



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



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA**

U.M.F No. 24

CD. MANTE, TAMS.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL PACIENTE HIPERTENSO EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 34, ANTIGUO MORELOS,
TAMAULIPAS**

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

PRESENTA:

**ANA ELIZABETH ZAPATA MEDINA
MEDICO FAMILIAR**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 PACIENTE HIPERTENSO EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 34, ANTIGUO MORELOS,
TAMAULIPAS**

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

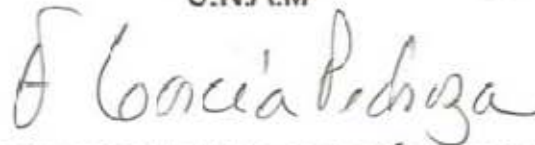
PRESENTA

ANA ELIZABETH ZAPATA MEDINA
MÉDICO FAMILIAR


AUTORIZACIONES:



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVALINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINACION DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M



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

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL PACIENTE HIPERTENSO EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 34, ANTIGUO MORELOS,
TAMAULIPAS**


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

ANA ELIZABETH ZAPATA MEDINA
MÉDICO FAMILIAR

AUTORIZACIONES:



DR. FELIPE GUARNEROS SÁNCHEZ
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS.



DRA. BEDA LETICIA GERARDO HERNANDEZ
PROFESOR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
U.M.F No. 24



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

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

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 2802
U MED FAMILIAR NUM 77, TAMAULIPAS

FECHA 27/04/2011

DR. FELIPE GUARNEROS SÁNCHEZ

PRESENTE


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

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL PACIENTE HIPERTENSO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 34 DE ANTIGÜO MORELOS, TAMAULIPAS

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

Núm. de Registro
R-2011-2802-3

ATENTAMENTE


DR. (A) MARÍA DOLORES GARCÍA CASTILLO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 2802



IMSS

TELÉFONO 55 53 48 41 41 FAX 55 53 48 41 42

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco en primer lugar al Dr. Felipe Guarneros Sánchez, Jefe de Enseñanza y Coordinador de Educación Médica e Investigación de la Unidad de Medicina Familiar No. 24, por su enseñanza, apoyo incondicional, durante mi Residencia Médica de Medicina Familiar, por ser ejemplo viviente de un Excelente Médico Familiar, por su contribución y colaboración, sin cuyo apoyo ésta Tesis nunca hubiera visto la luz.

Agradezco a la Dra. Beda Leticia Gerardo, Coordinadora de la Residencia de Medicina Familiar, por su enseñanza, su confianza en mí, y por su amistad incondicional de largos años.

Agradezco a mis Adscritos de la Residencia: Dr. Jesús Almazán Cortez, Dr. Martín Loredó, Dr. Raymundo Palma Cuacuamoxtla, Dr. Saúl Sánchez, Dr. Aureo Tello Lara, Dra. Ma. Eugenia Segura, Dr. Teodoro García, Dr. Gastón Rodríguez, Dra. Adriana Infante, Dr. Carlos Eduardo Rangel Aranda, Dr. Segura Smith, Dra. Beatriz Bustamante, Dr. Pedro Salinas Franco, Dr. César Heredia Guzmán, Dra. Emma Adriana Flores Cobos, Dr. Jorge Inzunza Ortíz, a todos ellos por su brillante enseñanza, por compartir sus conocimientos y experiencias, por inculcarme disciplina, apego al estudio y amor por la Medicina.

Agradezco a la Dra. Martha Idalia Rodríguez Medina, Jefa de Enseñanza del Hospital General No.3, por su enseñanza, por brindarme su apoyo y regalarme su amistad, durante estos 3 años de la Residencia.

A todos los Médicos mencionados, gracias por regalarme su tiempo tan valioso, e invertir en mí sus conocimientos y experiencias, tanto laborales como personales, me llevo el mejor ejemplo de ellos, además de ser Excelentes Médicos, son Excelentes Personas, su ejemplo me da la convicción de ser una buena Especialista en mi rama de Medicina Familiar.

Agradezco al Dr. Víctor Manuel Elizalde González, compañero y entrañable amigo desde la UMF 27, de la Ciudad de Ocampo, y ahora compañero de la Residencia Médica, por su apoyo incondicional.

Agradezco a la Dra. Tomy Castillo Ramírez, ahora compañera de la Residencia Médica, por brindarme su apoyo y regalarme su amistad, compartiendo buenos momentos.

Agradezco en especial a mi Familia, a mi Esposo el Dr. Víctor Hugo Camacho Navarro compañero de mi vida, por su apoyo, amor y comprensión incondicional, a mis Padres Sr. Camilo Zapata Hernández y Sra. Lidia Medina Torres, por su apoyo incondicional, por su confianza en mí, por su tiempo

invertido en el cuidado de mis hijos, para que yo pudiera realizar mis estudios, por su tolerancia, por su cariño, por sus cuidados y amor hacia mí persona.

Agradezco a mis hijos Víctor Hugo y Diego Alexis Camacho Zapata, por su comprensión a pesar de su corta edad, de lo importante que es la Residencia Médica, gracias por su amor incondicional, gracias nuevamente.

DEDICATORIA:

Dedico la presente Tesis a mi Familia, a mi Esposo el Dr. Víctor Hugo Camacho Navarro, compañero de mi vida, por su gran apoyo, amor y comprensión incondicional, a mis Padres el Sr. Camilo Zapata Hernández y Sra. Lidia Medina Torres, por su apoyo incondicional, por su confianza en mí, por su tiempo invertido en el cuidado de mis hijos, para que yo pudiera realizar mis estudios, por su tolerancia, por su gran cariño, por sus cuidados y amor hacia mi persona, además de inculcar en mí valores y principios desde mi niñez, e inculcarme el gran respeto por el estudio, que inclino mi vocación por la Medicina.

Además con dedicatoria especial para mis hijos **Víctor Hugo y Diego Alexis Camacho Zapata**, por su comprensión a pesar de su corta edad 6 y 3 años respectivamente, de lo importante que es la Residencia Médica, gracias por su respeto en el tiempo invertido durante esta Especialidad y gracias por su amor incondicional, que es el motor que mueve mi vida y me motiva a ser mejor persona en todos los sentidos y mejor Médico.

ÍNDICE

I. MARCO TEÓRICO.....	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
III. JUSTIFICACIÓN	18
IV. OBJETIVOS (GENERAL Y ESPECÍFICOS)	19
V. METODOLOGÍA	20
A) TIPO DE ESTUDIO	
B) POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO	
C) TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRA	
D) PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN	
E) CRITERIOS DE SELECCION	
F) MUESTRA	
G) ANÁLISIS ESTADÍSTICO	
VI. CONSIDERACIONES ETICAS	23
VII. DEFINICION DE VARIABLES	24
VIII. RESULTADOS	25
IX. DISCUSION	31
X. CONCLUSION	34
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
XII. ANEXOS.....	40

I. MARCO TEORICO.

La Hipertensión Arterial Sistémica constituye una de las enfermedades crónicas no transmisibles, con más prevalencia en México como en toda Latinoamérica (1,2,3).

En la actualidad, afecta a más de 1 billón de personas en el mundo, y más que una enfermedad, es un factor de riesgos con nefastas consecuencias cardiológicas y cerebro-vasculares si no se controla (1,2).

Es un padecimiento crónico de etiología variada y que se caracteriza por el aumento sostenido de la presión arterial, ya sea sistólica, diastólica o de ambas. En el 90% de los casos la causa es desconocida por lo cual se le ha denominado hipertensión arterial esencial, con una fuerte influencia hereditaria. En 5 a 10% de los casos existe una causa directamente responsable de la elevación de las cifras tensionales y a esta forma de hipertensión se le denomina hipertensión arterial secundaria (1).

Se denomina hipertensión arterial sistólica cuando la presión sistólica es mayor de 150 mm Hg y la diastólica es menor de 90 mm Hg. En los últimos tiempos se ha demostrado que las cifras de presión arterial que representan riesgo de daño orgánico son aquellas por arriba de 140 mm Hg para la presión sistólica y de 90 mm Hg para la presión diastólica, cuando éstas se mantienen en forma sostenida. Por lo tanto, se define como hipertensión arterial cuando en tres ocasiones diferentes se demuestran cifras mayores de 140/90 mm Hg en el consultorio o cuando mediante monitoreo ambulatorio de la presión arterial se demuestra la presencia de cifras mayores a las anotadas más arriba, en más del 50% de las tomas registradas (1,2).

La hipertensión arterial ocasiona daño a diversos órganos y el grado de éste y el tiempo requerido para que aparezcan se relacionan directamente con el grado de hipertensión arterial (1).

La hipertensión arterial es un estado patológico caracterizado por un aumento de la tensión arterial por encima de los valores normales. Un adulto es hipertenso cuando tiene tensiones arteriales permanentemente elevadas, por encima de 140-90 mm Hg.(4)

En tal caso las cifras altas pueden deberse a un factor transitorio, como el ejercicio físico inapropiado previo, una sobrecarga o estrés emocional pasajeros, la ingestión inadvertida de alguna sustancia hipertensora, una incorrección técnica durante la medición, etc.(2).

LA HIPERTENSION ARTERIAL:

Hipertensión es el término que los médicos utilizan para la presión arterial alta. Las lecturas de la presión arterial se miden en milímetros de mercurio (mmHg) y generalmente se dan como dos números. Por ejemplo, 140 sobre 90 (escrito como 140/90). (1)

- El número superior corresponde a la presión sistólica, la presión creada cuando el corazón late. Se considera alta si constantemente está por encima de 140.
- El número inferior corresponde a la presión diastólica, la presión dentro de los vasos sanguíneos cuando el corazón está en reposo. Se considera alta si constantemente está por encima de 90.

Cualquiera o ambos números pueden estar demasiado altos.

La pre-hipertensión es cuando la presión arterial sistólica está entre 120 y 139 o la presión arterial diastólica está entre 80 y 89 en múltiples lecturas. La persona que presenta pre-hipertensión tiene mayor probabilidad de desarrollar presión arterial alta en algún momento (5). La Hipertensión Arterial o HTA se define como la elevación persistente de las cifras de tensión arterial sistólica igual o por encima de 140 mm Hg y/o tensión arterial diastólica igual o superior a 90 mm Hg (10).

La elevación de las cifras tensionales por encima de los valores determinados como normales constituye uno de los problemas de salud más frecuentemente observados en la población cubana. Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de la prevalencia de la hipertensión arterial en la población del área que atiende el Policlínico-Facultad "Josué País García" de Santiago de Cuba, desde enero hasta diciembre de 1996, cuyo universo estuvo constituido por 1 424 hipertensos que viven actualmente en el área y del cual se tomó una muestra al azar simple de 260 pacientes. Se aplicó un modelo de encuesta donde se recogieron variables de interés: sexo, edad, evaluación nutricional, color de la piel, ocupación y factores de riesgo de la enfermedad. Entre los resultados más importantes figuran una prevalencia de 7,2 %, una mayor frecuencia en el sexo femenino, en el grupo etario de 30-39 años y en los individuos de piel negra en ambos sexos; la mayoría de los pacientes fueron evaluados de normopeso y los 3 factores de riesgo más relevantes fueron el hábito de fumar, dieta con aumento de sodio y grasa saturada y el alcoholismo. Se concluye que en el área estudiada la prevalencia de hipertensión arterial resultó más baja que la informada en otras investigaciones llevadas a cabo en el ámbito nacional (4).

Desde los grandes estudios epidemiológicos de la segunda mitad del siglo en adelante, la hipertensión arterial (HTA) es reconocida como uno de los principales factores de riesgo (FR) de enfermedad cardiovascular ateromatosa. Posteriores estudios poblacionales, en distintos países del mundo, permitieron evaluar la difusión de esta enfermedad y sus distintos comportamientos étnicos y raciales. En los EEUU se calcula que uno de cada cuatro individuos la padece, siendo mayor la prevalencia y la severidad de las secuelas en los sujetos de raza negra y menor en los de descendencia hispana 3. Evaluada como factor de riesgo cardiovascular aterosclerótico, puede decirse que por sí sola incrementa el riesgo dos a tres veces. Debido a su alta prevalencia y a la posibilidad de medir sus efectos, puede considerarse que el 35% del riesgo de manifestaciones cardiovasculares de aterosclerosis es atribuible a la HTA (9).

Nuestro país se encuentra en los primeros lugares de mortalidad cardiovascular en América, siendo superado sólo por Trinidad y Tobago. Los datos disponibles en la actualidad muestran una prevalencia del 35,5% de mortalidad cardiovascular aterosclerótica y 10% de causas encefalovasculares vinculadas con la misma patología. También en nuestro país se han realizado estudios de prevalencia y de interrelación de factores de riesgo en diferentes comunidades, mostrando que, estimativamente, 1 de cada 3 argentinos es hipertenso, encontrándose también estrechas relaciones entre los componentes del síndrome metabólico (9).

Así como la HTA es un potente factor de riesgo independiente de enfermedad cardioencefalovascular ateromatosa, interactuando con los anteriormente citados factores, estas mismas condiciones se interrelacionan también para

generar o desencadenar HTA, adquiriendo así el rol de factor de riesgo para HTA (9).

CLASIFICACION DE LA OMS:

La OMS la define como un trastorno cuya patogenia se desconoce en muchos casos, que en última instancia causa aumento de la presión diastólica y sistólica, así como alteraciones del lecho vascular y alteraciones funcionales de los tejidos afectados (2).

Es importante identificar a los pacientes con presión arterial normal alta o que padecen HAS no diagnosticada, en el primer nivel de atención debemos conocer las diferentes clasificaciones, y tener muy en cuenta el enfoque de riesgo y la visión holística con la que nos enfrentamos a las diferentes enfermedades, en este caso, para HTA diseñar estrategias para predecir, prever y proteger al individuo, la familia y la comunidad, antes de que el proceso inicie (2,4).

Muchas de las veces nosotros somos el primer contacto con el paciente, por eso es muy importante contar con procedimientos para detectar, diagnosticar, tratar y controlar esta enfermedad. A continuación se presentan algunas tablas con las clasificaciones de la hipertensión arterial.

I. De acuerdo con su severidad

Clasificación de la presión arterial según la OMS

	Sistólica (mm Hg)	Diastólica (mm Hg)
Normal	< de 140	< de 90
HTA (leve)	140 - 180	90 - 105
HTA moderada y severa	> 180	> 105
Subgrupo limítrofe	140 -160	90 - 95
HTA sistólica aislada	> 160	<90
HTA sistólica aislada limítrofe	140 - 159	<90

CUADRO CLINICO

La hipertensión arterial es una enfermedad silenciosa y lentamente progresiva que se presenta en todas las edades con énfasis en personas entre 30 y 50 años, generalmente asintomático, que después de 10 o 20 años ocasiona daños significativos en órganos blancos.

En ocasiones se dificulta el diagnóstico, aunque pueden presentarse algunos síntomas que son muy inespecíficos tales como: cefalea, epistaxis, tinitus, palpitaciones, mareo, alteraciones visuales, nerviosismo, insomnio, fatiga fácil (1).

La hipertensión arterial va acompañada de alteraciones funcionales. Algunos de los mecanismos fisiopatológicos que intervienen en la hipertensión arterial son:

- Cambios estructurales en el sistema cardiovascular
- Disfunción endotelial.
- El sistema nervioso simpático.
- Sistema renina-angiotensina.
- Mecanismos renales (5).

COMPLICACIONES

La presión arterial y el deterioro de órganos debe evaluarse por separado, puesto que puede encontrarse presiones muy elevadas sin lesión de órganos, y por el contrario la lesión de órganos puede darse con una moderada elevación de la presión arterial (1,2).

Dentro de las principales complicaciones que presentan los pacientes con hipertensión arterial se encuentran:

Retinopatía Hipertensiva

Cardiopatía Hipertensiva

Nefropatía Hipertensiva

DIAGNOSTICO

Es fundamentalmente clínico y deberá establecerse si la hipertensión arterial es primaria o secundaria con o sin repercusión orgánica (1).

TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento es reducir la presión arterial de tal manera que el riesgo de complicaciones sea menor.

1. Modificaciones del estilo de vida:

Es bien sabido que hay factores en el estilo de vida que favorecen el aumento de las cifras de presión arterial, como son la ingesta excesiva de sal en la dieta, la obesidad, la ingesta de más de 80 ml de bebidas alcohólicas al día, el hábito de fumar, el uso de gotas nasales vasoconstrictoras, otros medicamentos con efecto adrenérgico como algunos anorexígenos, la cocaína. Por tal razón, en todo paciente hipertenso deben adoptarse medidas que supriman estos factores que favorecen la elevación de las cifras tensionales. En ocasiones las medidas señaladas pueden ser suficientes para normalizar las cifras tensionales (3).

2. Tratamiento farmacológico.

a) En pacientes con hipertensión arterial grado I o II, se recomienda iniciar el tratamiento con un solo fármaco. Si el paciente hipertenso tiene un síndrome hiperkinético, la mejor opción es un beta bloqueador, y es inconveniente el uso de vasodilatadores como los calcio antagonistas o bloqueadores alfa ya que

exacerban la hipercinesia circulatoria. En pacientes en quienes se sospecha expansión del espacio extracelular (especialmente mujeres) la mejor opción es el tratamiento diurético como mono terapia, son menos efectivos los beta bloqueadores y están contraindicados los vasodilatadores que empeoran la retención de líquido y la expansión del espacio intravascular. Pueden ser igualmente efectivos los inhibidores de la ECA. En ancianos con hipertensión arterial sistólica es preferible el uso de calcioantagonistas como fármacos de primera elección (3).

b) El paciente con hipertensión esencial de grado III, requiere necesariamente el uso de varios fármacos para lograr un control eficiente de la hipertensión arterial. En esta forma se prefiere iniciar el tratamiento con betabloqueadores y diuréticos (tiazidas y ahorradores de potasio). Si no se logra un control efectivo de las cifras tensionales puede agregarse un inhibidor de la ECA. Cuando no se logra normalización de las cifras tensionales se pueden usar vasodilatadores (hidralazina, minoxidil, prazosina) que reducen las resistencias vasculares. Los calcio antagonistas pueden ser utilizados en este tipo de pacientes cuando no se logra controlar la hipertensión con los fármacos ya enuncia dos o porque haya que suspender su administración por efectos colaterales indeseables como son: ataque de gota (tiazidas), asma o insuficiencia cardíaca (betabloqueadores) o tos persistente (inhibidores de la ECA). Los calcio antagonistas también pueden producir efectos colaterales indeseables (edema, rubor facial) que pueden obligar a su suspensión o cambio por otro fármaco de distinta familia (3).

c) El paciente con hipertensión arterial de grado IV, constituye una emergencia o urgencia hipertensiva, por lo que su tratamiento requiere hospitalización y terapia inmediata ⁽³⁾.

LA FAMILIA

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros.

Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la 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.

La familia acorde a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad ⁽⁶⁾.

La Familia: El concepto de familia tiene varios significados. Si miramos en una enciclopedia veremos que la familia es un conjunto de personas que provienen de un mismo linaje, de una misma sangre o de una misma casa ^(6,7).

En el sentido técnico-jurídico, la familia es un conjunto de personas entre los que median relaciones de matrimonio o parentesco (consanguinidad, afinidad o adopción) a las que la ley les atribuye algún efecto jurídico ⁽⁷⁾.

En el sentido estricto, es un conjunto de personas que viven bajo un mismo techo con los recursos de un cabeza de familia ⁽¹¹⁾.

En la actualidad, la familia se considera como un conjunto de personas unidas por el matrimonio aunque mas adelante veremos formas de familia que rehúsan del matrimonio ⁽¹¹⁾.

Constituye el núcleo de la sociedad ya que en la familia se encuentran unidos todos los aspectos de esta: sociales, económicos, socioculturales, educativos ⁽¹¹⁾.

Podemos definir la familia desde muchos puntos de vista, desde una perspectiva globalizadora podremos decir que se trata de: un grupo social de carácter primario, de tal importancia para el desarrollo de los individuos que se considera uno de los pilares básicos en los que se basan todas las sociedades, y por ello esta considerada una institución social universal. Consideramos grupo social a todo grupo que se ajuste a las siguientes características:

- Existe una identidad compartida, sus miembros creen tener algo en común y ese algo marca la diferencia.
- Sus miembros interactúan regularmente.
- Posee una estructura social, esto es, que sus miembros no interactúan sobre una base hecha al azar, formal o informalmente establecen una estructura de roles y estatus para coordinar sus actividades.
- Dependen de consensos, deben estar hasta cierto punto de acuerdo en valores normas y objetivos ⁽¹⁶⁾.

Sus miembros se preocupan unos de otros como personas, comparten sus experiencias, opiniones y fantasías y juntos se sienten en su “elemento”. Puede haber discusiones y discrepancias pero no obstante siguen unidos (20).

Todas estas características hacen que la familia sea la fuente de influencias primeras y más poderosas a las que el individuo normal está sometido en todas las sociedades.

El hecho de que todo el mundo, en todas las sociedades crezca en un contexto familiar ha llevado a definir la familia como la institución social básica o como la célula de la sociedad (14).

FUNCIONES DE LA FAMILIA:

Las funciones de la familia, y más explícitamente de los padres (que son los principales educadores de los hijos), abarca un campo muy amplio en el cual no podemos entrar sin antes hacer un breve comentario en la identidad de los padres como principales educadores:

Los padres son los educadores natos de sus hijos en cuanto la esencia de paternidad es engendrar la vida, que es el hijo, y la vida no es algo que se engendra de una vez para siempre, sino que es un continuo engendrar hasta que el hijo se auto engendre sin ayuda paterna. Pero también destacar que la paternidad es un proceso perfectivo en el ser humano y cada padre tiene el compromiso de perfeccionar su paternidad y que tengan una actitud de aprendizaje e interés en la propia educación (14).

Partiendo de esto, los padres, dentro de la comunidad educativa están implicados en la información, participación y formación (12,13):

Una de las características que distingue a la familia es su capacidad de integrar muchas funciones en una única fórmula de convivencia, (lo cual no quiere decir que no haya otras formas de llevarlo a cabo). Estas son:

Función Económica: donde cabe distinguir el mantenimiento de los miembros no productivos, la división de las tareas domésticas como aprendizaje de la división del trabajo en el mundo laboral, unidad de consumo, la satisfacción de las necesidades básicas como el alimento, techo, luz....(14).

Función Reproductora: regulando las actividades reproductoras de manera que al hacerlo establece reglas que definen las condiciones en que las relaciones sexuales, los embarazos y la cría de los hijos son permisibles. Cada familia y/o sociedad tiene su propia combinación. Esta regulación supone un control de las relaciones entre personas que, a su vez, contribuye de forma sustancial al control social (14).

Función Política-Religiosa: el adoctrinamiento en ambas parcelas es absolutamente misceláneo y variopinto (14).

Función Psicológica: puede ir desde la satisfacción de las necesidades y deseos sexuales de los cónyuges, hasta la satisfacción de necesidad y el deseo de afecto, seguridad y reconocimiento, tanto para los padres como para los hijos. También se incluirá el cuidado a los miembros de más edad (14).

Función de Domiciliaridad: consiste en establecer o crear un espacio de convivencia y refugio (14).

Función de Establecimiento de roles: es decir, establecer una estructura de poder dentro del ámbito familiar que puedes ser igualitaria o patriarcal (14).

Pero las funciones de la familia no concluyen aquí, ya que nos queda un ámbito muy importante que no podemos dejar pasar, este es la función en la educación de los hijos, es decir, la educación de los hijos que reciben de los padres, pero no la nombrada en un principio que hablábamos de las funciones de los padres en la escuela, sino la función de padres como educadores directos de sus hijos. Por tanto cabe destacar la función de los padres en cuanto al tipo de educación que deben recibir los hijos (los educandos), para una posterior y correcta introducción en la sociedad (19,20).

APGAR

El APGAR familiar es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil en la identificación de familias a riesgo. El Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978 creó el APGAR familiar como una respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia, con un instrumento que se diligencia por sí mismo, que es entendido fácilmente por personas con educación limitada y que en muy poco tiempo se puede completar. Se diseñó para el uso potencial de personas en distintos estratos socioeconómicos y en diversos contextos socioculturales; además, es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función familiar. Sus parámetros se delinearon sobre la premisa que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los

parámetros básicos de la función familiar (6,13).

Los pacientes recibirán el cuestionario para evaluación de la disfunción familiar, el cual será aplicado por la encargada de la investigación.

El cuestionario consta del Test APGAR Familiar, y la disfuncionalidad familiar se clasificará de acuerdo con los criterios del test de Smilkestein, que consta de cinco preguntas que evalúan de manera cualitativa las características familiares de (6,13):

1. Adaptación: capacidad de utilizar los recursos en procura del bien común y la ayuda mutua, y la utilización de los mismos para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazada.

2. Participación: distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia, compartiendo solidariamente los problemas y toma de decisiones.

3. Crecimiento: logro de la madurez emocional y física, autorrealización de los miembros de la familia, a través del apoyo mutuo(6,13)..

4. Afecto: relación de cuidado y amor que existe entre los miembros de la familia.

5. Resolución: capacidad de resolver los problemas del grupo familiar, compartiendo el tiempo, espacio, y dinero entre los integrantes de la familia (6,13).

APGAR FAMILIAR

CONCEPTO	CASI SIEMPRE (2 puntos)	ALGUNAS VECES (1 punto)	CASI NUNCA (0 puntos)
Me satisface que pueda recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me perturba.			
Me satisface el modo como mi familia conversa conmigo sobre distintas cuestiones y comparte sus problemas.			
Me satisface que mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida.			
Me satisface cuando mi familia expresa su afecto y responde a mis emociones.			
Me satisface la forma como mi familia y yo compartimos el tiempo.			

II. PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA:

Se cree que la disfuncionalidad familiar, influye de manera directa en el descontrol del paciente hipertenso, al influir el poco o nulo apoyo tanto emocional, como físico de parte de los familiares al paciente hipertenso, además de contribuir a estrés y a insomnio por conflictos familiares, lo que pudiera ocasionar el descontrol en su padecimiento.

Aunado a esto la falta de afecto, interés y cooperación de los familiares hacia el paciente hipertenso en el aspecto de las medidas higiénico- dietéticas (dieta hiposódica y baja en grasas) recomendadas al paciente hipertenso y la falta de supervisión de la toma de los medicamentos antihipertensivos sobre todo en los pacientes de edad avanzada.

Por lo tanto se plantea la pregunta ¿Cuál es la funcionalidad familiar en el paciente hipertenso en la U.M.F. No.34, de Antiguo Morelos, Tamaulipas?.

III. JUSTIFICACIÓN:

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros.

Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la 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.

La hipertensión es un problema de salud pública no solo en México, sino a nivel mundial; no existe una causa específica de la misma, existiendo diversos factores que en conjunto predisponen a esta enfermedad. El equilibrio en la dinámica familiar juega un papel importante para que el paciente hipertenso mantenga sus niveles óptimos de tensión arterial; el buen funcionar en el interior de la familia y la capacidad de cada uno de sus integrantes para la atención y cuidado del paciente favorece a que éste lleve una mejor calidad de vida.

Por lo anterior se requiere que el médico familiar conozca la funcionalidad familiar del paciente hipertenso, para determinar inicialmente si los conflictos familiares contribuyen a desarrollar el descontrol en el paciente hipertenso descontrolado.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Determinar cual es la funcionalidad familiar en el paciente hipertenso en la UMF No. 34, de Antiguo Morelos, Tam.

OBJETIVOS ESPECÍFICO.

Determinar el grado de funcionalidad familiar en el paciente hipertenso en base al ciclo vital familiar.

V. METODOLOGÍA.

A). DISEÑO DEL ESTUDIO.

- **Descriptivo:**

Se estudia solo un grupo; sin hacer comparaciones.

- **Prospectivo:**

Por la forma de recolección de los datos

- **Transversal:**

Por la medición del fenómeno en el tiempo.

- **Observacional:**

Se presencian los fenómenos a estudiar sin intervención del investigador.

B). POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO.

Pacientes hipertensos de 20 a 90 años de edad que acudan a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 34, de Antiguo Morelos, Tams.

C). TIPO Y MUESTRA.

Mediante un muestreo por conveniencia se incluirán a todos los pacientes hipertensos que cumplan con los criterios de selección establecidos.

D). MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

1. Se identificarán aquellos pacientes hipertensos de 20 a 90 años de edad, de ambos sexos que acudan a la consulta externa de la U.M.F No. 34, de Antigua Morelos, Tamaulipas.
2. Se le informará a los pacientes hipertensos sobre el estudio de investigación a realizar, solicitándoles su consentimiento para participar en él.
3. A los pacientes que acepten participar se les aplicará la encuesta, de la cual se obtendrán los siguientes datos: Nombre del paciente hipertenso, edad, ocupación, estado civil, toxicomanías.
4. Se les realizará toma de TA a los pacientes hipertensos para determinar si se encuentran controlados o no controlados.
5. En relación a familia, se obtendrá la tipología y ciclo vital familiar.
6. Se les aplicará el cuestionario de Apgar para calificar la funcionalidad familiar, donde se obtendrán los resultados en base a puntaje : familia funcional y familia con disfunción familiar.
7. Se analizarán los datos obtenidos, para comparar las familias funcionales y las no funcionales con los pacientes hipertensos controlados y los no controlados.

E). CRITERIOS DE SELECCIÓN

DE INCLUSION:

1. Pacientes hipertensos de 20 a 90 años de edad, de ambos sexos que acepten participar en el estudio.
2. Pacientes hipertensos que sean Derechohabientes del IMSS.

DE EXCLUSION:

1. Hipertensos que no desearon participar en el estudio.
2. Hipertensos que no son derechohabientes del IMSS.
3. Hipertensos que tengan una enfermedad neurológica, psiquiátrica.

F). MUESTRA

Mediante un muestreo por conveniencia se incluirán a todos los pacientes hipertensos que cumplan con los criterios de selección establecidos, y que acudan a la consulta externa de Medicina Familiar.

G). ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Mediante análisis descriptivo se realizará lo siguiente:

1. Análisis univariado, utilizando frecuencias simples.
2. Medidas de tendencia central: Medias, porcentajes.
3. Medidas de dispersión: Desviación estándar.
4. Intervalo de confianza de 95 % para la media.

VI. CONSIDERACIONES ETICAS:

El presente estudio no infringe ningún principio ético de la investigación de acuerdo a lo establecido por la declaración de la Asamblea Mundial del Tratado de Helsinki, Finlandia, ni por sus revisiones en Tokio, Hong Kong y Venecia.

Asimismo, se apega a la Ley de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de Investigación para la salud y normas institucionales del Instituto Mexicano del Seguro Social.

VII. DEFINICION DE VARIABLES

A. VARIABLE DEPENDIENTE.

Hipertensión Arterial:

Cuando una persona registra una TAS mayor de 140 mm Hg y una TAD mayor de 90 mm Hg, en más de dos tomas con el paciente en reposo como mínimo de 5 minutos antes de la toma.

B. VARIABLE INDEPENDIENTE.

Funcionalidad familiar:

Cuando la familia es capaz de cumplir con las tareas de cuidado, afecto, alimentación etc. Que le están encomendadas de acuerdo al ciclo vital en que se encuentre.

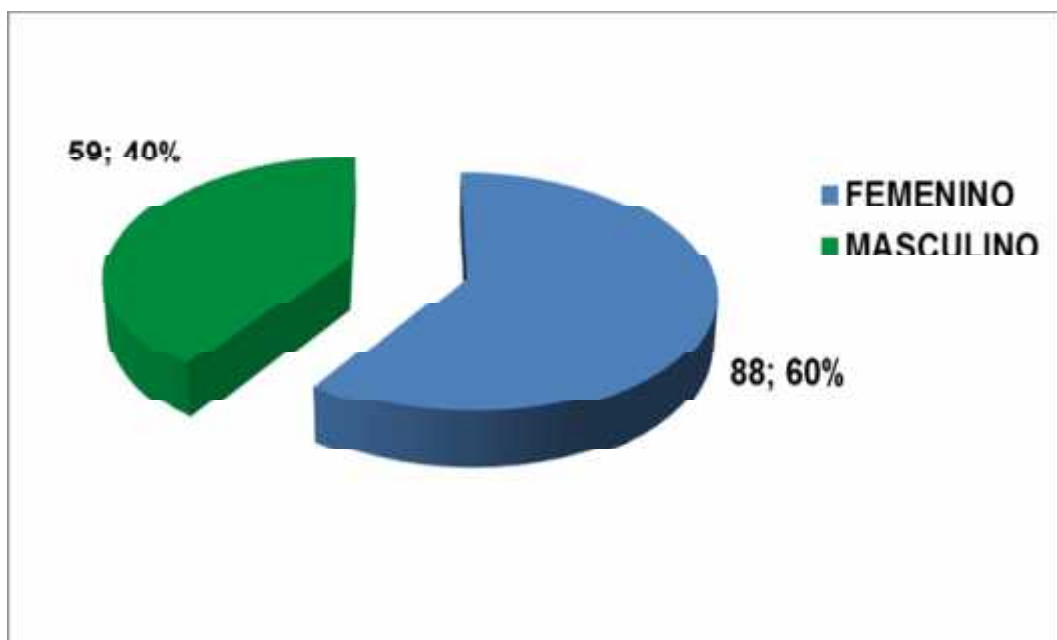
Es un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien o mal como unidad.

Además es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, lo cual se medirá a través del APGAR familiar.

VIII. RESULTADOS

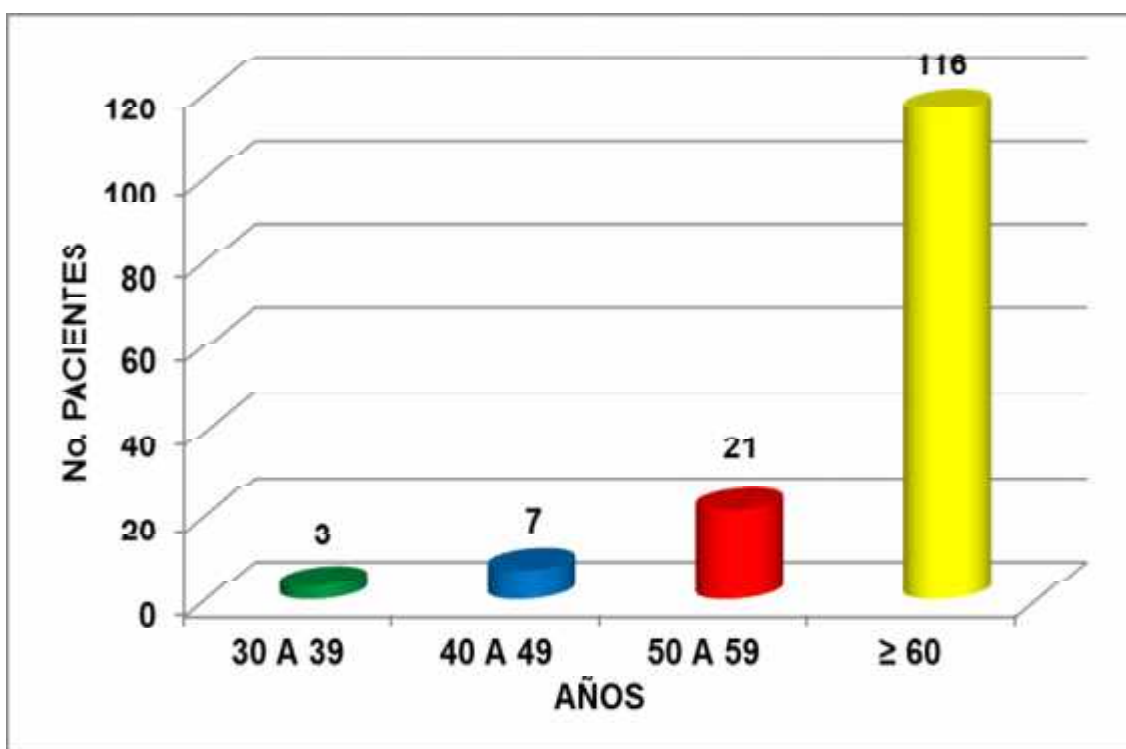
Se identificaron 147 pacientes hipertensos que cumplieron con los criterios de selección establecida; de los cuales el 60 % corresponden al sexo femenino; y el 40 % al sexo masculino. (Figura 1).

Fig. 1 Distribución de acuerdo al género



El promedio de edad de los pacientes estudiados fue de 68.2 años; con un rango de 35 a 94 años. El promedio de edad en el sexo femenino fue de 66 años; mientras que en los hombres fue de 71.3 años. El 79 % de los pacientes tienen 60 años o más. Únicamente se encontró a 3 pacientes entre 30 y 39 años. (Figura 2).

Fig. 2 Distribución de pacientes de acuerdo a edad



En relación a algunas de las características sociodemográficas y clínicas, 70 % de los pacientes contestaron que están casados; 61 % se dedican a labores del hogar y 31 % son pensionados. 32 (22 %) y 31 (21 %) presentan tabaquismo y alcoholismo respectivamente. Asimismo, el 61 % tiene antecedentes familiares positivos para hipertensión arterial. El índice de masa corporal promedio fue de 28.92; encontrando a 62 (42 %) de los hipertensos con obesidad; pero al juntar sobrepeso y obesidad la frecuencia aumentó a 76 %. (Cuadro 1)

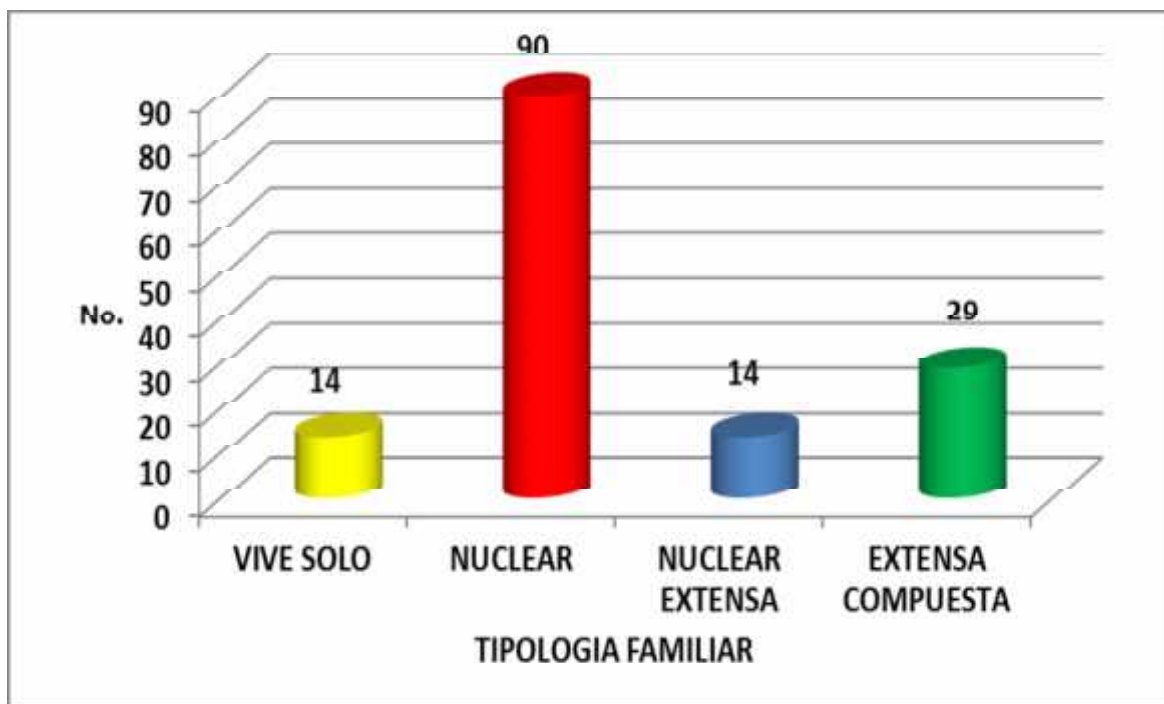
Cuadro 1. Características de la población de hipertensos en estudio.

		N: 147
Genero		
	Hombres	59
	Mujeres	88
Estado Civil		
	Soltero(a)	3 (2 %)
	Casado(a)	103 (70 %)
	Divorciado(a)	1 (0.6 %)
	Separado(a)	5 (3.4 %)
	Unión libre	2 (1.3 %)
	Viudo(a)	33 (22.7 %)
Ocupación		
	Hogar	90 (61 %)
	Empleado(a)	5 (3.4 %)
	Ninguno	1 (0.6 %)
	Pensionado(a)	45 (31 %)
	Campo	6 (4 %)
Toxicomanías		
	Alcoholismo	31 (21 %)
	Tabaquismo	32 (22 %)
Antecedentes familiares		
	Si	90 (61 %)
	No	57 (39 %)
Índice de masa corporal		X = 28.92
	Normal	36 (24 %)
	Sobrepeso	49 (34 %)
	Obesidad	62 (42 %)

La medición de la tensión arterial al momento de la consulta se encontró que 10 (7 %) pacientes estaban descontrolados. De estos pacientes, al aplicarles el APGAR familiar, solo uno tuvo como resultado disfuncionalidad.

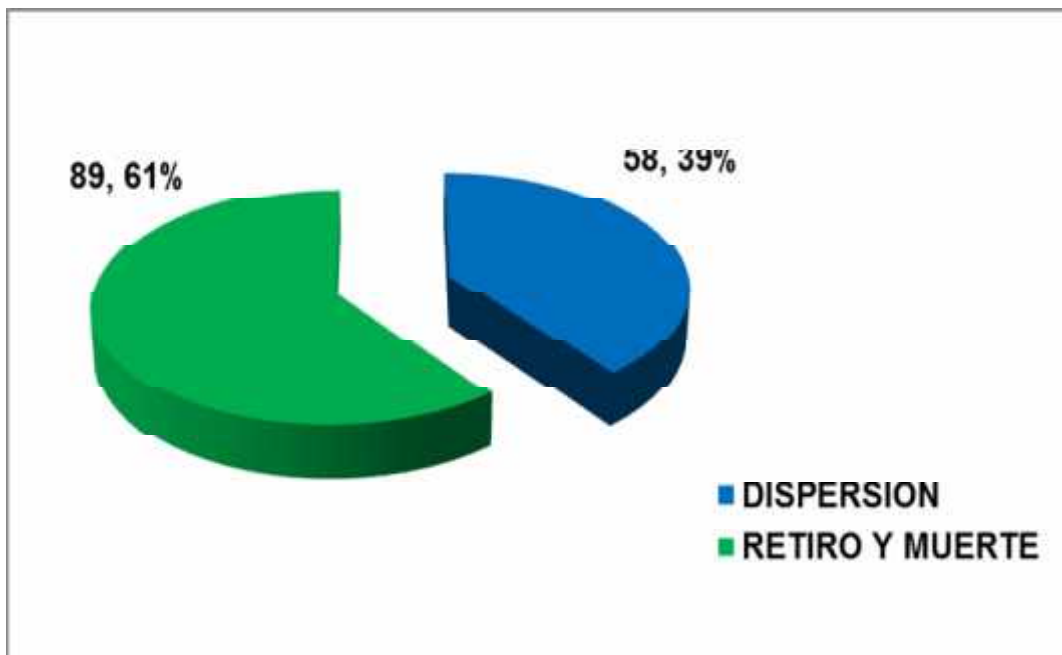
En relación a la tipología familiar, el 100% de los hipertensos pertenecen a una familia de tipo urbano por su ubicación demográfica y tradicional por su desarrollo. De acuerdo a la composición familiar, el 61 % con familia nuclear; mientras que un 9 % viven solos. (Figura 3).

Fig. 3 Distribución de pacientes hipertensos de acuerdo a tipología familiar.



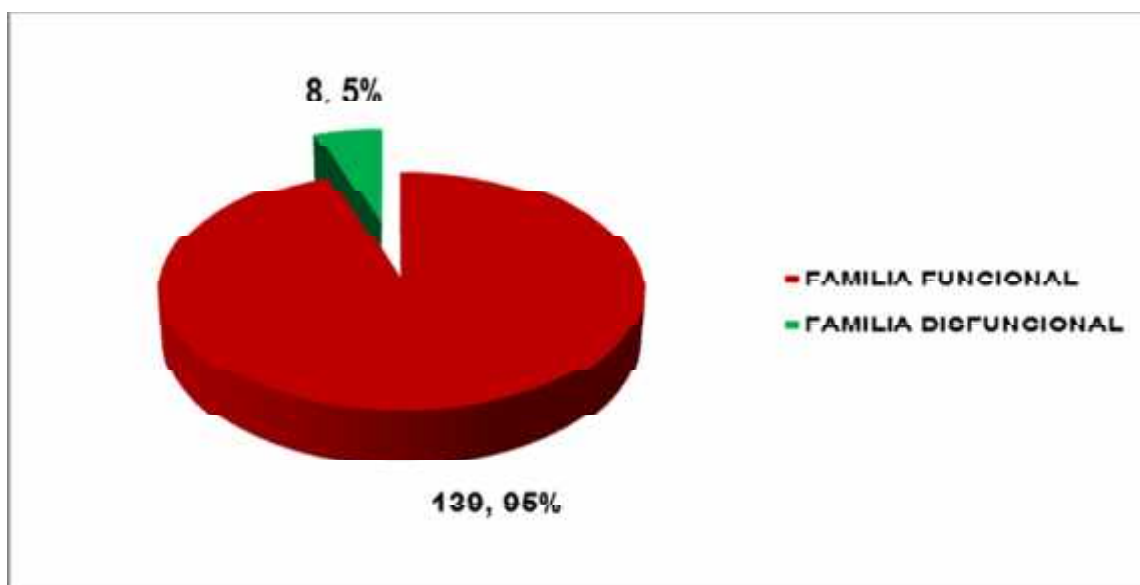
De acuerdo al ciclo vital de Geyman, 39 % de las familias de los hipertensos se encuentran en fase de dispersión; y, el 61 % en fase de retiro y muerte. (Figura 4).

Fig. 4 Ciclo vital familiar de población de hipertensos en estudio.



Al evaluar funcionalidad familiar tomando como referencia el APGAR; el resultado promedio de las encuestas fue de 9.1. Solamente 8 (5.4 %) pacientes al contestar dicho instrumento tuvieron como resultado una familia disfuncional. (Figura 5).

Fig. 5 Funcionalidad familiar.



IX. DISCUSION.

La hipertensión arterial es un enfermedad crónica y un gran problema de Salud Pública en México, y que anualmente su frecuencia de presentación se incrementa notablemente; aunado al hecho de las complicaciones serias que conlleva la falta de un control y seguimiento adecuado.

Su control o descontrol depende de diversos factores y no solo biológicos; también influyen situaciones psicosociales, culturales o de educación, idiosincrasia que repercuten en ello.

En este estudio predominó el sexo femenino con un 60 %; lo que traduce una mayor demanda de atención médica por este género. García AMP también encuentra un predominio de mujeres alcanzado un 85 % vs 15 % de hombres para la determinación de calidad de vida en pacientes hipertensos y con diabetes mellitus 2 y aplicando el APGAR; situación similar ocurre con la edad donde García AMP presenta un promedio de edad de 70 años y en este estudio fue de 68.2 años²¹; con una mayor frecuencia de mayores de 60 años (79%). La edad es un factor predisponente de esta enfermedad, a mayor edad mayor es el riesgo de padecerla, acentuándose la aterosclerosis, de ahí que solo se encontraron 3 pacientes entre los 30 y 39 años de edad.

Otros factores ampliamente relacionados con la hipertensión estuvieron presentes como antecedentes familiares, que se reportó en el 61 % de los casos, tabaquismo y alcoholismo en el 22 % y 21 % respectivamente.

El 70 % de los pacientes refirieron estar casados, situación legal que genera mayor compromiso y responsabilidad, que condicione de cierta manera estrés, agregándose a la lista de factores en contra.

Otro punto a detallar, es la acumulación de grasa corporal, el 42 % presentaron obesidad; y si abarcamos el estadio de sobrepeso, aumenta a 76 % de pacientes que están por arriba de su límite normal; no es de extrañarse tomando en cuenta que es una localidad de un estado fronterizo del país y que México está en los primeros lugares de obesidad; y por supuesto, va a acumularse a los factores anteriores.

A nivel del entorno familiar, el 61 % se encuentran viviendo en una composición de tipo nuclear; conformada por la propia pareja o por esta y sus hijos. De igual forma el 61 % se encuentra dentro del ciclo vital de Geyman en fase de retiro y muerte²²; situación que en el caso de los pacientes estudiados no afectó de sobremanera en cuanto a su control se refiere.

La disfunción familiar se encontró en una frecuencia muy baja, del 5.4 %, si lo comparamos con lo reportado por Concha MCT y Rodríguez CRG²³, que encontraron una frecuencia del 15 %, aunque ellos fueron más específicos en cuanto a la edad, ya que seleccionaron pacientes de 55 a 64 años de edad, y en nuestro estudio los rangos fueron muy amplios de 35 a 94 años, por lo que la percepción de la familia puede ser diferente entre los diversos grupos de edad. Otra situación que no se mide en el estudio de Concha y Rodríguez es que no investigaron la tipología familiar ni ciclo vital; ya que esto también puede influir en las funciones de la familia.

De igual manera existe un bajo porcentaje de pacientes hipertensos descontrolados (7 %); pero solo uno presentó disfunción, lo que denota una escasa injerencia de la interacción familiar en el control de estos pacientes, que pudiesen estar afectados por otros factores como falta de apego a su manejo no farmacológico y farmacológico.

X. CONCLUSION

El cumplimiento de las funciones en los subsistemas familiares, el equilibrio en la dinámica familiar, roles, vínculos o lazos entre los integrantes y la capacidad de manejar las crisis permite el equilibrio adecuado en una familia.

En pacientes con alguna enfermedad crónica como la hipertensión arterial, se requiere del completo apoyo familiar; si bien es cierto que el paciente debe responsabilizarse de su propia salud; es importante también el contar con la motivación y estímulo de otras personas, en este caso de su familia,

En este estudio se encontraron factores ampliamente conocidos que se encuentran dentro del conjunto de situaciones adversas que acompañan a la hipertensión como son la edad, antecedentes familiares, sobrepeso y obesidad, hábitos negativos como fumar y beber alcohol.

A nivel familiar, la composición por parentesco está enfocada a familia nuclear, y sus categorías simple y numerosa; donde la pareja puede estar sola o con sus hijos; y cumpliendo la mayoría la fase de retiro y muerte propia de un ciclo vital en sus últimas instancias.

La percepción en cuanto a la funcionalidad de su propia familia en estos pacientes es simplemente buena, solo con la aplicación del APGAR, cabría la limitante en el estudio de que existen instrumentos de funcionalidad familiar que son más específicos de acuerdo a la situación que el paciente este viviendo. No obstante, es una primera intención de determinar la situación del entorno familiar y su interacción con la enfermedad.

Existe en términos generales un control adecuado de la enfermedad (93 % de los pacientes); y, el no cumplimiento de las funciones no parece afectar el mantenimiento de las cifras tensionales en niveles óptimos. Cabe mencionar que Antiguo Morelos es una localidad pequeña, un lugar de provincia con un nivel socioeconómico medio bajo, pero que entre los integrantes de la familia el apoyo sea primordial.

Se tiene la ventaja de que sea una comunidad pequeña y llevar a cabo diversos programas tanto institucionales como extra institucionales en este tipo de pacientes donde la prevención a través de la promoción y educación a la salud son claves; pero además, se debe profundizar en aspectos de familia, tener la capacidad como Médicos de Familia de saber orientar y referir oportunamente cuando se detecte problemas en el núcleo de la familia.

XI. BIBLIOGRAFIA.

- 1.- De la Noval GR, Armas RN, Dueñas HA. Programa de control de la hipertensión arterial en el municipio Plaza (CHAPLAZA).
- 2.- OPS. Health in the Americas, 2002 edition. Volume I. Washington, D.C. PAHO, 2002. (PAHO Scientific and Technical Publication No. 587).
- 3.- Insua JT, Sacks HS, Drug treatment of hypertension in the elderly, a metaanalysis. ACP J.Club. 1995 Jan-Feb; 122 (1):1.
- 4.-Arrivillaga M, Cáceres RD, Correa D. ¿Puede una intervención biopsicosocial reducir los niveles de presión arterial? Med. Unab. 2006;8(1):20-27.
- 5.- Fonseca RS, Zúñiga SG, García AG. Disfunción diastólica en pacientes con hipertensión de bata blanca. Med. Int. México. 2006;22(2):85-92.
- 6.- Ortega AA, Osorio MAP, Fernández ATV. Diagnóstico del funcionamiento familiar en un consultorio del médico familiar y la enfermera de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003; 19(2): 56-62.
- 7.- Mendoza LAS, Soler EH, Sainz LV, Gil IA, Mendoza HFS, Pérez CH. análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en Atención Primaria. Archivos en Medicina Familiar. 2006; 8(1): 27- 32.

8. -Tovar CG. Auto percepción de disfunción familiar en un grupo de familias de la Ciudad de México. Arch Med Fam. 2003; 5(3): 92-95.

9.- Hyman DJ. Pavlik VN. Characteristics of patients with uncontrolled hypertension on the united status. N. engl J Med 2002;346(7):544.

10. – Joint National Commite. The Sixth report of the Joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high bllod pressure (JNC VI). Arch Intern Med. 1997;157:2413-45.

11.- Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos en Medicina Familiar. 2005; 7(supl 1): 15-19.

12.- Arias LC, Herrera JA. El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. Colombia Médica. 1994; 25: 26-8.

13.- Smilkstein G. The family Apgar: a proposal of a family function test and its use by physicians. J Fam. Pract. 1978: 6:1231-1239.

14.- De la Revilla L. Fleitas L. Función y disfunción familiar . Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barrcelona. Ed. Doyma. 1994;91-100.

- 15.- Rodríguez AG, Rodríguez AI. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. Rev. Médica IMSS 2004;42(2):97-102.
- 16.- González BI. Reflexiones acerca de la salud familiar. Rev. Cubana Med. Genegr 2000;16(5):508-512.
- 17.-Gómez CF. Diagnóstico de salud familiar. Fundamentos de Medicina Familiar 7^a. Ed. 2000:103-140.
- 18.- Huerta MN, Valdés RB, Sánchez EL. Frecuencia de disfunción familiar en una clínica del ISSSTE en la ciudad de México. Arch. Med. Fam. 2001;3(4):95-98.
- 19.-Fernández OMA. El impacto de la enfermedad en la familia. REv. Fac. Med. UNAM Nov.-Dic. 2004; 47 (6):251-251.
- 20.-Herrera PMS: La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev. Cubana Med. Gen. Integral 1997;13(6):591-595.
- 21.- García AMP, Leiva FF, Martos FC, García AJR, Prados DT. Calidez de vida en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitas tipo 2. Medicina de Familia (And) 2001; 2(1): 29-34.

22. Membrillo AP. Composición familiar. En: Familia. Introducción al estudio de sus elementos. 1ª Edición. Editores de Textos Mexicanos. México. 2008: 51 – 72.

23. Concha MCT, Rodríguez CRG. Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. Theoria 2010; 19(1): 41 – 50.

XII. ANEXOS

ANEXO 1.

ANEXO 1. FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES HIPERTENSOS EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 34 DE ANTIGUO MORELOS “**

FECHA: _____

NOMBRE. _____

AFILIACION _____ EDAD _____

OCUPACION _____ ESTADO CIVIL _____

PESO _____ TALLA _____ IMC _____

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES HIPERTENSOS _____

TABAQUISMO: SI () NO () ALCOHOLISMO: SI () NO ()

TIPOLOGIA FAMILIAR _____

CICLO VITAL FAMILIAR _____

DRA. ANA ELIZABETH ZAPATA MEDINA.

ANEXO 2

APGAR FAMILIAR

CONCEPTO	CASI SIEMPRE (2 puntos)	ALGUNAS VECES (1 punto)	CASI NUNCA (0 puntos)
Me satisface que pueda recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me perturba.			
Me satisface el modo como mi familia conversa conmigo sobre distintas cuestiones y comparte sus problemas.			
Me satisface que mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida.			
Me satisface cuando mi familia expresa su afecto y responde a mis emociones.			
Me satisface la forma como mi familia y yo compartimos el tiempo.			

Gabriel Smilkstein. Universidad de Washington, Seattle, en 1978

Cada pregunta consta de tres posibles respuestas: siempre, algunas veces y casi nunca, con valores de 2, 1 y 0 puntos respectivamente. Una vez obtenido el puntaje total, se procedió a la clasificación de funcionalidad familiar:

- De 7 a 10 puntos: familia funcional.
- De 0 a 6 puntos: familia disfuncional.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Lugar y Fecha

Ciudad Mante, Tamaulipas

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

Funcionalidad familiar

en pacientes hipertensos en la Unidad de Medicina Familiar no. 34, Antiguo Morelos, Tamaulipas

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:

El objetivo del estudio es:

Determinar la funcionalidad familiar de los pacientes hipertensos en la Unidad de Medicina Familiar No.34, Antiguo Morelos, Tamaulipas.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Responder cuestionario

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:

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado 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 llevarán 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 médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de 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 respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

Testigos

Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810 – 009 – 013