hojas blancas
- 1 computadora
- 1 Software de Microsoft Word 2016
- 1 software Excel 2016
- 1 impresora
- 5 lapiceros
- 5 lápices
- 5 gomas de borrar
- 5 portapapeles
- 1 Memoria USB

RECURSOS FINANCIERO:

- Los propios por el investigador.

RECURSOS HUMANOS.

- Médico en formación.
- Asistente Médica.
- Personal de Archivo.

RECURSOS MATERIALES.

- Consultorio
- Computadora personal.
- Expediente clínico.
- Hoja de maquinas
- Plumas
- Baumanometro
- Estetoscopio

4.9 Consideraciones éticas

La investigación se apegó a los lineamientos establecidos en la normativa internacional vigente, así como la Ley General de Salud en Materia de investigación de Seres Humanos y a los principios éticos del reporte de Belmont, no incurrirá en ninguna falta de daño físico o moral hacia los pacientes o la familia de estos, ya que la información obtenida se maneja en forma confidencial y se dio a conocer en los foros de investigación médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, requiere de la autorización de un consentimiento informado que invariablemente será recabado antes de la aplicación de la entrevista entre todos los pacientes evaluados cuidando la discrecionalidad y la no discriminación así como la evitación de ofensas e injurias que pudieran lesionar su integridad física o moral.

Es importante indicar si los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas éticas, el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y con la declaración de Helsinki enmendada en 1989 y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de investigación clínica.

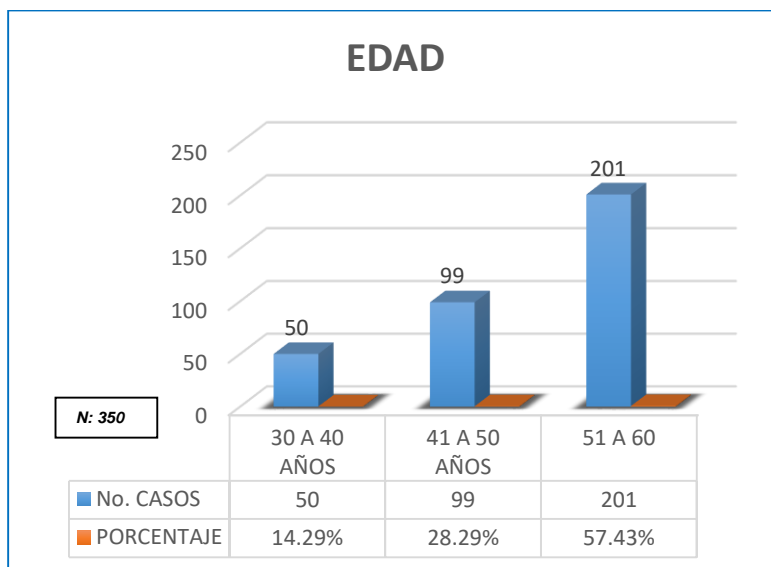
Esta investigación de acuerdo con la “Ley General de Salud” de México y con su “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud” en su título 2°, Capítulo 1°, Artículo 17, Fracción I, se considera este estudio como “Investigación sin riesgo”.

Para la realización de este estudio no se contravino la “Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial” que establece los principios éticos para las investigaciones médicas en los seres humanos. Asamblea General 52°, en Edimburgo, Escocia en el año 2000. Y en base a lo establecido en la enmienda realizada en TOKIO EN 1975 el presente estudio debe ser revisado y aprobado por el comité local de Investigación de la institución a la cual pertenezco.

5. RESULTADOS

Durante el periodo establecido para el desarrollo del estudio se encuestó a 350 pacientes que acudieron a consulta médica a la Unidad de Medicina Familiar N°87.

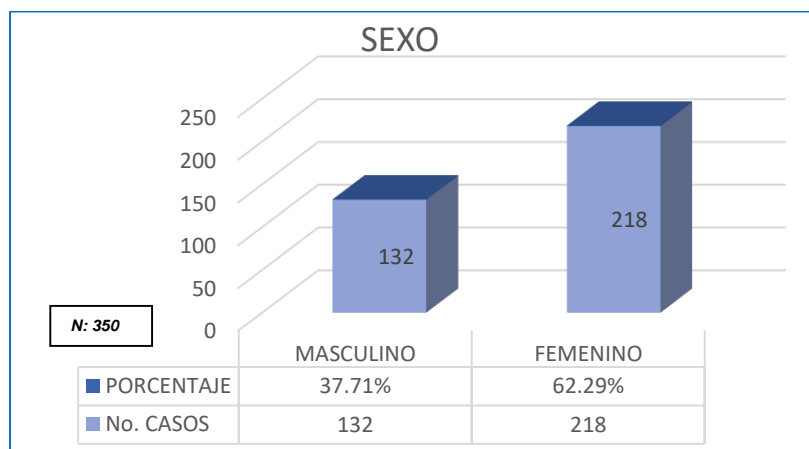
FIGURA 1. DISTRIBUCION POR EDAD



Fuente: cuestionario de investigación 2018

En cuanto a la edad se aprecia que la mayoría de asegurados corresponde a la edad de 51-60 años con un 57.43%, seguido del rango comprendido de 41-50 años con el 28.29%, siendo el rango más bajo en las edades comprendidas de 30 a 40 años con el 14.29%. Figura 1.

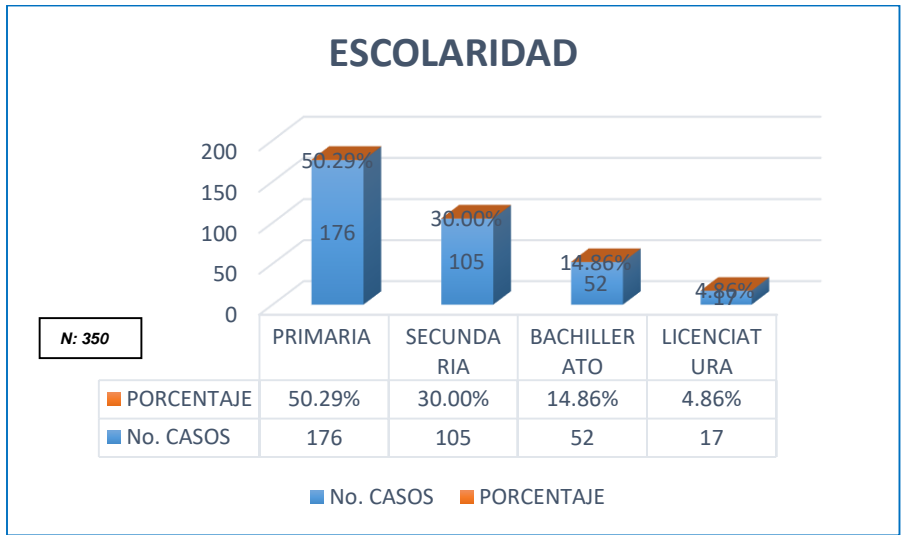
FIGURA 2. DISTRIBUCION POR SEXO



Fuente: cuestionario de investigación 2018

En cuanto a la variable sexo, se encontró que el sexo predominante correspondió al sexo femenino con 62.29% de casos, contrastando con el sexo masculino que únicamente reunió el 37.71%. Figura 2.

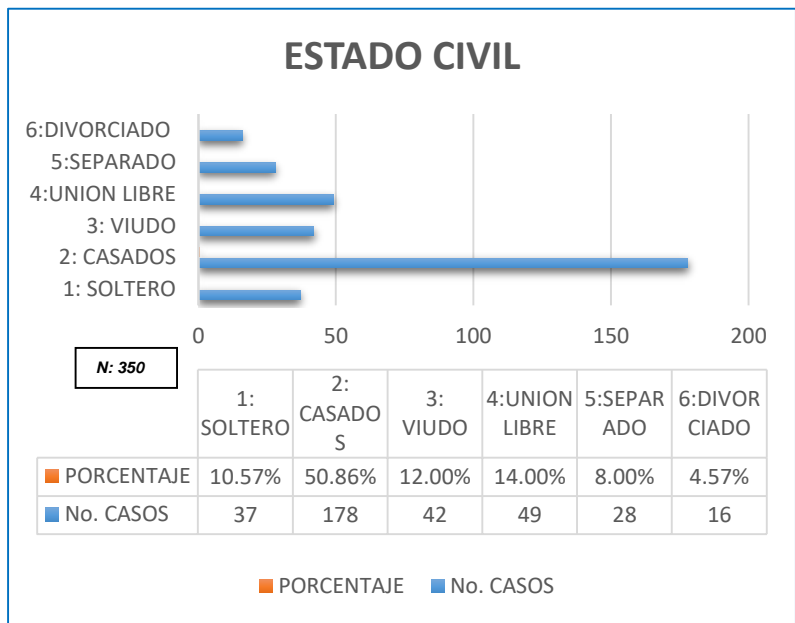
FIGURA 3. DISTRIBUCION POR ESCOLARIDAD



Fuente: cuestionario de investigación 2018

En cuanto a la escolaridad se aprecia una recurrencia más alta en asegurados con escolaridad primaria con el 50.29%, seguido de secundaria con el 30%, observándose el menor porcentaje en escolaridad licenciatura con el 4.86%.Figura 3.

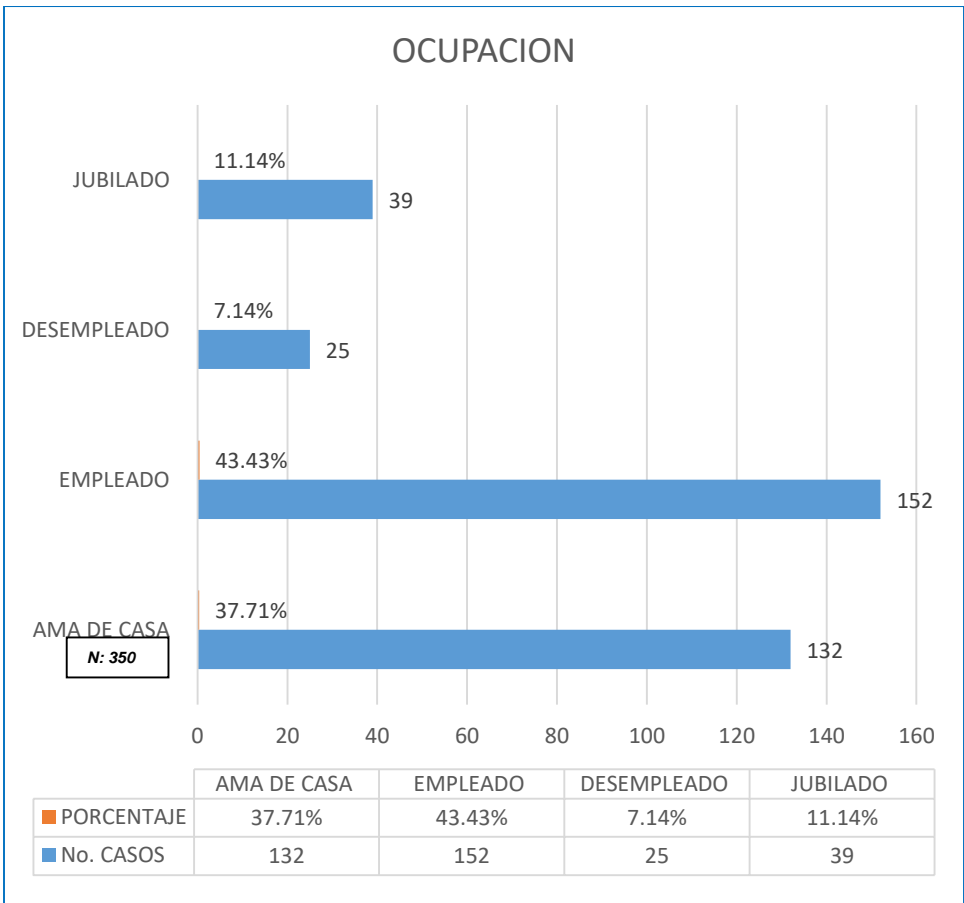
FIGURA 4. DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL



Fuente: cuestionario de investigación 2018

En relación a la variable estado civil se aprecia un mayor número de casos en los casados con un 50.86%, seguido de estado civil en unión libre con el 14%, en tercer lugar se encuentra a los viudos con un 12% de casos, siendo el menor número de esto en los divorciado con el 4.57%. Figura 4

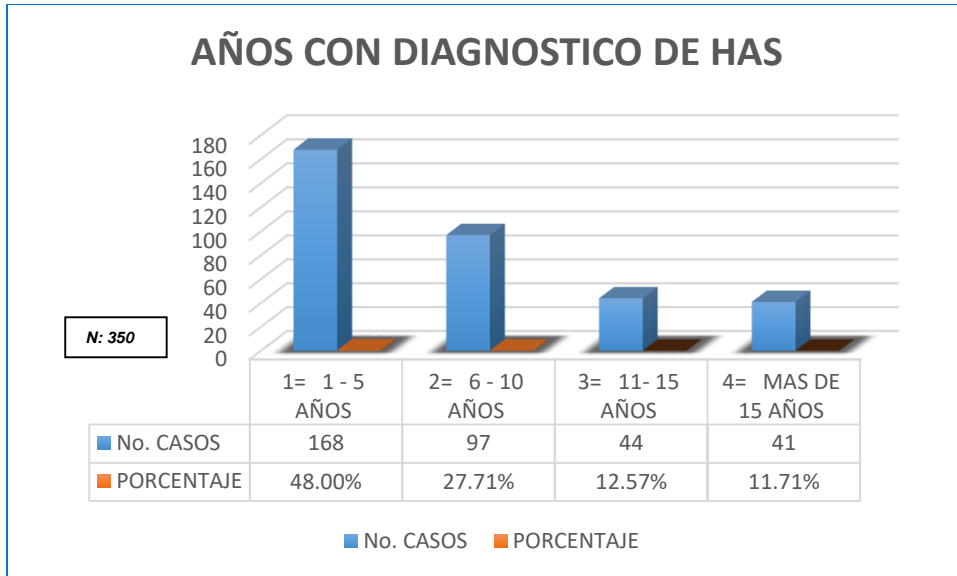
FIGURA 5. DISTRIBUCION POR OCUPACION



Fuente: cuestionario de investigación 2018

En cuanto a la ocupación se encontró un mayor número de casos en la ocupación empleados con 152 casos (43.43%), seguido de las amas de casa con 132 casos (37.71%), correspondiendo el menor número de casos a los desempleados con 25 casos (7.14%). Figura 5.

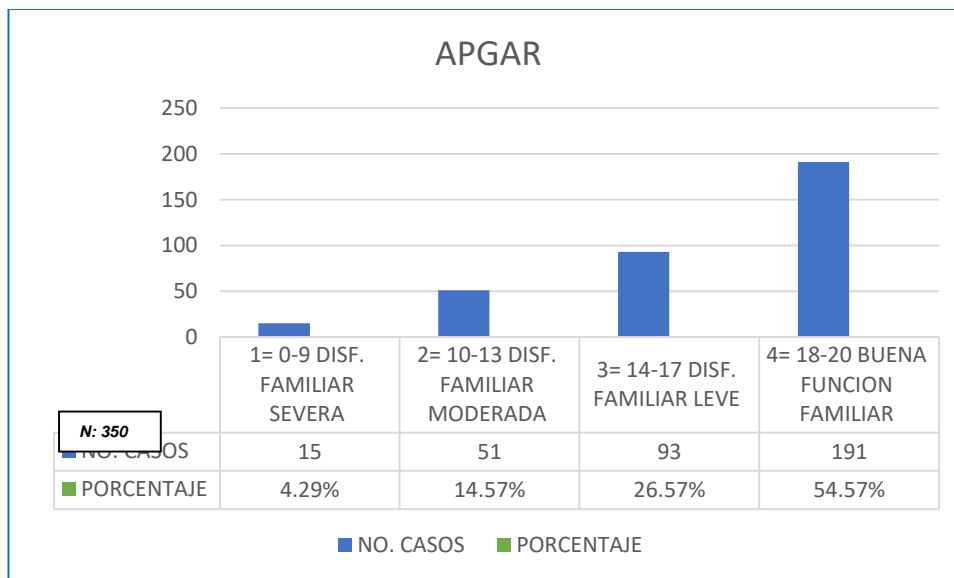
FIGURA 6. DISTRIBUCION POR AÑOS CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSIÓN



Fuente: cuestionario de investigación 2018

Para la variable años con diagnóstico de hipertensión se encontró que la mayor incidencia se encontraba en pacientes con 1 a 5 años con diagnóstico con 168 casos (48%), seguido de pacientes con 6 a 10 años de diagnóstico con 97 casos (27.71%), siendo el menor número de estos para los pacientes con más de 15 años de diagnóstico con 41 casos (11.71%). Figura 6

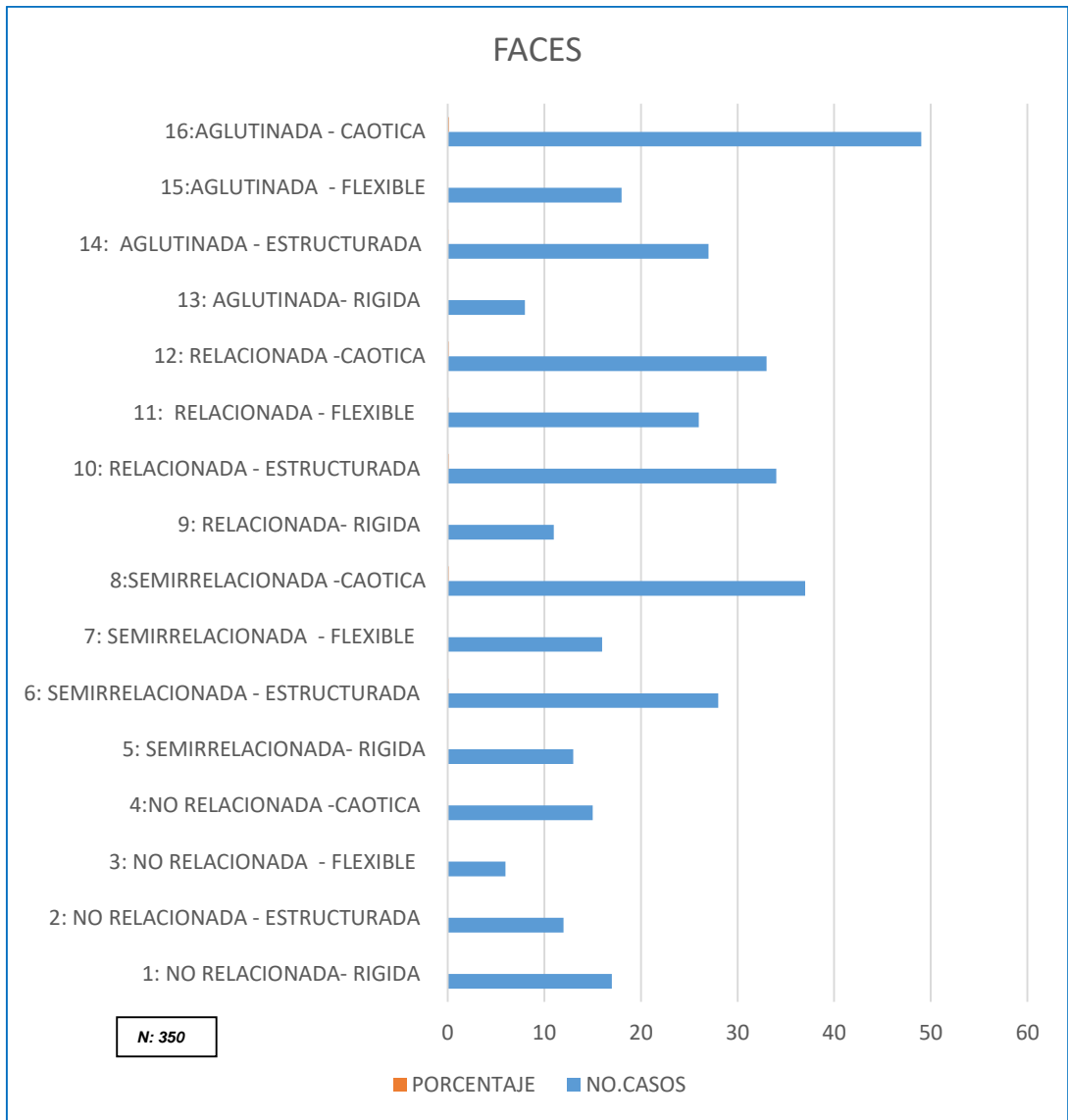
FIGURA 7. DISTRIBUCION APGAR



Fuente: cuestionario de investigación 2018

En relación al Apgar familiar se encontró con 191 casos una buena función familiar, correspondiendo al 54.57% seguido de disfunción familiar leve con 93 casos correspondiendo al 26.57%, siendo el menor número de casos 15 correspondiendo al 4.29%. Figura 7

FIGURA 8. DISTRIBUCION POR FACE III

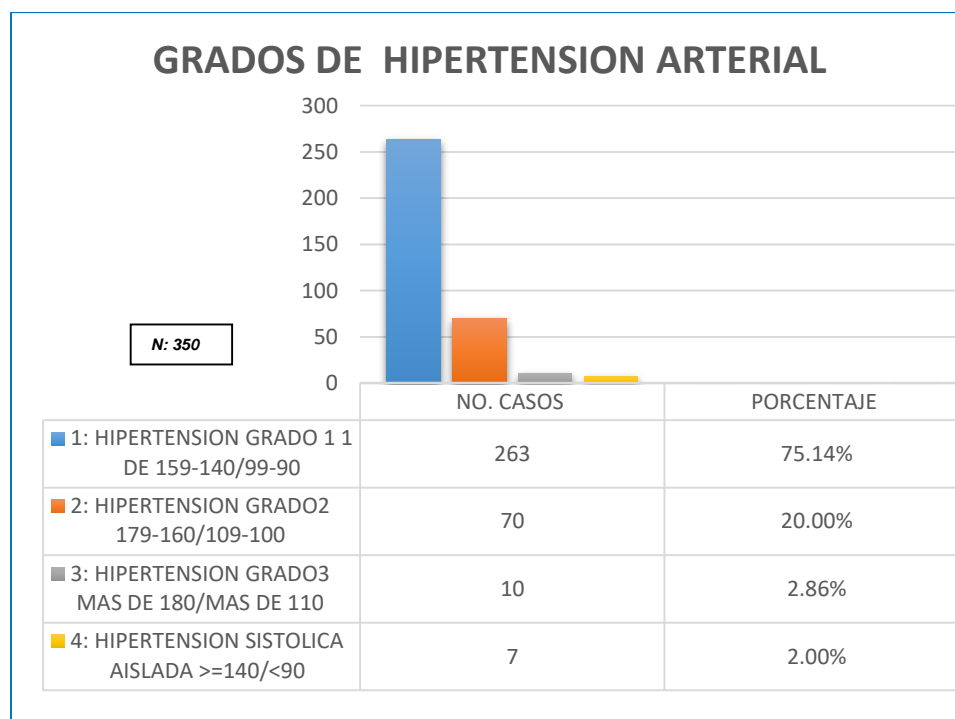


Fuente: cuestionario de investigación 2018

Para la variable faces III. Se encontraron, Aglutinada-Caótica 49 pacientes (14.00%), Semirrelacionada-Caótica 37 pacientes (10.57%), Relacionada-Estructurada 34 pacientes (9.71%), No relaciones-Flexible 6 pacientes (1.71%).Figura 8

No relacionada- Rígida 17 pacientes (4.86%), No relacionada-Estructurada 12 pacientes (3.43%), No relaciones-Flexible 6 pacientes (1.71%), No relacionada-Caótica 15 pacientes (4,29%), Semirrelacionada-Rígida 13 paciente (3.71%), Semirrelacionada-Estructurada 28 pacientes (8.00%), Semirrelacionada-Flexible 16 pacientes (4.57%), Semirrelacionada-Caótica 37 pacientes (10.57%), Relacionada-Rígida 11 pacientes (3.14%), Relacionada-Estructurada 34 pacientes (9.71%) Relacionada-Flexible 26 pacientes (7.43%), Relacionada-Caótica 33 pacientes (9.43%), Aglutinada-Rígida 8 pacientes (2.29%), Aglutinada-Estructurada 27 pacientes (7.71%), Aglutinada-Flexible 18 pacientes (5.14%), Aglutinada-Caótica 49 pacientes (14.00%). Figura 8.

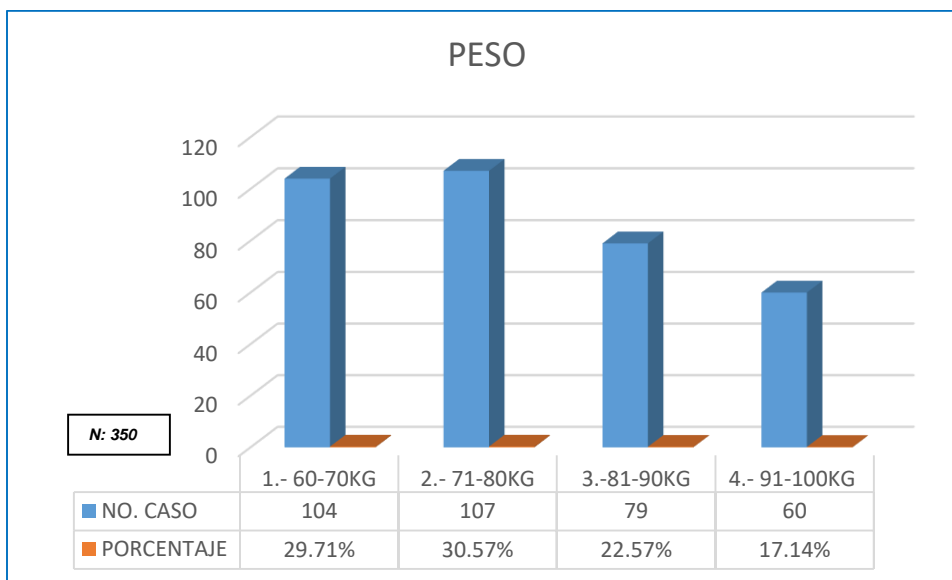
FIGURA 9. DISTRIBUCION POR GRADOS DE HIPERTENSION ARTERIAL



Fuente: cuestionario de investigación 2018

Para la variables hipertensión arterial Grado1 con 263 pacientes (75.14%), hipertensión arterial grado 2 con 70 pacientes (20.00%), hipertensión grado3 con 10 pacientes (2.86%), hipertensión sistólica aislada 7 pacientes (2.00%). Figura 9.

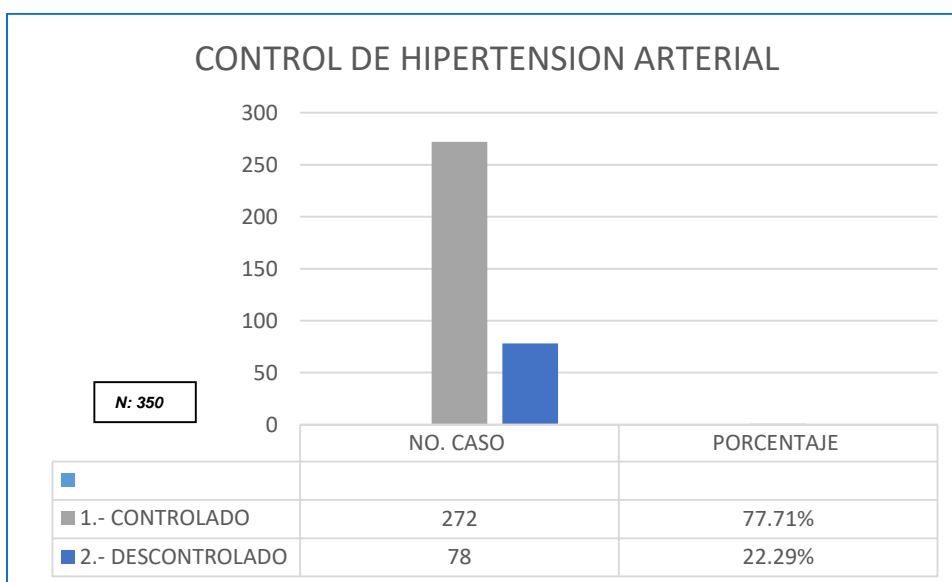
FIGURA 10. DISTRIBUCION POR PESO



Fuente: cuestionario de investigación 2018

Para la variable peso de 60-70 kg se encontraron 104 pacientes (29.71%), 71-80 kg con 107 pacientes (30.57), 81-90 kg con 79 pacientes (22.57%), 91-100 kg con 60 pacientes (17.14%). Figura 10.

FIGURA 11. DISTRIBUCION CONTROL DE HIPERTENSION ARTERIAL



Fuente: cuestionario de investigación 2018

Para la variable control de hipertensión se encontraron 272 pacientes controlados (77.17%), 78 pacientes descontrolados (22.29%). Figura 11.

Asociación entre Variables (Tabla 4)

Se reportaron las asociaciones entre funcionalidad familiar versus sus factores de riesgo.

Para la variable edad se encontró un riesgo estadístico importante con una correlación estadística positiva ($p= 0.083$).

Para la variable sexo se encontró un riesgo estadístico inverso importante con mucha confianza estadística ($p= -0.084$).

Para la variable escolaridad se encontró un riesgo estadístico importante con una relación inversa con mucha confianza estadística ($p= -0.027$).

Para la variable estado civil se encontró no se encontró riesgo, ni confianza estadística solo una correlación positiva leve. ($p= -0.169$).

Para la variable ocupación se encontró un riesgo estadístico muy importante, con una confianza estadística muy alta ($p= -0.003$).

Para la variable funcionalidad familiar a través de cuestionario faces no se encontró riesgo, ni confianza estadística. ($p= 0.1905$).

Para la variable años con diagnóstico de hipertensión se encontró un riesgo estadístico muy importante con una buena confianza estadística ($p= 0.024$).

Para variable Peso no se encontró riesgo estadístico, ni confianza estadística, solo una correlación positiva ($p= 0.0249$).

Para la variable control de Hipertensión no se encontró riesgo estadístico, ni confianza estadística, solo una correlación inversa ($p= -0.216$).

Para la variable grados de hipertensión no se encontró riesgo, ni confianza estadística, solo una correlación inversa ($p=-0.119$).

Tabla 4. Análisis de Riesgo de la asociación entre funcionalidad familiar y sus factores de riesgo

Funcionalidad Familiar Versus	<i>p</i>
Edad	0.083173784
Sexo	-0.084395827
Escolaridad	-0.027712831
Estado Civil	-0.169050657
Ocupación	-0.003073201
Cuestionario Faces	0.190572027
Años con Diagnostico de Hipertensión	-0.01206469
Peso	0.024983914
Control de Hipertensión	-0.216100917
Grados de Hipertensión	-0.119217624

6. DISCUSION

En relación al apoyo familiar en el apego al tratamiento de hipertensión arterial Marín Reyes en su estudio del 2001 encontró un mayor número de caso para el género femenino, coincidiendo con nuestro estudio en el que 62% de la población es del sexo femenino. En cuanto a la edad según Marín Reyes hubo un predominancia del 49-69 años, también coincidiendo con nuestro estudio en el que el mayor apego se encontró en grupo etario de 41-50 años con el 28% de la población, para la variable escolaridad se encontró la misma relación ya que en el estudio de Marín Reyes hay una predominancia de la primaria, coincidiendo con nuestro estudio en el cual se reportó escolaridad primaria en el 50 % de los encuestados. Hubo discrepancia con respecto a la ocupación ya que se reporta en el estudio de Marín Reyes un mayor número de pacientes con ocupación dedicada al hogar, discrepando con nuestro estudio en el que se encontró la mayor parte en el rubro de empleados con el 43 %.³¹

En el estudio de Concha Toro del 2010 se encontró que el sexo predominante es el sexo femenino, coincidiendo con nuestro estudio. En cuanto a la escolaridad en el estudio mencionado se encontró sin escolaridad en la mayoría de los casos difiriendo de nuestro estudio en donde se encontró predominantemente escolaridad primaria, en relación a la función familiar en el estudio de Concha Toro se obtuvo una función familiar adecuada en la mayor parte de los casos coincidiendo con nuestro estudio en el que predomina la funciona familiar adecuada. En cuanto en control de enfermedad concomitante de enfermedad hipertensión arterial en el estudio antes mencionado se tiene una prevalencia en la de hipertensos controlados condiciendo con nuestro estudio en el que hay una prevalencia de 77% controlado.³⁴

En el estudio de Lagos Méndez se encontró una funcionalidad familiar moderadamente disfuncional, contrastando con nuestro estudio en el que la mayor parte correspondió funcionalidad familiar buena. No se pudieron comparar las siguientes variables debido a que en dicho estudio no se tomó en cuenta la escolaridad, estado civil, ocupación, control de hipertensión.³⁵

En relación al estudio del Poma y Carrillo se encontró una prevalencia mayor en el sexo femenino coincidiendo con nuestro estudio, para la funcionalidad familiar se encontró disfunción familiar 52% de los casos, contrastando con nuestro estudio con un mayor prevalencia de buena función familiar, para la variable de tensión arterial se encontró una prevalencia normal alta que prevaleció en adulto de 20-64 años, discerniendo de nuestro estudio en el que se encontró el de hipertensión arterial en 77% de los casos.³⁶

7. CONCLUSIONES

Del total de hipertensos estudiados se encontró que la mayor porcentaje corresponde a la edad de 51-60 años, predominando el sexo femenino las cuales tuvieron una escolaridad preponderante de primaria, con estado civil casada y teniendo como ocupación en su mayoría empleados. Encontrándose una distribución por años de diagnóstico de hipertensión mayoritariamente de 1 a 5 años, con un Apgar familiar con buena función familiar y con un tipo de familia aglutinada caótica evaluada por faces III en su mayoría.

Se obtuvo una distribución por grados de hipertensión arterial un mayor número de casos para hipertensión grado I, siendo su distribución por peso con mayor frecuencia de 71- 80 kg y en cuanto a la distribución de control de hipertensión arterial se obtuvo en mayor de los casos en pacientes controlados.

8. REFERENCIAS

1. Michel A. Sociología de la familia y del matrimonio. 2da Ed. Barcelona. Península. 1974.
2. Engels F. El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. Madrid. SARPE. 1983.
3. Madelie JH. Cambios en los patrones sociales y su interrelación con la familia y la salud. En Madelie JH. Medicina Familiar. Principios y práctica. México. Limusa. 1987:43-50.
4. Elkin F. The family in Canada. Ottawa. The Vanier Institute of the Family. 1964
5. Hoffman L. Fundamentos de la terapia familiar. México. Fondo de cultura económica. 1987
6. Ceitlin J, Gómez GT. Medicina de familia: la clave de un modelo Madrid. Sem FYC y CIMF. 1997:36-48.
7. Bader E, Mainets T. Strategies for working with families. Can Fam Phys 1991; 37:377-380.
8. Rakel RE. Compendio de practica medica en atención primaria. 2da ed. España, Mc Graw-Hill-Interamericana, 2000: 33-51.
9. Revilla AL. La dinámica familiar. Atención primaria. 1992; 10:582-583.
10. Satir V. Peoplemaking. Palo Alto. Science and Behavior Books. 1972.
11. Bellon SJ, Delgado SA, Luna CJ, et al. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar –familiar. Atención Primaria 1996; 18(6):289-296.
12. Suarez M, Alcalá M. Apgar Familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev Med La Paz, 20 (1); Enero – Junio 2014.
13. Andolfi M. Terapia familiar. Un enfoque interaccional. Buenos Aires. Paidós. 1985.
14. Rosen GM. Behavioral sciene in family practice. Appleton- Century Crofft, 1980.
15. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.

16. Resumen integrado de la NOM-030-SSA2-2009 y Guía de Tratamiento Farmacológico y Control de la HAS Rev Mex Cardiol 2012; 23 (1): 4A-38A.
17. Young T. The Croonian Lecture: On the Functions of the Heart and Arteries. Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Vol. 99 (1809), pp. 1-31.
18. Esunge P M MD. From blood pressure to hypertension: the history of research. Journal of the Royal Society of Medicine. Volume 84 October 1991.
19. Edward D. Freis. Historical Development of Antihypertensive Treatment: Hypertension: Pathophysiology, Diagnosis, and Management. Second Edition. Edited by J.H. Laragh and B.M. Brenner, Raven Press, Ltd., New York 0 1995. cap. 164 pp. 2741-51.
20. Chobanian AV Et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA. 2003 May 21; 289(19):2560-72. Epub 2003 May 14.
21. Hypertension in adults: diagnosis and management (CG127): National Institute for Health and Clinical Excellence. Clínica guideline agosto 2011.
22. Campos-Nonato I, et al. Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos: Rev. Salud pública de México. 2013 vol. 55, (2) pp.144-50.
23. Velázquez Monroy O et al. Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. Arch cardiol Mex 2002; 72 (1): 75.
24. Marín F, Rodríguez M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Rev Salud Publica Mex 2001; 43(4).
25. Lara A. Et al. Factores de riesgo cardiovascular en población femenina urbana de México, El estudio FRIMEX Iia. Rev Mex Cardiol 2007; 18 (1): 24-34.
26. Información general sobre hipertensión en el mundo, organización mundial de la salud, 2013.
27. Encuesta Nacional de Salud Nutrición 2012, Síntesis Ejecutiva, octubre 2012, Subdirección de Comunicación Científica y Publicaciones del Instituto Nacional de Salud Pública, pág. 23.

28. Declaración 2003 de la OMS/SIH sobre el manejo de la Hipertensión: Grupo de Redacción de la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Internacional de Hipertensión. *Journal of Hypertension* 2003, 21:1983–1992.
29. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) *European Heart Journal* (2007) 28, 1462 1536.
30. Figueroa- Castrejón G. Recordando al enemigo silencioso: La hipertensión arterial med intern de mex 1995; 11: 79-82.
31. Marín-Reyes F, Rodríguez-R-Rodríguez-Moran M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial, *Salud publica Mex* vol.43 no. 4 Cuernavaca jul/ ago.2001.
32. Instituto Mexicano del Seguro Social. Memoria Estadística 2017 (fecha de consulta 4 de abril del 2017). Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/estadisticas/financieras/Pages/memoriaestadistica.aspx>
33. Reyes AG, Garrido A, Torres LE, et al. Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. México. *Psicología y Salud* 2010 enero-junio; 20 (1): -111-117.
34. Concha MC, Rodríguez C. Funcionalidad Familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. Chile. *Theoria* 2010; 19 (1): 41-50.
35. Lagos-Méndez H, Flores-Rodriguez N. Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el Hospital de Puente Piedras-Lima. *Cuidsalud*, Jul- DCIC 2014;1 (2).
36. Poma J, Carrillo L, Gonzalez J. Funcionalidad familiar y factores de riesgo modificables para hipertensión arterial. *Univ.Med.* 2018;59 (1):3-10.
37. Huerta J.L. *Medicina Familiar* editorial Alfil pp 99

9. ANEXOS

a. Cuestionario de datos personal
DISFUNCION FAMILIAR Y CONTROL DE HIPERTENSION EN PACIENTES CON
HIPERTENSION ARTERIAL ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
#87, CIUDAD ACUÑA, COAHUILA.

NOMBRE _____

NUMERO DE AFILIACION _____

FECHA _____

INSTRUMENTO DE CAPTURA DE DATOS

1.- Disfunción Familiar.

- 1.- 0-9 puntos: Disfunción familiar severa.
- 2.- 10-13 puntos: Disfunción moderada.
- 3.- 14-17 puntos: Disfunción leve.
- 4.- 18-20 puntos: buena función familiar

2.- Hipertensión Arterial.

- 1.- Hipertensión grado 1 de 159-140/99-90
- 2.- Hipertensión grado 2 179-160/109-100
- 3.- Hipertensión grado 3 más de 180/más 110
- 4.- Hipertensión sistólica aislada. $\geq 140 / < 90$

3.- Sexo.

- 1.- Masculino
- 2.- Femenino

4.- Edad

- 1.- 30-40 años
- 2.- 41-50 años
- 3.- 51-65 años

5.- Peso.

- 1.- 60-70 kg
- 2.- 71-80 kg
- 3.- 81-90 kg
- 4.- 91 -100 kg

6.- Escolaridad

- 1.- Primaria
- 2.- Secundaria
- 3.- Bachillerato
- 4.-Licenciatura
- 5.- Posgrado

7.-Ocupación

- 1- Ama de casa
- 2- Empleado
- 3- Desempleado
- 4- Jubilado

8.- Estado civil

- 1- soltero
- 2- casado
- 3- viudo
- 4- unión libre
- 5- separado

9.- Control de hipertensión.

- 1- Controlado
- 2- Descontrolado

Investigador Responsable: Dra. Urbina Flores González

b. Apgar Familiar

APGAR CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE LA FUNCION FAMILIAR

FUNCION	NUNCA 0 PUNTOS	CASI NUNCA 1 PUNTO	ALGUNAS VECES 2 PUNTOS	CASI SIEMPRE 3 PUNTOS	SIEMPRE 4 PUNTOS
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite.					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor					
Me satisface como compartimos en familia) el tiempo para estar juntos b) los espacios en casa c) el dinero					

c. Faces III

1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Casi siempre	5. Siempre
Describa su familia:				
<input type="checkbox"/> 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si				
<input type="checkbox"/> 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas				
<input type="checkbox"/> 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia				
<input type="checkbox"/> 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina				
<input type="checkbox"/> 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos				
<input type="checkbox"/> 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad				
<input type="checkbox"/> 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia				
<input type="checkbox"/> 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas				
<input type="checkbox"/> 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia				
<input type="checkbox"/> 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo con relación a los castigos				
<input type="checkbox"/> 11. Nos sentimos muy unidos				
<input type="checkbox"/> 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones				
<input type="checkbox"/> 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente				
<input type="checkbox"/> 14. En nuestra familia las reglas cambia				
<input type="checkbox"/> 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia				
<input type="checkbox"/> 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros				
<input type="checkbox"/> 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones				
<input type="checkbox"/> 18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad				
<input type="checkbox"/> 19. La unión familiar es muy importante				
<input type="checkbox"/> 20. Es difícil decir quien hace las labores de la casa				

d. 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)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Disfunción Familiar y control de Hipertensión en pacientes con Hipertensos Arterial adscritos a la Unidad de Medicina Familiar #87, Ciudad Acuña, Coahuila
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	U.M.F. #.87 Ciudad Acuña, Coahuila. Marzo 2018
Número de registro:	R-2017-502-43
Justificación y objetivo del estudio:	En México la prevalencia de esta patología es de 31.5 %, en el estado de Coahuila en Unidad de Medicina Familiar# 87 afecta 4013 pacientes, 3.9% de población adscrita. El objetivo ,determinar la prevalencia de disfunción familiar en pacientes con hipertensión arterial en relación al control de padecimiento en pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar #87, Ciudad Acuña, Coahuila.
Procedimientos:	Se aplicó el cuestionarios durante Marzo y Abril 2018 Dedicar tiempo para el llenado del cuestionario.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Información sobre su tipo de familia
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informó al paciente sobre sus resultados de cuestionarios y se enviara a redes de apoyo en caso de ser necesario.
Participación o retiro:	Pacientes que no acepten llenar el cuestionario.
Privacidad y confidencialidad:	La información será tratada con suma confidencialidad y privacidad.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> 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:	Conocer el tipo de familia en el que se desarrolla nuestro paciente y fomentar estrategia para un mejor control de su hipertension arterial.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Urbina Flores González: teléfono: 877 128 01 45, Dirección; Pedro Arreola 2712 Colonia Santa Martha. Ciudad Acuña Coahuila.
Colaboradores:	Dr. Erick Ruiz Villanueva, teléfono.: 8771014061, Dirección: BLV. Guerrero 2500 SUR CP. 26260 Ciudad Acuña Coahuila
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

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013