



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 24**

**NUEVA ROSITA COAHUILA**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN  
ARTERIAL EN VILLA DE LAS ESPERANZAS COAHUILA.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DR. ARTURO CRISPÍN CASTILLO**

**NUEVA ROSITA, COAH.**

**2011**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL  
EN VILLA DE LAS ESPERANZAS COAHUILA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

**PRESENTA**

**DR. ARTURO CRISPÍN CASTILLO**

**AUTORIZACIONES**

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA**

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDRÓZA**

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE

MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**

COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE

MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**NUEVA ROSITA, COAHUILA.**

**2011**

# **FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN VILLA DE LAS ESPERANZAS COAHUILA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

**PRESENTA**

**DR. ARTURO CRISPÍN CASTILLO**

**AUTORIZACIONES**

**DR. JOSÉ EDMUNDO EDITH ROJAS SOTO**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA  
MEDICOS FAMILIARES

HGZ/UMF No 24NUEVA ROSITA COAHUILA.

**DR. CARLOS SANCHEZ ARENAS**

ASESOR METODOLOGICO

COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD Y COORDINADOR  
CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**Dr. JOSE EDMUNDO EDITH ROJAS SOTO**

ASESOR DE TEMA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MEDICOS FAMILIARES

HGZ/UMF No 24NUEVA ROSITA COAHUILA.

**NUEVA ROSITA, COAH.**

**2011**

# ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>5</b>
<b>MARCO TEORICO</b>	<b>6</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>12</b>
<b>JUSTIFICACION</b>	<b>13</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>15</b>
<b>HIPOTESIS</b>	<b>16</b>
<b>METODOLOGIA</b>	<b>17</b>
<b>DESCRIPCION DE RESULTADOS</b>	<b>22</b>
<b>TABLAS Y GRAFICAS</b>	<b>24</b>
<b>ANALISIS DE RESULTADOS</b>	<b>31</b>
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>33</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>35</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>38</b>

# RESUMEN

En la unidad de medicina familiar numero 29 de la Villa de las Esperanzas Coahuila, se realizo un estudio sobre el impacto de la funcionalidad familiar del paciente hipertenso.

Estudio observacional transversal y descriptivo.

En este estudio se incluyo toda la población hipertensa adscrita ala UMF No. 29 del IMSS de esta villa 94 pacientes que padecen hipertensión arterial. Clasificándolos en 2 grupos los que reunían los requisitos para catalogarlos como controlados (de dicha patología) y los que no estaban controlados.

Y se les aplico el cuestionario FACES III para determinar la funcionalidad familiar. En donde se encontró la relación de la funcionalidad familiar con el mayor número de pacientes controlados y la disfuncionalidad familiar con el mayor número de pacientes descontrolados.

Se encontraron 65 pacientes controlados que pertenecen a familias funcionales y 17 no controlados que pertenecen a familias disfuncionales, 12 pacientes controlados forman parte de familias disfuncionales y 3 pacientes descontrolados forman parte de familias funcionales.

Se encontró una prevalencia de funcionalidad familiar de 72% y 28 % de disfuncionalidad.

Lo obvio de este estudio es que a mejor funcionalidad familiar mejor control de la hipertensión arterial.

## MARCO TEORICO

La HTA es una enfermedad crónica, controlable de etiología multifactorial, caracterizada por aumento sostenido de las cifras de presión arterial (PA), presión sistólica (PS) igual o mayor a 140 mmHg y/o presión diastólica (PD) igual o mayor a 90 mmHg<sup>1</sup>.

La HTA constituye una epidemia mundial que padecen más de 1 500 millones de personas, tanto en países desarrollados como subdesarrollados. Solo un tercio de los hipertensos son tratados y solo 12 % de los tratados están controlados, es decir que presentan cifras de PA menores de 140/90 mmHg. La prevalencia mundial actual según diferentes estudios regionales es de 30 %, pero en las personas mayores de 60 años, su prevalencia se eleva a 50 %<sup>2</sup>. La prevalencia en México de hipertensión arterial en la población de 20 años o más resultó de 30.8 por ciento esta prevalencia fue mayor en el género masculino (20.1% y 12.1%)<sup>3</sup> aunque el riesgo de complicaciones por HTA es similar en hombres y mujeres<sup>1</sup>. Es importante asentar que la hipertensión en nuestra población afecta no sólo al adulto mayor, sino también a la población de menor edad, como lo reporta una reciente encuesta nacional, donde el 75% de los pacientes hipertensos tenían menos de 54 años y más de 20 años. Se calcula que el 61% de los individuos afectados desconoce su enfermedad. De los pacientes que se conocen hipertensos, sólo el 19.2% se encuentra controlado<sup>1</sup>. Más de 50% de los hombres a partir de los 60 años presenta hipertensión arterial, mientras que, en las mujeres, la afección se presenta en casi 60% para el mismo periodo de edad.

La distribución de la prevalencia de hipertensión arterial por entidad nos muestra que los estados del sur presentan menor porcentaje de la población con esta enfermedad, en comparación con los estados del centro y del noroeste. Las entidades con las prevalencias más altas son: Nayarit, Zacatecas, Sinaloa, Coahuila, Baja California Sur, Durango y Sonora<sup>3</sup>.

Coahuila según la ENSA 2006 se ubicó debajo de la media nacional (que es de 15.4%) en la prevalencia de hipertensión arterial, este decremento fue de 1.4%, reportado en la ENSA 2000 de 14.6% y 14.4% en la ENSA 2006<sup>4</sup>

A pesar de los avances en cuanto a la detección, tratamiento y control de la hipertensión arterial, esta sigue ocupando, un importante problema de salud pública en la mayoría de los países. Por lo que se encuentra, desde hace años en la lista de afecciones a controlar, dada la alta morbi-mortalidad nacional y mundial.

Por otra parte, es importante recordar que la Hipertensión Arterial, es una afección silenciosa, que frecuentemente pasa inadvertida, a pesar de los riesgos que tienen los individuos de padecerla, sin ser controlada, en especial mayores de 65 años, con incrementos de la presión arterial sistólica<sup>5,6</sup>.

Los individuos normotensos o mayores de 55 años tienen un 90% de probabilidad de riesgo de desarrollar Hipertensión Arterial. La relación de presión arterial y riesgo de eventos de enfermedad cardiovascular es continua, consistente e independiente de otros factores de riesgo. La presión arterial alta significa la mayor posibilidad de ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca, ictus y enfermedad renal. En personas mayores de 50 años la Presión Arterial Sistólica mayor de 40 mmhg es un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular mucho más importante que la Presión Arterial Diastólica<sup>7</sup>.

El séptimo informe del Joint Nacional Comité on Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión arterial (JNC-7) ha proporcionado una nueva clasificación de presión arterial para adultos mayores de 18 años, añadiendo una nueva categoría denominada pre hipertensión los cuales tienen un riesgo incremento para desarrollar de hipertensión arterial, y por lo cual requieren promoción de salud en la modificación de estilos de vida ya que el riesgo de enfermedad cardiovascular por encima de 115/74 mm Hg se dobla con cada incremento de 20/10 mm Hg Además los estadios 2 y 3 se han unido, quedando con dicha modificación la clasificación siguiente: pre hipertensión, estadio 1 y 2<sup>8</sup>

La Hipertensión Arterial Sistemática reviste especial importancia, no solo por constituir las primeras causas de morbi-mortalidad, sino por la dificultad que la enfrenta el paciente para llevar a cabo su tratamiento, lograr su control y prevenir sus múltiples complicaciones.

Se sabe que además de la ingesta de medicamentos, se requieren otras medidas de control, primordialmente el ajuste de la alimentación, el control de peso en caso de obesidad, una actividad física adecuada, entre otras. Dichas medidas deben de ser cumplidas a lo largo de su vida y efectuadas en el hogar fuera del campo de la atención médica. Es decir, la atención medica del paciente hipertenso, debe realizarse de forma individual en cada uno de ellos, mejorando su calidad de vida, y estableciendo medidas que favorezcan el control de la enfermedad, y a su vez, tratar de mejorar al máximo las posibilidades que le permiten una mejor calidad de vida, a pesar de su padecimiento<sup>9</sup>.

Cabe agregar, que la aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal, en alguno de los miembros de la familia, puede representar un serio problema, tanto en su funcionamiento como en su composición, considerando a la enfermedad como una crisis, dada la capacidad que tiene para desorganizar a un sistema familiar, y que se traduce e impacta, en cada uno de sus miembros<sup>10, 11</sup>.

Esta situación exige, un apoyo importante del grupo familiar que lo ayude en la vigilancia de la enfermedad, toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas.

Como padecimiento crónico, la Hipertensión Arterial Sistemática es un evento estresante, con altas probabilidades de ser, emocionalmente difícil para el enfermo.

La familia es un grupo social organizado como sistema abierto, formado por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos, conviven en un mismo lugar vinculado por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad.

Es la responsable, de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa, y depende del contexto en el que se ubique.

Como grupo social, debe cumplir funciones básicas como lo son: cuidado, afecto, estatus, socialización y reproducción<sup>12</sup> además de la economía, la biológica, la educativa, la cultural y la espiritual, siendo estas uno de los indicadores que se utilizan, para valorar el funcionamiento familiar, o sea que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo<sup>13</sup>.

Es tarea del médico fomentar en la familia, la idea de la responsabilidad en la salud de este colectivo y de sus miembros, así como desarrollar y utilizar todas las potencialidades del grupo en aras de mejorar su salud<sup>14</sup>.

La evaluación de la familia, es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en primer nivel de atención. Se puede decir, es el proceso fundamental para realizar intervenciones promociones y preventivas, a favor de la salud, establecer diagnósticos, manejos y tratamientos, y en su caso, rehabilitación o paliación. Así pues, la función familiar, es un factor determinante en la conservación de la salud o aparición de enfermedad entre sus miembros<sup>15</sup>.

Se le denomina familia funcional, cuando es capaz de cumplir sus funciones básicas que le están encomendadas de acuerdo al ciclo vital en que se encuentre, y en relación con las demás que recibe en su entorno<sup>16</sup>, por lo tanto, cuando la familia pierde la capacidad funcional, ocurren alteraciones en el proceso salud-enfermedad utilizamos el termino de la familia disfuncional<sup>17</sup>.

Sin embargo, para hacer un análisis del funcionamiento familiar es necesario verlo con una perspectiva sistémica, pues la familia es un grupo o sistema compuesto que serían sus miembros y a la vez integrada a un sistema mayor que es la sociedad.

El anexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de unos 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 del enfermo<sup>11, 13</sup>.

Considerar a la familia como sistema, implica que constituye una unidad, una integridad, por lo que no se puede reducir a la suma de las características de sus miembros, sino como conjunto de interacciones.

Por su parte, el modelo de medicina familiar actual, no tiene una delimitación clara entre aquellos problemas de salud individual de los miembros de la familia, y la salud del conjunto, o del grupo familiar propiamente dicho<sup>18</sup>.

Por lo que la familia disfuncional no puede distinguirse de la familia funcional, por la presencia de problemas, sino por la utilización de patrones e interacción recurrentes, que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación y resolución de conflictos<sup>19</sup>. Una vez establecido el diagnóstico debe intervenir sobre las familias, para lo cual, lo primero que hace falta son conocimientos, actitudes y habilidades<sup>20</sup>.

La evaluación de la funcionalidad familiar requiere, por su parte, del empleo de instrumentos que pueden ser observacionales o de auto aplicación, los cuales tienen las siguientes características:

Los métodos observacionales proveen, según Gómez-Clavelina e Irigoyen-Coria, una visión externa del fenómeno, y requieren de la participación de terapeutas cuya experiencia les permita valorar los patrones de interacción familiar.

Los procedimientos para estos métodos son: la entrevista, las escalas de evaluación clínica y los esquemas de codificación.

Los instrumentos de auto aplicación proporcionan una perspectiva interna de la funcionalidad a través de cuestionarios estandarizados. De esta forma se obtiene información individual de cada uno de los integrantes de una familia, incluyendo percepciones sobre sí mismo, acerca de los demás miembros de la familia, actitudes, roles, valores, etc<sup>21</sup>.

Al hablar de funcionalidad familiar encontramos que no existe un criterio único de medición. Los intentos para medir y describir a la familia tienen tinte empírico, ya que la evaluación o medición del funcionamiento familiar es muy complejo debido a la gran interacción de factores que lo conforman.

Algunos autores lo consideran multifactorial, compuesto por distintas dimensiones que crean patrones de comportamiento diferente, los cuales nos dan estilos de vida con un funcionamiento específico.

El estudio de la funcionalidad familiar incluye algunos modelos teóricos mediante los cuales se han estudiado y tratado a las familias:

El FACES forma parte del modelo circunflejo marital y sistémico de la familia en el cual se presentan como principales características la adaptabilidad y cohesión. El FACES III es una herramienta de asesoría familiar (percibida e ideal) que es útil, empírica y clínica.

Las dos variables principales, la cohesión y adaptabilidad, que en gran parte explican la conducta familiar.

El FACES III, es la tercer versión de The Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales desarrollado por (David H. Olson, Portner y Lavee, 1985).

Sus siglas en español significan Escalas Evaluativas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, instrumento traducido al español en el 2001, validado y aplicado en el 2003 en México por el Dr. Gómez Clavelina e Irigoyen.

Cuenta con el respaldo de 25 años de investigación y más de 700 publicaciones científicas que han permitido afinarlo tanto al modelo que lo sustenta, como a los 11 instrumentos que forman el Circumplex Assessment Package del que forma parte también FACES III.<sup>22,23</sup>

La Escala FACES III Se compone de 20 ítems, 10 de los cuales evalúan la cohesión y otros 10 la adaptabilidad mediante una escala tipo Likert de cinco puntuaciones. Las mismas veinte afirmaciones que sirven para evaluar como la familia es percibida en ese momento ("Familia Real"), sirven para evaluar como le gustaría que la misma fuese ("Familia Ideal") alterándose para ello la consigna inicial.

\*Cohesión hace referencia al grado de unión emocional percibida por el sujeto respecto a su familia, considerando entre otros aspectos la "unión emocional", las relaciones padre-hijo, y las fronteras internas y externas de la familia.

\**Adaptabilidad*, hace referencia al grado de plasticidad que el sujeto considera que posee su familia para adecuarse a estresores tanto internos como externos, manifestándose en aspectos como el liderazgo, la disciplina, los roles, reglas y las decisiones.

Los niveles de adaptabilidad son: Rígido, Estructurado, Flexible y Caótico.

Los niveles de cohesión son: Desligada, Separada, Conectada y Enmarañada.

La funcionalidad se relaciona con los niveles intermedios de ambas dimensiones y la disfuncionalidad familiar con los niveles extremos de ambas dimensiones.<sup>24,25</sup>

FACES III no mide directamente la funcionalidad de las familias, 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. Los sistemas maritales o familiares balanceados tienden a ser más funcionales y facilitadores del funcionamiento, siendo los extremos más problemáticos mientras la familia atraviesa el ciclo vital. Estas hipótesis han sido corroboradas en la experiencia clínica de diversos investigadores.<sup>26</sup>

# PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La HTA constituye una epidemia mundial que padecen más de 1 500 millones de personas, tanto en países desarrollados como subdesarrollados.

La prevalencia mundial actual según diferentes estudios regionales es de 30 %, pero en las personas mayores de 60 años, su prevalencia se eleva a 50 %.

La prevalencia en México de hipertensión arterial en la población de 20 años o más resultó de 30.8 por ciento esta prevalencia fue mayor en el género masculino (20.1% y 12.1%). Es importante asentar que la hipertensión en nuestra población afecta no sólo al adulto mayor, sino también a la población de menor edad, como lo reporta la ENSA 2006, donde el 75% de los pacientes hipertensos tenían menos de 54 años y más de 20 años.

Coahuila según la ENSA 2006 se ubicó debajo de la media nacional (que es de 15.4%) en la prevalencia de hipertensión arterial, este decremento fue de 1.4%, reportado en la ENSA 2000 de 14.6% y 14.4% en la ENSA 2006.

A pesar de los avances en cuanto a la detección, tratamiento y control de la hipertensión arterial, esta sigue ocupando un importante problema de salud pública en la mayoría de los países.

Pudiendo considerar a la enfermedad como una crisis, dada la capacidad que tiene para desorganizar a un sistema familiar y que se traduce e impacta en cada uno de sus miembros.

Esta situación exige, un apoyo importante del grupo familiar que lo ayude en la vigilancia de la enfermedad, toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas.

Como padecimiento crónico, la Hipertensión Arterial Sistemática es un evento estresante, con altas probabilidades de ser emocionalmente difícil para el enfermo.

El presente trabajo de investigación pretende estudiar o evaluar la función familiar de los pacientes con hipertensión arterial, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes y conocer el grado de Cohesión y adaptabilidad de la familia.

¿Cuál es la frecuencia de la funcionalidad familiar en el control de la Hipertensión arterial en derechohabientes de la Unidad Médica Familiar # 29 de Esperanzas Coahuila?

# JUSTIFICACIÓN

La HTA constituye una epidemia mundial que padecen más de 1 500 millones de personas, tanto en países desarrollados como subdesarrollados. La prevalencia en México de hipertensión arterial en la población de 20 años o más es de 30.8 por ciento. Coahuila según la ENSA 2006 se ubicó debajo de la media nacional (que es de 15.4%) en la prevalencia de hipertensión arterial, este decremento fue de 1.4%, reportado en la ENSA 2000 de 14.6% y 14.4% en la ENSA 2006<sup>4</sup>

Es importante asentar que la hipertensión en nuestra población afecta no sólo al adulto mayor sino también a la población de menor edad, según la literatura se ha encontrado entre 54 años y más de 20 años.

La hipertensión arterial por si sola es el principal factor de riesgo cardiovascular, además de que más de la mitad de los pacientes desconocen ser portadores de esta patología, por lo que su debut será con un evento cardiovascular o cerebrovascular.

Las principales complicaciones de la hipertensión arterial son las afecciones cerebrovasculares si son manejados adecuadamente se pueden reducir de un 35% a 40% el infarto agudo al miocardio además también con un correcto manejo se puede reducir en un 20 a 25 % y la insuficiencia cardiaca que se puede reducir hasta en un 50%, todo esto con el consecuente impacto en la actividad laboral, la economía de las familias, la sociedad, así como los recursos que las instancias de salud tienen que invertir en el manejo de este tipo de complicaciones.

En la actualidad se cuenta con una gama amplia de conocimientos para el manejo de la hipertensión arterial lo primero es detectar a los pacientes, para brindarles un manejo antes de que surjan complicaciones. Entre los niveles de tratamiento tenemos, el tratamiento no farmacológico dentro de los cuales existe la modificación de los estilos de vida y además de tomar en cuenta que cada paciente es un ente biopsicosocial por lo que de no abordar su enfoque familiar demeritaría nuestro actuar profesional. Con respecto al tratamiento farmacológico para el cual existe una amplia variedad de fármacos antihipertensivos para individualizar a nuestros pacientes de acuerdo a sus características y enfermedades concomitantes.

Así pues, la función familiar, es un factor determinante en la conservación de la salud o aparición de enfermedad entre sus miembros.

Pudiendo considerar a la enfermedad como una crisis, dada la capacidad que tiene para desorganizar a un sistema familiar y que se traduce e impacta en cada uno de sus miembros.

Es factible realizar un estudio de consultorio en donde a los pacientes hipertensos tanto en control como casos nuevos se realizará la toma rutinaria de la presión arterial con el fin de ubicarlos en controlados y descontrolados de acuerdo con las guías institucionales vigentes donde se considera controlado al paciente que registre 140/90 o menos y descontrolado por arriba de estas cifras, (sin olvidar que en los pacientes que además son diabéticos la cifra de referencia sería 130/80) haciendo los ajustes farmacológicos y no farmacológicos, en caso de ser necesario.

En lo referente a la funcionalidad familiar se aplicó individualmente el cuestionario faces III, un cuestionario sencillo de 20 preguntas, para así poder clasificar los tipos de familias de acuerdo a su funcionalidad y en los casos que resultaran altamente disfuncionales se buscaría hacer la orientación o canalizar para intervención si fuera necesario.

# OBJETIVOS

## OBJETIVO GENERAL

- Evaluar el grado de funcionalidad familiar y control de la hipertensión arterial

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Calcular el promedio de edades de los pacientes hipertensos de la Unidad de Medicina Familiar # 29 de Esperanzas Coahuila.
- Determinar la incidencia del género de esta localidad al que más afecta esta patología.
- Conocer la frecuencia de la hipertensión arterial por grupos de edades de este grupo de pacientes.
- Saber en el consultorio cual es el rango de edades de pacientes hipertensos.
- Evaluar si donde existe buena funcionalidad familiar hay más control de hipertensión arterial.
- Valorar si donde existe disfunción familiar hay más descontrol de hipertensión arterial.
- Conocer la prevalencia de familias funcionales en pacientes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar # 29 de Esperanzas Coahuila con hipertensión arterial controlada y descontrolada.
- Conocer la prevalencia de familias disfuncionales en pacientes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar # 29 de Esperanzas Coahuila con hipertensión arterial controlada y descontrolada.

# HIPOTESIS

## Hipótesis alterna

¿Los pacientes hipertensos en familias funcionales tienen mejor control de su hipertensión arterial?

## Hipótesis Nula

¿Los pacientes hipertensos en familias con riesgo para disfunción tienen mejor control de su hipertensión arterial?

# METODOLOGIA

## **A) DISEÑO DEL ESTUDIO: .observacional, transversal, descriptivo.**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO.** Se estudiarán las familias de toda la población hipertensa adscrita a la unidad UMF No 29 de Esperanzas Coahuila, los cuales son 95 pacientes con hipertensión arterial que se encuentran en tratamiento en el servicio de consulta externa de turnos matutino y vespertino en control médico mensual regular e irregular.

**LUGAR Y TIEMPO.** Villa las Esperanzas Municipio de Muzquiz Coahuila

Las encuestas se recolectaron en el mes de noviembre y diciembre 2009 con apoyo del personal de archivo clínico y del asistente médico del área de consulta externa.

## **B) TIPO y TAMAÑO DE LA MUESTRA.**

Se estudio el 100% de la población en control de hipertensión arterial adscrita a la clínica número 29 de las Esperanzas Coahuila por lo que no fue necesario hacer un cálculo de tamaño de la muestra.

Se estudiaron 95 pacientes, 94 encuestas se incluyeron en el trabajo ya que 1 por estar incompleta no fue útil.

## **C) CRITERIOS DE INCLUSIÓN EXCLUSION Y ELIMINACIÓN.**

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

1. Pacientes derechohabientes de la UMF #29
2. Que tengan 18 años o más
3. De ambos géneros

### CRITERIO DE EXCLUSIÓN.

1. Familias de pacientes en hemodiálisis
2. Familias de pacientes en protocolo de trasplante renal.
3. Familias de pacientes con hipertensión secundaria

### CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Se eliminaron del estudio los cuestionarios incompletos o incorrectos.

## **D) INFORMACIÓN A RECOLECTAR.**

DEFINICION OPERACIONAL "Funcionalidad familiar" Para fines de este estudio se consideran familias funcionales aquellas que en el sistema circunflejo de Olson y col. se encasillen en familias balanceadas, y familias disfuncionales se consideraran aquellas que se encasillen en rangos medios y extremos.

Familias Extremas según la interpretación del FACES III son aquellas que tienen alto riesgo para ser altamente disfuncionales.

Familias en Rangos Medios Según el instrumento mencionado son aquellas que tienen un moderado riesgo para ser disfuncionales.

Familias Balanceadas Las que tienen el equilibrio entre cohesión y adaptabilidad por lo tanto son las que el sistema marital percibe como funcionales.

Se recolectaron las variables sociodemograficas edad y sexo.

Para la variable control o descontrol de la T/A, se uso como cifra corte lo considerado por la guía de práctica clínica del IMSS que acepta como cifras de corte 140/90, por debajo de esta cifra se consideran controlados y por arriba de ella se considera descontrolado.

Para la variable funcionalidad familiar se empleo la El FACES III, es la tercer versión de The Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales desarrollado por (David H. Olson, Portner y Lavee, 1985).

Sus siglas en español significan Escalas Evaluativas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, Se compone de 20 ítems, 10 de los cuales evalúan la cohesión y otros 10 la adaptabilidad mediante una escala tipo Likert de cinco puntuaciones. Los niveles de adaptabilidad son: Rígido, Estructurado, Flexible y Caótico.

Los niveles de cohesión son: Desligada, Separada, Conectada y Enmarañada.

La funcionalidad se relaciona con los niveles intermedios de ambas dimensiones y la disfuncionalidad familiar con los niveles extremos de ambas dimensiones.

## **E) MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN:**

En la Unidad de Medicina Familiar # 29 de Esperanzas Coahuila donde se efectuó el estudio se solicitó autorización por parte de directivos médicos y administrativos de dicha unidad, para llevar acábo el estudio de investigación que llevará por título la funcionalidad familiar en el control de la hipertensión arterial en derechohabientes, durante el periodo agosto 2010 a marzo del 2011, con pacientes hipertensos y sus familias con el cuestionario de funcionalidad familiar FACES III, firmando previamente hoja de consentimiento informado la cual se procesará estadísticamente con dicho método.

## **F) DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES**

VARIABLE DEPENDIENTE: funcionalidad familiar, Cohesión y adaptabilidad familiar.

DEFINICION CONCEPTUAL:

1. "Funcionalidad familiar" es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, tanto normativas como paranormativas.
2. Familias Funcionales son aquellas en las que cada miembro del sistema cumple con sus roles y funciones, siendo capaces de adaptarse a las crisis que este enfrente.
3. Familias Disfuncionales de acuerdo a la cohesión serian las que están desligadas o enmarañadas, y de acuerdo a la adaptabilidad seria las que no son capaces de adaptarse a los cambios o crisis en el sistema.

DEFINICION OPERACIONAL.

1. "Funcionalidad familiar" Para fines de este estudio se consideran familias funcionales aquellas que en el sistema circunflejo de Olson y col. se encasillen en familias balanceadas, y familias disfuncionales se consideraran aquellas que se encasillen en rangos medios y extremos.
2. Familias Extremas según la interpretación del FACES III son aquellas que tienen alto riesgo para ser altamente disfuncionales.
3. Familias en Rangos Medios Según el instrumento mencionado son aquellas que tienen un moderado riesgo para ser disfuncionales.
4. Familias Balanceadas Las que tienen el equilibrio entre cohesión y adaptabilidad por lo tanto son las que el sistema marital percibe como funcionales.

ESCALA DE MEDICION. Dicotómica.

FUENTE DE INFORMACION: Cuestionario de Olson Ph FACES III, expediente clínico.

VARIABLES INDEPENDIENTES: hipertensión arterial.

DEFINICION CONCEPTUAL.

La HTA es una enfermedad crónica, controlable de etiología multifactorial, caracterizada por aumento sostenido de las cifras de presión arterial (PA), presión sistólica (PS) igual o mayor a 140 mmHg y/o presión diastólica (PD) igual o mayor a 90 mmHg.

## DEFINICION OPERACIONAL.

Pacientes Hipertensos controlados los que registre cifras en 140/90 o menos y en caso de ser diabéticos 130/80 o menos.

Pacientes Hipertensos descontrolados los que registre cifras en 140/90 o mas y en caso de ser diabéticos 130/80 o mas.

FUENTE DE INFORMACION: Rosas MP, y cols. Re-encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENAHTA): Consolidación Mexicana de los Factores de Riesgo Cardiovascular. Cohorte Nacional de Seguimiento 2005. Arch. Cardiol.75 (1):96-111

Expediente clínico. Encuesta

## OTRAS VARIABLES INDEPENDIENTES

Se recolectaron datos como edad y sexo.

### EDAD:

Edad cronológica. Es la edad del individuo en función del tiempo transcurrido desde el nacimiento. Es por tanto la edad en años

Edad biológica. Es la que se corresponde con el estado funcional de nuestros órganos comparados con patrones estándar para una edad. Es por tanto un concepto fisiológico.

### SEXO:

Se define como la “propiedad según la cual pueden clasificarse los organismos de acuerdo con sus funciones reproductivas”. La Real Academia\*\*, refiere al sexo como la “condición orgánica que distingue al macho de la hembra, en los animales y en las plantas”.

FUENTE DE INFORMACIÓN: <mailto:saludalia@saludalia.com> diccionario de la real academia española.

## **G) CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Este protocolo fue sometido al comité local de investigación #24 y se obtuvo de cada participante el consentimiento informado conforme a la Declaración de Helsinki en sus principios básicos del 6 al 9 y de la Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 vigente en los artículos 13,15,16,17,18,19,20,21,22. En donde se incluyo a todo el universo de trabajo de los pacientes hipertensos de la unidad de medicina familiar numero 29 de las esperanzas Coahuila, se les dio una explicación clara y completa, de tal forma que pudiera comprenderla en la justificación y objetivos de la investigación, sus beneficios y riesgos o molestias que pudiera ocasionar, el destino final (educativo) de los resultados que se obtendrían.

Libertad para otorgar su consentimiento por escrito con por dos testigos y del cual ellos tendrían una copia, manteniendo su identificación en confidencialidad. Prevaleció el criterio de respeto y dignidad, protección de derechos y bienestar de cada participante.

# RESULTADOS

En la Unidad de medicina familiar # 29 de la Villa de las esperanzas, Coahuila se realizó el estudio de corte transversal, descriptivo y observacional con 94 pacientes hipertensos en donde se investigo su funcionalidad familiar.

**En cuanto a la variable edad:** la moda fue 59, la media fue de 54 y el promedio de edad de 56 años, con un rango de edades de 29 a 79 años. Anexo 3. (Tabla 1).

**Respecto al Género:** 41 personas pertenecían al sexo masculino y 53 al sexo femenino. Anexo 4. (Grafica 1).

**Ordenando por grupos de edad tenemos:** de 20 a 29 años 1 paciente, de 30 a 39, 4 pacientes, de 40 a 49 años, 17 pacientes, 50 a 59 años, 36 pacientes, 60 a 69, 32 pacientes y de 70 a 79 años, 4 pacientes, (Grafica 2).

**Al analizar los datos arrojados del Faces III.** Encontramos Caótica-Desligada 0, Caótica-Semirelacionada 0, caótica-relacionada 1, caótica-aglutinada 0, flexible-desligada 1, flexible-semirelacionada 0, flexible-relacionada 5, flexible-aglutinada 0, estructurad-desligada 4, estructurada-semirelacionada 30, estructurada-relacionada 33, estructurada-aglutinada 0, rígida-desligada 11, rígida-semirelacionada 5, rígida-relacionada 4, rígida-aglutinada 0. (Tabla 2).

Al encasillar la cohesión y adaptabilidad en el cuadro circunflejo **del Faces III** se encontró que 68 familias son balanceadas, 15 familias se encasillaron en rangos medios y 11 familias se encontraron en extremos.

Y finalmente para obtener la funcionalidad, como se interpreta el instrumento las familias balanceadas son las que podemos clasificar como funcionales que fueron 68, y las de rangos medios moderadamente disfuncionales 15, y las familias extremas altamente disfuncionales 11. Tabla 3

En la **Hipertensión** se encontró pacientes hipertensos controlados 77 (81.9%) y 17 descontrolado (18.1%), (grafica 3)

Al relacionar los resultados de pacientes hipertensos controlados y pacientes hipertensos descontrolados, con familias funcionales o disfuncionales se colocaron en una tabla de 2 por 2 encontrando que:

De los pacientes controlados que en su totalidad son 77, 65 pertenecen a familias funcionales y 12 a familias disfuncionales. (Grafica 4 y tabla 4)

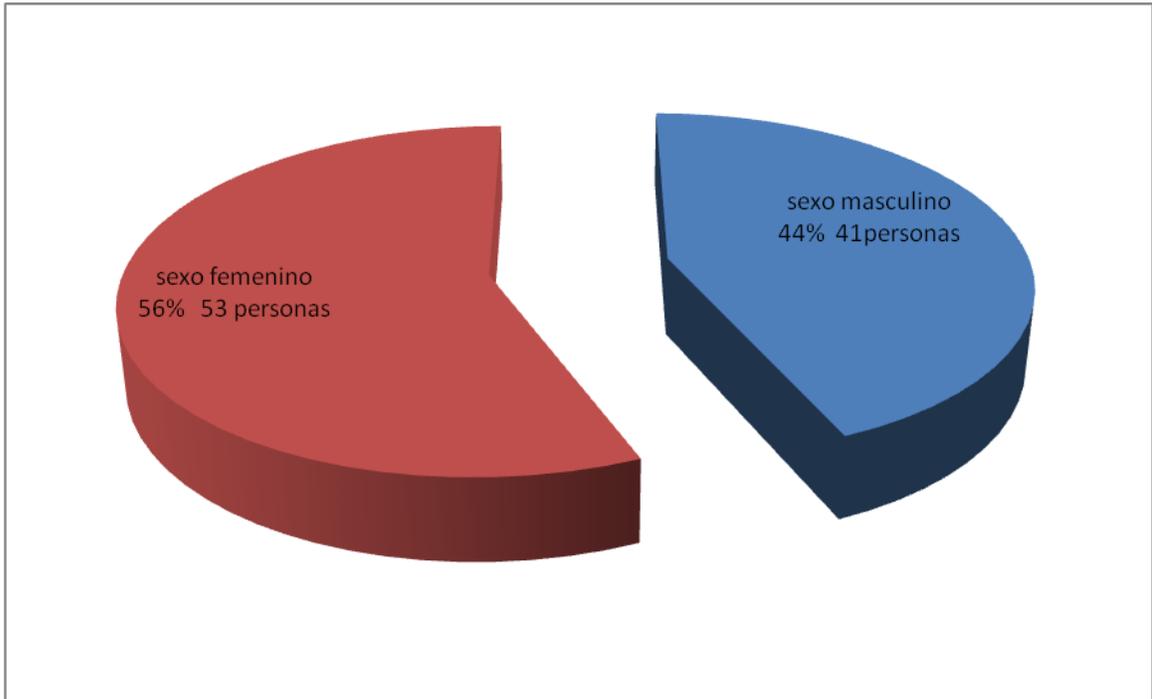
Y de los pacientes descontrolados que son 17, donde 3 de ellos son de familias funcionales y 14 son de familias disfuncionales. (Tabla 4Y 5)

# TABLAS Y GRAFICAS

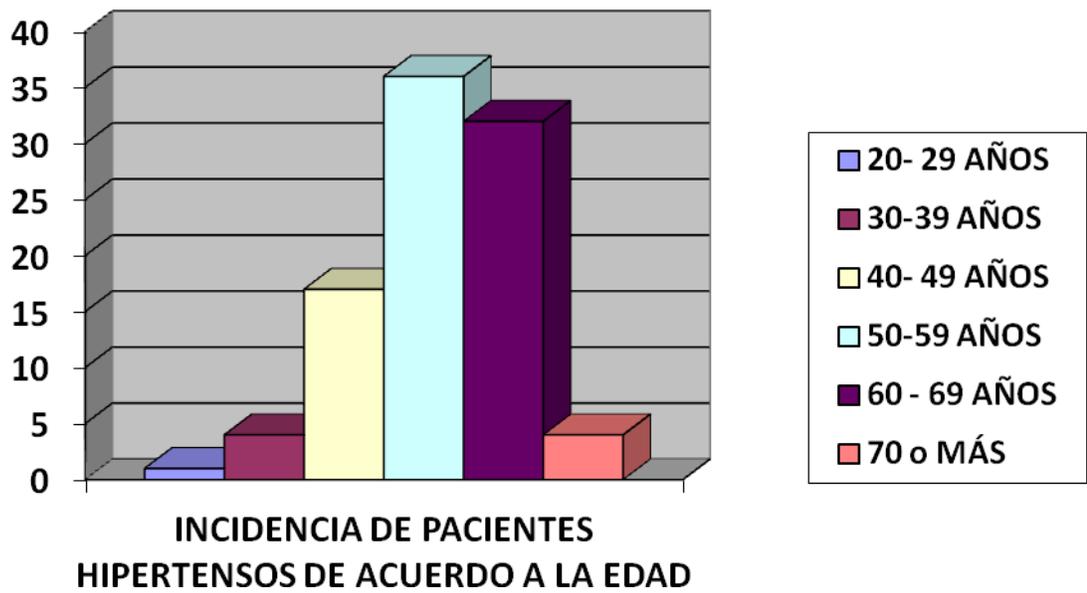
**Tabla 1.** Universo de trabajo 94 pacientes con: Moda 59 años, media 54 años, promedio 56 años, y rango de 29 a 79 años.

Moda	59 años
Media	54 años
Promedio de edad	56 años
Rango de Edad	29 a 79 años.

Grafica 1. Grupos por Género.



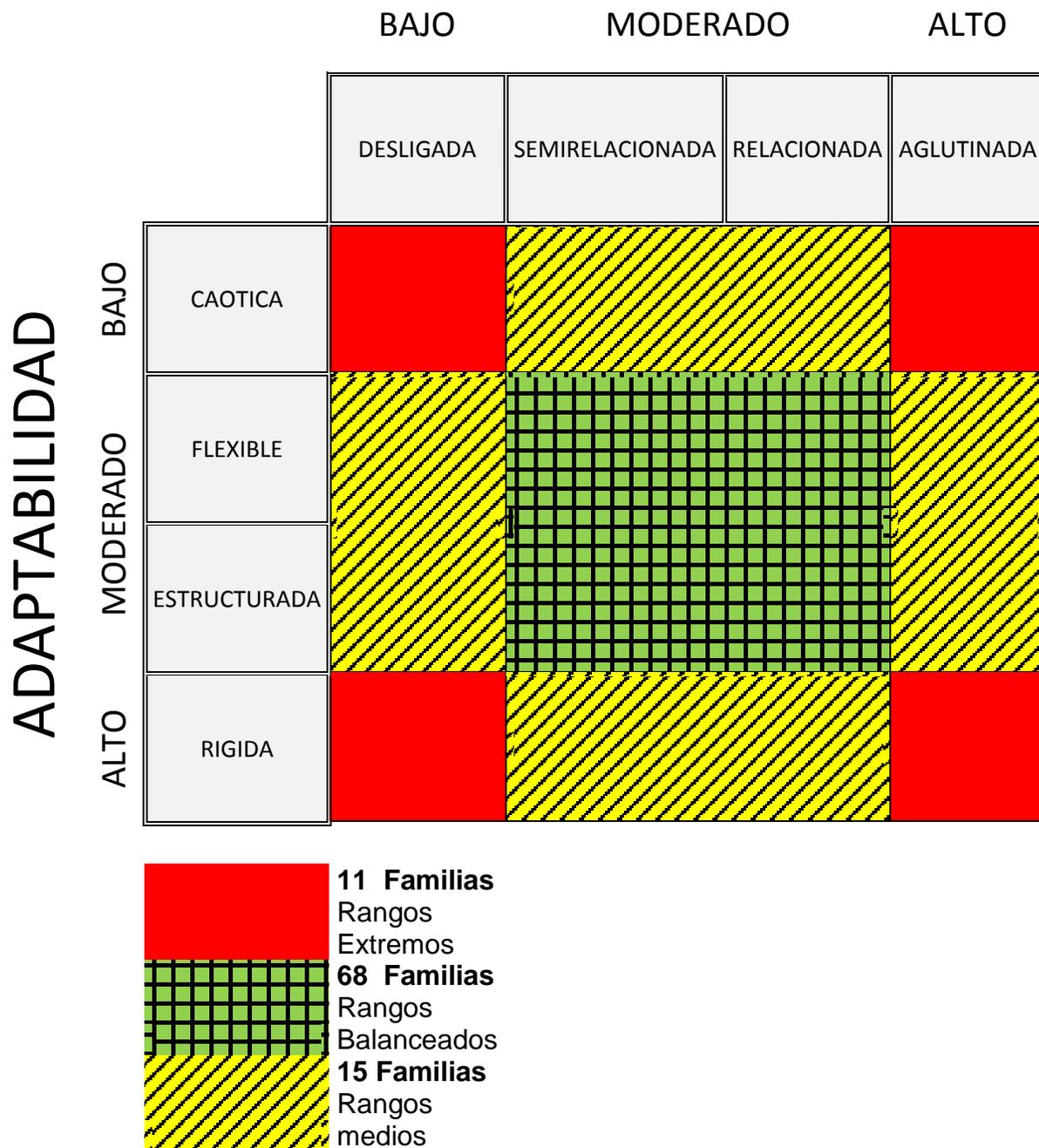
Grafica 2. Grupo etáreos.



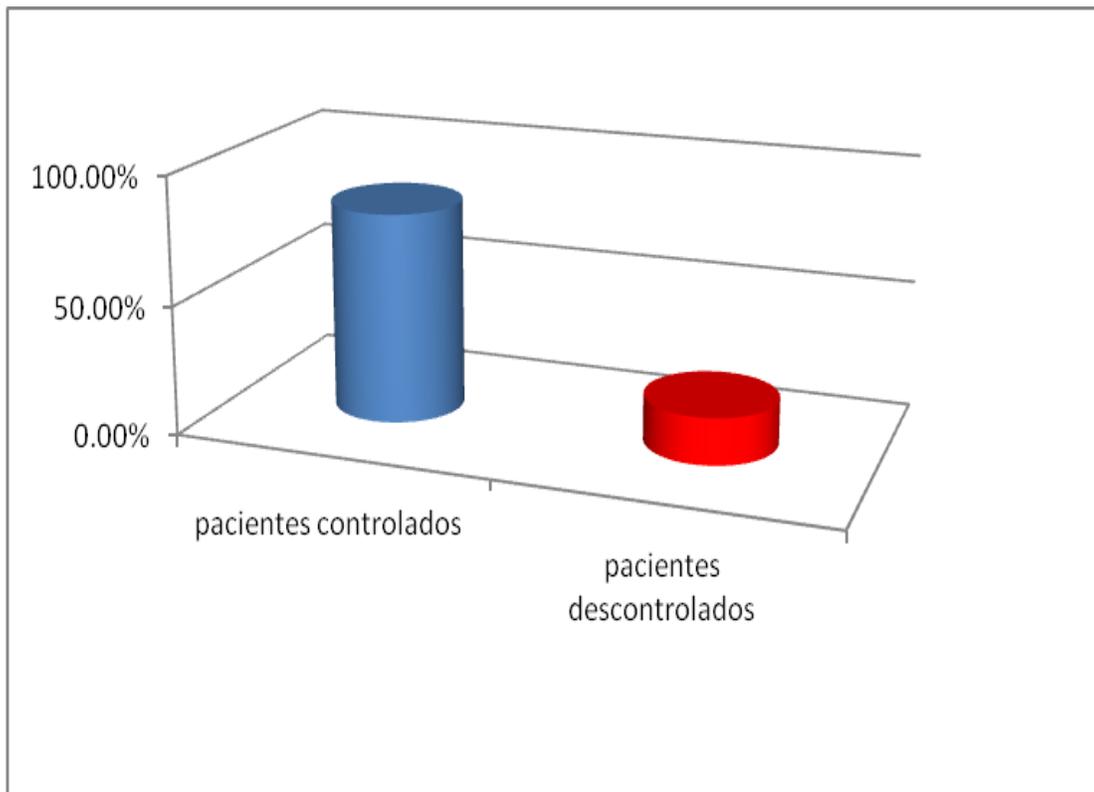
**Tabla 2.** Demuestra la correlación entre adaptabilidad y cohesión familiar.

		COHESION				
		BAJO	MODERADO	ALTO		
		DESLIGADA	SEMIRELACIONAD A	RELACIONADA	AGLUTINADA	
ADAPTABILIDAD	BAJO	CAOTICA	Caóticamente Disgregada	Caóticamente Semirrelacionada	Caóticamente Relacionada <b>1 familia</b>	Caóticamente Aglutinada
	MODERADO	FLEXIBLE	Flexiblemente Disgregada <b>11 familias</b>	Flexiblemente Semirrelacionada	Flexiblemente Relacionada <b>5 familias</b>	Flexiblemente Aglutinada
	MODERADO	ESTRUCTURAD A	Estructuralment e Disgregada <b>4 familias</b>	Estructuralmente Semirelacionada <b>30 familias</b>	Estructuralment e Relacionada <b>33 familias</b>	Estructuralment e Aglutinada
	ALTO	RIGIDA	Rígidamente Disgregada <b>11 familias</b>	Rígidamente Semirrelacionada <b>5 familias</b>	Rígidamente Relacionada <b>4 familias</b>	Rígidamente Aglutinada

**Tabla 3.** Cuadro circunflejo donde se demuestran familias en rangos balanceados. Medios y extremos.



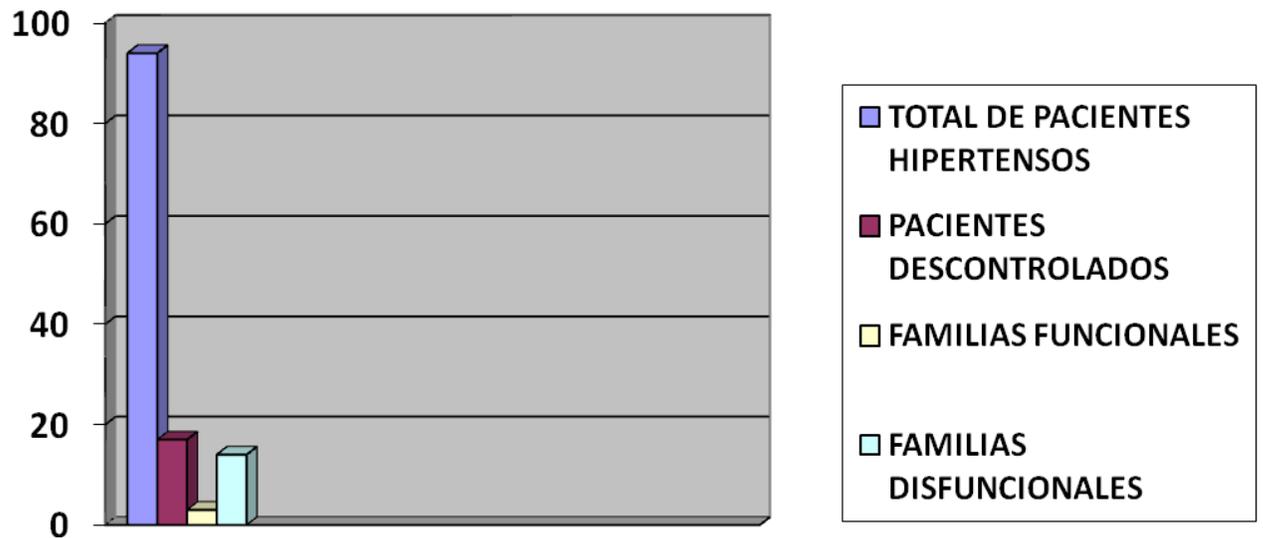
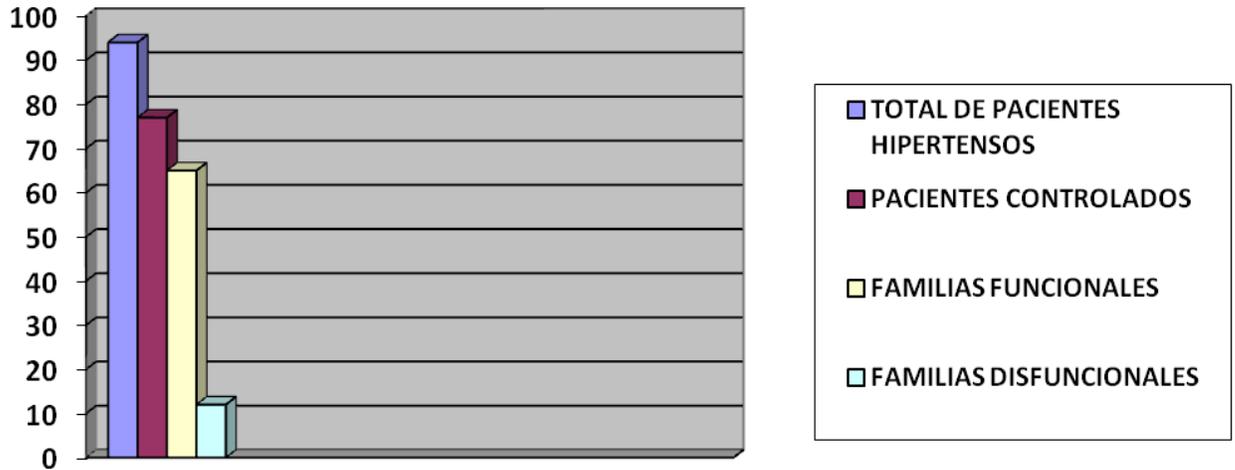
**Grafica 3** .En esta grafica se denota el mayor número de pacientes de controlados y descontrolados en cuanto a Hipertensión Arterial Sistémica



**Tabla 4.** Correlación de porcentajes entre funcionalidad familiar y el control de la hipertensión arterial.

Hipertensión Arterial Sistémica	Familias Funcionales	Familias Disfuncionales	Total Familias
Pacientes Controlados	65 pacientes (84.5% de los pacientes) 95.5% Controlados	12 pacientes (15.5% de los pacientes) 46,2% Controlados	77 pacientes (100% de los pacientes controlados) 81.9% Controlados
Pacientes Descontrolados	3 pacientes (17.6% de los pacientes) 4.5 % pacientes descontrolados	14 pacientes (82.4% de los pacientes) 53.8% pacientes descontrolados	17 pacientes (100% de los pacientes descontrolados) 18.1% Controlados
Total	68 pacientes	26 pacientes	94 pacientes

**Grafica 4 Y 5.** Correlación entre control de pacientes y funcionalidad familiar.



# ANÁLISIS DE RESULTADOS

De las 94 familias con paciente hipertenso. El rango de edades de esta población es de 29 a 79 años, la frecuencia más alta de edades de hipertensos es, el grupo de 50 a 59 años, similar al los datos observados en los pacientes hipertensos de otros consultorios, los mas jóvenes por lo general desconocen o no prestan atención a su patología y las edades después de 60 años algunos ya nos han dejado.

Por género también podemos analizar que el género femenina es mayor que la masculina. 56% para la primera y 44% para la segunda, lo que en general nos deja visualizar que las mujeres prestan más atención o por su rol de cuidador son las que tienen más contacto con las instalaciones de salud.

El porcentaje de control de grupo de pacientes hipertensos en este corte transversal es de 81.9 % y solo un 18.1% se encuentran descontrol. En la literatura en centros especializados se reportan datos de hasta un 50% de control. En este caso estamos hablando de un grupo cautivo de pacientes que regularmente acude a sus controles mensuales, siguen las indicaciones y otros factores pudieran ser la vida tranquila de esta villa alejada de la contaminación, el estrés, el ruido de las grandes urbes, etc. Además de que los pacientes de difícil control o que se sospecha de HTA secundaria, son enviados a las clínicas de apoyo de segundo nivel.

La funcionalidad familiar en este tipo grupo de pacientes se encontró 72% de familias funcionales y 28% de disfuncionales. Al comparar los resultados sobre la funcionalidad familiar, en la literatura encontramos datos muy variables, de un autor a otro, esto también depende de si la funcionalidad se obtuvo de familias por obiedad disfuncionales, como en el caso de alcohólicos y/o drogadictos, así como el instrumento que se utilizo, para la medición. En 3 tesis de esta misma sede en donde se utilizo también el FACES III, coincidimos en que la mayor proporción es de familias funcionales, en mas del 60%, mientras que en una tesis reportada en Colima donde se utilizo el APGAR Familiar el mayor numero de familias fue las disfuncionales con 65%.

Aunque en este ultimo trabajo donde también estudiaron el control de la HTA con la funcionalidad familiar también coincidimos en que las familias funcionales tienen mejor control de su patología.

En el trabajo, al analizar la funcionalidad familiar con el control de la hipertensión arterial, se encontró que: Del grupo de pacientes controlados 84.5% pertenecen a familias funcionales, y solo 15.5% de este grupo de pacientes pertenecen a familias disfuncionales.

Y del grupo de pacientes descontrolados se encontró invertida la ecuación el 17.3% de los pacientes pertenecen a familias funcionales y el 82.4 pertenecen a familias disfuncionales.

En la literatura en muchos estudios se ha demostrado, la mayor frecuencia de disfunción familiar y mal control o falta de apego a los tratamientos.

Cabe mencionar que en la población estudiada existen 2 diferentes etnias culturales, tal es el caso de pacientes hipertensos con origen directo del Japón y de un paciente que pertenece a una familia musulmana que a pesar de indicaciones y sugerencias medicas otorgadas, continúan a decir de familiares con hábitos y costumbres de su país de origen los cuales predominan sobre las indicaciones que se dan (dieta, sedentarismo y algunos remedios herbolarios)

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En el presente estudio se concluye que el rango de edades de los pacientes que acuden regularmente a el control de su hipertensión en esta unidad es de 29 a 79 años de edad, como la literatura nos menciona que mas de la mitad de los pacientes con esta patología lo desconoce, debemos hacer búsqueda intencionada en la población principalmente la que nunca acude a los servicios de la unidad ya que en los que acuden por rutina generalmente se les realiza la toma de su T/A.

Esta patología como ya se menciona y se demuestra en este estudio crece exponencialmente conforme avanza la edad y decrece después de la sexta década de la vida debido a que es cuando la población mayormente fallece. Aquí la recomendación seria cambiar los estilos de vida nocivos desde las primeras fases de la enfermedad para disminuir los riesgos y no esperar en etapas tardías donde junto con otras patologías favorezcan las enfermedades cardiovasculares terminales.

En cuanto a la funcionalidad familiar el medico familiar es quien tiene el privilegio de ver no solo a individuo en su totalidad, sino además como parte integrada de un grupo mas complejo, su familia e incidir en ella con el fin de mejorar su salud y bienestar y/o favorecer el mejor control de las enfermedades controlables como en este caso la hipertensión arterial.

En este estudio se puede observar un logro bastante amplio en el control de la hipertensión arterial, y se encuentra una clara asociación entre el control y la funcionalidad familiar, claro hay muchos factores que no tomamos en cuenta, y que indudablemente, influyen es estos resultados, lo que si queda manifiesto que para lograr un buen control de las comórbilidades en este caso la HTA hay que involucrar a la familia para que no trabaje solo como un ente aislado sino que sea comprendido y apoyado por su familia. Cabe mencionar que para futuros estudios se debe de trabajar mas apegado al procedimiento de la toma de la HTA como lo marca la norma y verificar a la buena calibración de los aparatos.

Esto se llevará a cabo solo cuando el personal de salud en general, y el médico familiar en particular, enfrenten de forma directa el problema de tener que modificar un modelo de atención basado solo en un enfoque biológico a otro de tipo integrador en el que se considere al individuo como unidad biopsico-social o bien dicho no solo como relación médico - paciente sino relación médico-paciente- familia.

Y más que nada que no existe la cultura suficiente para darnos el valor de que somos médicos especialistas no de un individuo sino de un grupo de personas o miembros de un hogar emparentados entre sí, con el que debemos de interactuar ya que formamos parte de dicho el trinomio (médico - paciente – familia), seguiremos viendo al paciente con un enfoque individualista, biomédico totalmente olvidándonos de esa gran célula vital de nuestra sociedad como lo es la familia.

La propuesta sería continuar fomentando la capacitación y motivación en el personal de atención primaria, y muy en especial en el médico familiar, para que ofrezca una atención no solo de calidad científica, sino además con una fuerte carga humanista. Para así poder superar las barreras en su comunicación con el paciente, su familia y poder educarlo para el auto cuidado de su salud, logrando la adecuada empatía para poder mejorar el apego a su tratamiento.

# BIBLIOGRAFIA

- 1- Rosas MP, y cols. Re-encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENAHTA): Consolidación Mexicana de los Factores de Riesgo Cardiovascular. Cohorte Nacional de Seguimiento Arch. Cardiol. 75(1):96-111, año 2005.
- 2- Kearney PM, Whelton M, Reynolds K. Global burden of hypertension: Analysis of worldwide data. Lancet. 365: 217-23. 2005.
- 3- Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Ávila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. Pag.80-81. 2006
- 4- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Coahuila. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud, pag. 65-66, 2007
- 5- Arrivillaga M, Cáceres RD, Correa D y Col. ¿puede una intervención biopsicosocial reducir en la población los niveles de presión arterial? Rev Fac Med Unam. 8 (1); 20-27. 2006.
- 6- Guerrero RJ, Rodríguez MM. Prevalencia de hipertensión Arterial y factores asociados en la población rural marginada. Salud pública de México, 40 (4): 339-345. 1998
- 7- Wing LM, Reid CM, Ryan P et al. Second Australian National Blood Pressure Study Group. A corporation of outcomes with angiotensin-converting-enzyme inhibitors and diuretics for hypertension in the elderly. N Eng J Med; (7): 583-592. 2003.
- 8- Joint National Committee on Prevention Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The seven report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Arch Intern Med. 2003; 157: 2413-2446. Traducción: DR. Rafael Molina, Dr. Juan Carlos Martí, Grupos de HTA de semFYC y SAMFyC. Pr ABSTRACT
- 9- Mosterd A, D Agostino RB, Silbershatz H, et al. Trends in the prevalence of hypertension antihypertensive therapy, and left ventricular hypertrophy from 1950 to 1989. N Engl J Med; 340 (16): 1221-7. 1999.
- 10- Fernández OMA. El impacto de la Enfermedad en la Familia. Rev. Fac Med. UNAM; 47 (6); 251-254. Nov. - Dic. 2004.
- 11- Ortiz MTG; Louro LB, Jiménez CL y Col. La salud familiar. Caracterización en un área de salud. Rev. Cubana Med Gen Integr; 15(3):303-9. 1999.
- 12- Comité Organizador del consejo de Medicina Familiar Conceptos básico para el estudio de las Familias. Archivos de Medicina familiar; 7 (1): 15-19.2005.
- 13- Herrera PMS. La Familia Funcional y Disfuncional, un indicador de salud, Rev. Cubana Med Gen Integr; 13 (6): 591-595. 2002.

- 14- Ortega AA, Fernández VAT, Osorio PMF. Funcionamiento Familiar. su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma. Rev. Cubana Med Gen Integr; 19(4): 9-10. 2003.
- 15- Rangel JL, Valero L, Patiño J Y Col. Funcionamiento familiar en la adolescente embarazada. Rev. Fac. de Med UNAM; 47 (1) 24-26. 2004.
- 16- Varela RFJ. Disfunción Familiar en Hiperfrecuentadores de atención primaria. Fundamentos de Med Familiar; 1 (2): 14-144. 2000.
- 17- Gómez CFJ. Diagnostico de salud Familiar. Fundamentos de Medicina Familiar 7ma ed.: 103-140. . 2000
- 18- González BL. Reflexiones acerca de la salud familiar. Rev. Cubana Med Gen; 16(5): 5080-512. 2000.
- 19- De la Revilla L, De los Ríos AM, La Utilización de servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. Atención primaria; 13(2):73-76. 1994.
- 20- Huerta Mn, Valadés RB, Sánchez EL, Frecuencia de disfunción Familiar en una clínica de Medicina Familiar del ISSSTE en la ciudad de México. Arch Med Fam. 3(4):95-98. 2001.
- 21- Huerta González José Luis., Medicina Familiar: La Familia en el proceso salud-enfermedad. El estudio del la Salud Familiar. Primera edición. México D.F. Editorial Alfil, S.A. de C.V., 2005. Pag 56-117.
- 22- León Anzures R, Chávez Aguilar V, García Peña M.C, Pons Álvarez O. N. Medicina Familiar Edit Corinter 2008; pp.227-271.
- 23- Mendoza-Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez HF, Pérez-Hernández C. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. 2006; 8(1):27-32.
- 24- Del Valle G F. Uso de la escala de evaluación y adaptabilidad y cohesión familiar faces III en población clínica de un equipo de intervención en crisis. Comité de docencia e investigación-Hospital Central de San Isidro-residencia de Psicología región sanitaria x.
- 25- Ponce Rosas ER et al. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México) aten primaria 2002; 30(10): 224-230.

26- *Gómez-Clavelina FJ*, *Ponce-Rosas ER*, *Irigoyen-Coria AE*. *FACES III: Alcances y Limitaciones. Atención Familiar* Originales breves Propuesta en desarrollo por la coordinación de investigación del DMF/UNAM

# ANEXOS

## Anexo 1.

### DATOS GENERALES

Datos de identificación:

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_

Patologías asociadas \_\_\_\_\_

T/A \_\_\_\_\_ Controlado ( )      Descontrolado ( )

**Anexo 2.**

## FACES III

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

**Anexo 3.****CRONOGRAMA.**

Dr. Arturo Crispín Castillo

UMF. # 29 ESPERANZAS COAHUILA.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.**

Actividades.	Ago 10	Sep 10	Oct 10	Nov. 10	Dic. 10	Ene. 2011	Feb. 2011	Marzo 2011
Surgimiento de las ideas.	x							
Marco teórico.		x	x					
Planteamiento del problema.			x					
Justificación.			x					
Metodología.			x					
Aplicación de Encuestas.					x			
Interpretación de datos.					x			
Corrección de trabajo escrito.						x	x	
Terminación del trabajo.								x

## Anexo 4.

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y Fecha----Septiembre 2009

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. Registrado ante el comité local de investigación o la cnic con el numero-----506-----el objetivo del estudio es : Evaluar el grado de funcionalidad familiar y control de la hipertensión arterial.

se me ha explicado que mi participación consistirá en:-----Contestar una )----- Encuesta declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes;----- sin ningún inconveniente para mi solo lo que significa llenar la encuesta. -El investigador responsable se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención medica que recibo del investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer al respecto a mi permanencia en el mismo.

-----  
Nombre y firma del paciente

Dr. Arturo Crispín Castillo

Nombre, firma y matricula del investigador Responsable

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio. TELÉFONO; 01 8641 008182

Testigos;

-----  
Testigo

-----  
Testigo