



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina



División de Estudios de Posgrado e Investigación

Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Suroeste del Distrito Federal
Unidad de Medicina Familiar Núm. 28 "Gabriel Mancera"

COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN RELACION AL CONTROL
HIPERTENSIVO MEDIANTE EL USO DE FACES III EN PACIENTES DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM 28 DEL IMSS

TESIS

Para obtener el título de la Especialidad de Medicina Familiar.

Presenta:

Dra. Fabiola de Jesús Alegría Hernández.

Asesor:

Dra. Ivonne Anali Roy García

México, Distrito Federal 2013.



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.

AUTORIZACIONES INSTITUCIONALES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 3 SUR
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 “GABRIEL MANCERA”
MÉXICO, D.F.
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

AUTORIZACIÓN DE TESIS

**COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN RELACION AL CONTROL
HIPERTENSIVO MEDIANTE EL USO DE FACES III EN PACIENTES DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM 28 DEL IMSS**

Dra. Lidya Cristina Barrios Domínguez

Director de la Unidad De Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”

Dra. Ivonne Analí Roy García

Profesor Titular de la Especialización de Medicina Familiar UMF 28

Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano

Coordinador Clínico De Educación e Investigación En Salud
Unidad De Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 3 SUR
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 "GABRIEL MANCERA"
MÉXICO, D.F.
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

AUTORIZACIÓN DE TESIS

COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN RELACION AL CONTROL
HIPERTENSIVO MEDIANTE EL USO DE FACES III EN PACIENTES DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM 28 DEL IMSS

Dra. Ivonne Analí Roy García

Asesora de Tesis

DEDICATORIA

La presente tesis se la dedico a:

Mi Dios por darme sabiduría frente a los retos que se presentan, por protegerme en este camino que aun continúa.

A mi padre por su confianza en todo lo necesario para alcanzar mis sueños, brindándome los recursos necesarios; permitiéndome llegar a este momento.

A mi madre que supo guiarme y educarme, aconsejándome en mis momentos de debilidad, haciéndome mejor persona día a día.

A mi novio y esposo, que siempre ha estado apoyándome y mostrándome lo fuerte que somos juntos... que en este camino que escogimos todo puede lograrse con dedicación y esmero, gracias por tu amor incondicional.

Mis hermanos, parte importante de mí, por brindarme los momentos de alegría; esta vida no sería la misma sin ustedes.

A mis amigas que me han demostrado el verdadero amor de la amistad.

A mis maestr@s, que mediante sus conocimientos y consejos, me han aportado gran parte de ellos, por su paciencia en el trayecto de esta culminación.

TITULO

COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN RELACION AL CONTROL
HIPERTENSIVO MEDIANTE EL USO DE FACES III EN PACIENTES DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM 28 DEL IMSS

INDICE

PORTADA	1
AUTORIZACIONES INSTITUCIONALES	2
INDICE	7
RESUMEN	9
1 MARCO TEORICO	10-36
1.1.0 ANTECEDENTES DEL TEMA	10
1.1.1 MARCO TEORICO	12
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	37
1.3 JUSTIFICACION.....	38
1.4 HIPOTESIS.....	40
1.4.1 HIPOTESIS ALTERNA	40
1.4.2 HIPOTESIS NULA	40
1.5 OBJETIVOS	41
1.5.1 OBJETIVOS GENERALES.....	41
1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	41
2 MATERIAL Y METODOS	42
2.1 TIPO DE INVESTIGACION.....	43
2.2 POBLACION O UNIVERSO.....	44
2.3 MUESTRA	44
2.4 CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION	45
2.4.1 CRITERIOS DE INCLUSION	45
2.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSION	45
2.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACION	45
2.5 VARIABLES	46
2.5.1 DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES ..	46

2.5.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	47
2.6 DISEÑO ESTADISTICO.....	48
2.7 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	48
2.8 METODO DE RECOLECCION DE DATOS	48
2.9 MANIOBRAS PARA EVITAR SESGOS	50
2.10 LOGISTICA	51
2.11.1 RECURSOS HUMANOS	51
2.11.2 RECURSOS MATERIALES	51
2.11.3 RECURSOS FINANCIEROS	51
2.12 CONSIDERACIONES ETICAS	52
3 RESULTADOS	53
4 DISCUSION	61
5 CONCLUSIONES	63
6 REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA.....	64
7 ANEXOS	67
7.1 DISEÑO DE INVESTIGACION.....	68
7.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	69
7.3 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	71
7.4 ESCALA DE EV. DE COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR.....	72
7.5 ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA.....	73

RESUMEN

COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN RELACION AL CONTROL HIPERTENSIVO MEDIANTE EL USO DE FACES III EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM 28 DEL IMSS

AUTORES: Dra. Alegría Hernández Fabiola de Jesús., Dra. Roy García Ivonne Anali. Unidad de Medicina Familiar No 28. Col. Del Valle México D.F.

OBJETIVO: Conocer el grado de cohesión y adaptabilidad en pacientes hipertensos de la UMF 28 y su relación con el control hipertensivo.

INTRODUCCION: Según la OMS, se define la HAS a la elevación crónica de la presión arterial sistólica > 140 mmHg y presión arterial diastólica > de 90. El JNC VI establece realizar dos tomas o más en visitas posteriores, después de una inicial. La hipertensión arterial es la enfermedad crónica del adulto de mayor prevalencia a nivel mundial. En México, para el año 2000 la prevalencia informada para la HAS entre los 20 y 69 años fue del 30.05%, es decir más de 13 millones de mexicanos. La hipertensión supone una profunda crisis familiar a la que las familias podrán responder mejor cuanto más flexibles puedan ser, ya que afecta la distribución de roles y se tendrá que negociar, reajustar y compartir estos cambios. Nos interesa la evaluación de la funcionalidad familiar en la medida que nos permite comprender cómo los daños a la salud son manejados por las familias. El FACES es una de las escalas que evalúa dos de las dimensiones del Modelo Circunflejo de Sistemas: Cohesión y Adaptabilidad. Está diseñado para obtener la funcionalidad familiar de acuerdo a un ideal y a como lo perciben cada uno de sus miembros. Se obtuvieron los siguientes resultados; respecto a la distribución por género el 56.5% corresponde al sexo femenino, el 59.5% corresponde a pacientes entre 45 y 65 años de edad, más frecuentes los pacientes casados con un 82%; menos frecuente, el estado civil divorciado con un 2%. Se encontró que la población total estudiada tenía escolaridad baja, con un 47% con primaria, y un 64% de la población total en descontrol. Se analizó el grado de cohesión y adaptabilidad y su relación con el control hipertensivo; evidenciado que los pacientes controlados se ubicaron con mayor frecuencia en el rango balanceado con un 47.2%, la familia predominante fue estructuralmente conectada. En el caso de los pacientes descontrolados se ubicaron con mayor frecuencia en el rango medio con un 66.4%, la familia predominante fue rígidamente separada. Al relacionarse entre sí la cohesión y adaptabilidad y el control hipertensivo, se encontró una relación estadísticamente significativa con un valor de $p=0.02$. conclusiones: Actualmente la Hipertensión Arterial es la enfermedad crónica de mayor prevalencia a nivel mundial, convirtiéndose en un problema de salud Pública; por la alta tasa de morbi - mortalidad, la alta prevalencia de pacientes que desconocen ser portadores de hipertensión, incremento de complicaciones cardiovasculares y altos gastos en salud. Permite conocer la importancia de que el área médica conozca la relación entre funcionalidad familiar y control hipertensivo, como un recurso para el paciente, en la medida que nos permita comprender el impacto de la enfermedad. Esto refleja lo imprescindible que se convierte la participación del médico familiar en el control hipertensivo mediante estrategias que logren modificaciones en el estilo de vida del paciente y aun más, en la familia ya que tiene la oportunidad de llevar el seguimiento continuo del paciente mediante: Una adecuada relación médico – paciente – familia, educación acerca de la hipertensión arterial como enfermedad, motivación en el compromiso del control del padecimiento, plantear un plan terapéutico que involucre a paciente y familia, el uso de cohesión y adaptabilidad familiar para el control hipertensivo. mantenimiento del control hipertensivo cuando este sea logrado y Realizando intervenciones multidisciplinarias oportunas para evitar complicaciones cardiovasculares.

MATERIAL Y METODOS: Tipo de investigación: *Observacional, descriptivo, prospectivo, transversal y Correlacional.* *Criterios de Inclusión:* Pacientes con hipertensión arterial derechohabientes, Adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Núm. 28, que acepten participar y firmen la hoja de consentimiento informado del estudio. Pacientes con hipertensión arterial con edad de 18 a 80 años. Pacientes con hipertensión arterial que sepan leer y escribir. *Criterios de Exclusión:* Pacientes con hipertensión arterial con alteraciones neurológicas, alteraciones psicomotrices o aquellas que le impidan contestar el cuestionario. Pacientes con hipertensión arterial que presenten alguna otra enfermedad crónica degenerativa. Pacientes con hipertensión arterial con alguna complicación secundaria. Tamaño de la muestra: 200 pacientes con hipertensión arterial. Variables: Cohesión y adaptabilidad familiar y control hipertensivo. Se utilizó la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad familiar III (FACES III).

Palabras Claves: Cohesión y Adaptabilidad familiar, control hipertensivo, Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad familiar III (FACES III).

ANTECEDENTES

Desde que en 1628, Harvey, describiera la circulación y Vierordt en 1854 realizara las primeras determinaciones de la tensión arterial, la hipertensión arterial ha sido motivo de múltiples estudios.

Fue hasta el siglo XX, cuando Janeway, Volhard, Moshcowitz, Keith, Bell y otros quienes complementaron el espectro de la enfermedad cardiovascular hipertensiva, como la conocemos en la actualidad. De esta forma en 1911, Frank introduce el calificativo de la hipertensión arterial.

En 1948, comienza el *Framingham Heart Study*, un estudio epidemiológico longitudinal en una población general para determinar la prevalencia, incidencia, morbilidad y mortalidad de las enfermedades cardiovasculares. Entre sus méritos más sobresalientes debe señalarse que constituye el primer estudio que destacó la naturaleza multifactorial de la enfermedad.

Y en 1997 en su último informe The Joint National Committee (JNC-7), determina las cifras tensionales para considerarse patológicas, clasifica como hipertensión estadio I, a cifras tensionales de 140/90mmHg, y estadio II con cifras tensionales de 160/110.

Solilew y Miller, plantean que las disfunciones familiares ejercen una influencia negativa en el desarrollo y control de las enfermedades cardiovasculares.

Trief y colaboradores refieren que cuando es buena la cohesión familiar es más adecuado el control de las cifras de tensión arterial.

En la actualidad contamos con instrumentos para la evaluación familiar que miden la cohesión y adaptabilidad, mismos que han sido mejorados a través de su historia y avalados para su utilización; tal es el caso de FACES, aplicado tanto en Europa como en México, diseñado por Olson y colaboradores en 1980, donde han surgido cuatro versiones diferentes; cuyas siglas en español significa escala evaluativa de Cohesión y adaptabilidad familiar.

En 1985 surgió FACES III, traducido en español en el 2001, validado y aplicado en el 2003 en México por Gómez Clavelina e Irigoyen. En FACES III se agrega la comunicación familiar evaluado con el instrumento ENRICH.

No encontramos evidencia de la utilización de este instrumento para evaluar las repercusiones de la Cohesión y Adaptabilidad en el control hipertensivo, encontramos en la red un estudio descriptivo publicado en el 2004, por parte del Instituto Superior de Ciencias Médicas investigando la importancia de la participación familiar en el control de la hipertensión arterial, obtuvo como resultado un elevado número de familias que fueron clasificadas como disfuncionales, y se observó que donde existía funcionalidad familiar, 56.86 % de los pacientes se mantenían controlados, mientras que en las 63 familias disfuncionales, sólo 6,35 % de los enfermos estaban controlados.

Por tal motivo, es necesario considerar que la funcionalidad familiar no debe ser entendida como un elemento “estático” de las familias, sino por el contrario, debe ser evaluada al tomar en cuenta su gran dinamismo de la familia y de la urgencia hipertensiva, con una visión integradoras de los elementos biológicos, psicológicos y sociales de cada paciente.

MARCO TEORICO

Definición:

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) a la elevación crónica de la presión arterial sistólica > 140 mmHg y presión arterial diastólica > de 90 mmHg o ambas, con el objetivo de mantener un control terapéutico de la cifras tensionales < 140/90 mmHg en pacientes sin comorbilidades¹. El JNC VI establece realizar dos tomas o más en visitas posteriores, después de una inicial².

Las cifras de presión arterial sistólica <120 mmHg y diastólica <80 mmHg son consideradas normales, no obstante no indican necesariamente que no haya riesgo, y en determinados casos puede ser preciso el tratamiento antihipertensivo en personas con cifras inferiores de 140/90 mmHg³.

Por tal motivo es preciso confirmar que la elevación de la presión arterial sea genuina, descartando factores externos que pudieran ocasionar la elevación transitoria de la presión arterial. Sin embargo, cuando se detecten cifras de presión arterial limítrofes, independientemente de la causa, deberá realizarse una búsqueda intencionada del diagnóstico de HAS¹.

Epidemiología:

El crecimiento desmesurado de las enfermedades crónicas degenerativas, entre ellas la hipertensión arterial sistémica, han superado a las enfermedades transmisibles, a esta transformación se le ha llamado “transición epidemiológica”, reconociendo a las enfermedades crónicas como la primera causa de morbimortalidad en el adulto⁴.

La Hipertensión arterial tiene tasas de morbilidad y mortalidad considerablemente elevadas, por lo que es considerado uno de los problemas más importantes de Salud Pública⁵.

La hipertensión arterial es la enfermedad crónica del adulto de mayor prevalencia a nivel mundial. En México, para el año 2000 la prevalencia informada para la HAS entre los 20 y 69 años fue del 30.05%, es decir más de 13 millones de mexicanos⁶.

De esta población hipertensa se destaca aspectos relevantes: el aumento constante de la prevalencia en la población joven y su asociación con otros factores de riesgo cardiovascular⁵.

ENSANUT en 2006 informo prevalencia de 31%, así para el 2007 se estimó que 17 millones de adultos mayores de 20 años eran portadores de HAS. Demostrando que los estados del norte de la República Mexicana alcanzan cifras de prevalencia aún mayores⁶.

Los datos obtenidos del Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE) para el período 2004 – 2010 de la población general existen 3,738,174 casos de Hipertensión arterial⁵.

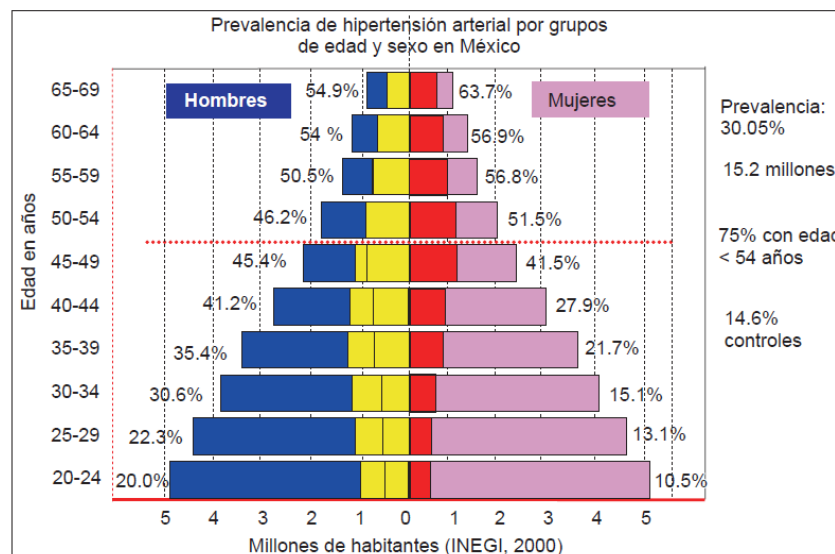


Fig. 1 Prevalencia de Hipertensión arterial por grupos de edad y sexo en México. Censo de población y vivienda del INEGI año 2000.

En la encuesta nacional del 2000, se encontró que el 61% de las personas detectadas con HAS desconocían ser portadores de esta patología. De los que fueron detectados con HAS, solo la mitad estaba bajo tratamiento farmacológico antihipertensivo, y de estos solo el 14.6% mostró cifras de control (<140/90mmHg), eso sin contar el criterio reciente para personas con HAS y Diabetes Mellitus⁶.

De manera que, de forma rigurosa solamente el 10% de la población hipertensa en México está realmente en control óptimo. Además se encontró que el 75% de los hipertensos, tiene menos de 54 años de edad⁶.

En la Re-Encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENAHTA) del 2005 se estudiaron 14,567 pacientes con hipertensión arterial, presentando una mortalidad de 2.3%, obteniendo 13,067 sujetos de análisis, dentro de los cuales se encontraron cifras tensionales óptimas un 2.7%, cifras tensionales normales 9.9%,

normal alta 6.7%, hipertensión estadio 1, 34.9%, hipertensión estadio 2, 41.4% e hipertensión estadio 3 4.5%, observándose una tasa de control de 19.2 y de descontrol de 80.8%, tomando como punto de corte una presión arterial de 140/90 mmHg⁶.

De acuerdo a RENAHTA 2005, de la población con HAS descontrolada en México (80.8%), se determinó la siguiente distribución por edad y grados de severidad⁶.

Población hipertensa con > 140/90 mmHg N= 10,554 (80.8%)				
Edad en años	Estadio 1	Estadio 2	Estadio 3	Total de grupo de edad (N)
20 a 34	1,667 (73.8%)	74 (3.3%)	23 (1.0%)	2,260
35 a 54	2,885 (47.8%)	970 (16.1%)	168 (2.8%)	6,040
55 o mas	2 (0.04%)	4,362 (91.5%)	403 (8.5%)	4,767
Total	4,554 (34.9%)	5,406 (41.4%)	594 (4.5%)	13,607

Tabla 1. Población hipertensa con presión arterial descontrolada.

El 95% de los pacientes con HAS no tienen una etiología conocida y caen bajo el rubro de causa primaria o esencial, frecuentemente asociada a obesidad, síndrome metabólico, resistencia a la insulina, tabaquismo, situaciones que incrementan el riesgo global total, del que se debe tener un concepto integral⁷.

En México, la prevalencia de otras enfermedades crónicas, que a la vez son factores de riesgo cardiovascular como la diabetes mellitus con una prevalencia nacional de 10.8%, obesidad y tabaquismo también han aumentado su prevalencia 30.4% y 36.6%, respectivamente⁷.

Esto tiene como consecuencia que las complicaciones letales vayan en aumento, como cardiopatía isquémica e insuficiencia cardiaca la cual se duplicó desde mediados de los años noventa⁷.

En cuanto la economía medica los gastos globales en el tratamiento antihipertensivo son de unos 50 mil millones de dólares anuales. Más del 90% de los cuales se gastan en países de altos ingresos, mientras que los países de bajos y medianos ingresos, a pesar de tener una carga de enfermedad más de cinco veces mayor que los correspondientes países de altos ingresos, tienen acceso a solo el 10% de los recursos globales de tratamiento⁸.

Fisiopatología:

Se han implicado múltiples factores fisiopatológicos en el origen de las HAS como incremento del tono simpático, quizás relacionado con una respuesta al estrés psicosocial, sobreproducción de hormonas retenedoras de sodio y vasoconstrictoras, ingesta excesiva de sodio, aporte inadecuado de calcio y potasio en la dieta, secreción de renina angiotensina inadecuada, producción deficiente de sustancia vasodilatadoras tales como prostaciclina y óxido nítrico así como de péptidos natriurético⁹.

Actualmente se desarrollan investigaciones en cuatro teorías que explican la patogénesis de la HAS: genética, neurogénica, humoral y autorregulación.

Teoría Genética: el principio básico es una alteración del ADN. Hay varios genes candidatos: gen de renina, genes que codifican la kinina, la kaliceína y las prostaglandinas renales, pero debe existir un estímulo que dispara la replicación del ADN, entre los que se mencionan: la ingestión excesiva de sal y el estrés emocional¹⁰.

El defecto genético de fondo es responsable de modular el metabolismo de lípidos, carbohidratos y ácido úrico, probables responsables de la hiperinsulinemia el cual es responsable de múltiples efectos como retención de sodio, acumulo de calcio y actividad simpática aumentada así como expresiones de proto-oncogenes que condicionan hipertensión arterial, hipertrofia, fibrosis y disfunción tisular¹⁰.

Teoría neurógena: se apoya en el estado hipercinético encontrado en hipertensos de corto período de evolución. Dentro de los centros de control nervioso que se pueden alterar, se señala el área perifornical del hipotálamo¹⁰.

El incremento de la actividad del sistema nervioso simpático incrementa la presión arterial y contribuye al desarrollo y mantenimiento de la hipertensión a través de la estimulación del corazón, vasculatura periférica y riñón, lo que causa un aumento del gasto cardiaco, de la resistencia vascular y la retención hídrica⁹.

Teoría humoral: El sistema por excelencia que se ha estudiado ampliamente es el de renina-angiotensina-aldosterona, cuyos efectos finales son el aumento de la PA por vasoconstricción o sobrecarga de volumen¹⁰.

En este mecanismo interactúan:

Endotelinas: Factores vasoconstrictores 10 a 100 veces más poderosos que la angiotensina II. Sistema complejo formado por pre-endotelina, proendotelina y endotelinas; esta ejerce acciones sobre el tono vascular, excreción renal de sodio y agua y la producción de la matriz extracelular. Están implicadas en el proceso de remodelamiento vascular de regulación de la proliferación celular, produciendo hiperplasia e hipertrofia del músculo liso vascular¹¹.

Sistema renina angiotensina aldosterona (SRAA): Comprende unas series de proteínas y 4 angiotensinas (I, II, III, IV). Este sistema induce estrés oxidativo a nivel tisular, el que produce tanto cambios estructurales como funcionales, especialmente disfunción endotelial, que configuran la patología hipertensiva¹¹.

Las acciones de la angiotensina II incluyen: contracción del músculo liso vascular arterial y venoso, estimulación de la síntesis y secreción de aldosterona, liberación de noradrenalina en las terminaciones simpáticas, modulación del transporte del sodio (Na) por las células tubulares renales, aumento del estrés oxidativo por activación de oxidasas NADH y NADPH, estimulación de vasopresina/ADH, estimulación del centro dipsogeno en el sistema nervioso central, antagonismo del sistema del péptido atrial natriuretico natural y tipo C, incremento de producción de endotelina y de prostaglandinas vasoconstrictoras. La angiotensina y aldosterona incrementan el tejido colágeno a nivel cardíaco y vascular, además poseen acción estimulante sobre el factor de crecimiento de tejido conectivo. El remodelamiento vascular estimulado por el SRAA, es diferente en las arterias grandes y en las pequeñas¹¹.

Factor digitalico endógeno (FDE): Inhibe la bomba de Na-K-Mg-ATPasa, con intensa actividad vasoconstrictora de acción natriuretica¹¹.

Hormonas gastrointestinales del sistema: poseen una intensa acción vascular, por ejemplo el péptido intestinal vasoactivo es intensamente vasodilatador, la coherina es vasoconstrictora, la colecistokinina es vasodilatadora, la sustancia P también es vasodilatadora. Existe la posibilidad de que estas hormonas contribuyan a la regulación de la presión arterial, regulación que se perdería en las HAS esencial¹¹.

Eje hipotálamo-hipófisis-renosuprarrenal-intestinal: el cual mantiene la regulación de la presión arterial, que pudiera alterarse en algunos casos de HAS esencial¹¹.

Evaluación diagnóstica inicial

Los procedimientos diagnósticos deben ser encaminados a:

Establecer los niveles de presión; identificar las posibles causas de HAS secundaria; y, evaluar el riesgo cardiovascular, comorbilidades, tratamiento previos o actual, descartar posibles causas de hipertensión secundaria. Los procedimientos diagnósticos implican¹²:

1. Historia clínica.
2. Sintomatología: En búsqueda de daño a órgano blanco.
3. Exploración física: Debe incluir: medición de estatura, peso, cintura, cadera y cálculo de relación cintura a cadera e índice de masa corporal (IMC), la evaluación de los pulsos, frecuencia cardíaca, cifras de presión arterial, auscultación del corazón, búsqueda de soplos carotídeos, torácicos o periumbilicales, y un examen del fondo del ojo⁸.
4. Exámenes de laboratorio y gabinete, algunos de los cuales deben ser considerados como rutina en toda persona con presión arterial elevada, como glucosa sanguínea, perfil de lípidos, ácido úrico, electrolitos séricos, creatinina sérica, biometría hemática, examen general de orina, microalbuminaria, electrocardiograma y radiografía de tórax¹².

Confirmación diagnóstica

Se ha utilizado el perfil de presión arterial, que consiste en realizar al menos dos mediciones adicionales de presión arterial en cada brazo, separado a los 30 segundos, en días distintos y en un lapso no mayor a 15 días. Si los valores difieren por más de 5 mmHg, se debe tomar lecturas adicionales hasta estabilizar los valores¹³.

Medición de Presión Arterial:

El instrumento clásicamente utilizado es el esfigmomanómetro anaeroide o de mercurio con brazalete adecuado. Es necesario seguir los siguientes requerimientos¹⁴:

- El paciente debe haber descansado por lo menos 5 minutos antes de la medición.
- Debe estar sentado con el brazo apoyado, la ropa no debe oprimirle el brazo y el brazalete debe ser colocado a nivel del corazón.
- El paciente no debe haber fumado ni consumido cafeína durante los 30 minutos previos a la toma de presión arterial.

- El brazalete debe tener el ancho adecuado cubriendo las dos terceras partes de la longitud del brazo y el borde inferior debe estar entre 2 a 3cm por encima de la flexura del codo, de tal forma que se pueda colocar el estetoscopio sobre la arteria braquial.

Procedimiento¹⁴:

- Se debe localizar adecuadamente el latido de la arteria braquial y el pulso radial.
- Se debe inflar con rapidez el manguillo hasta 30mmHg por encima de la presión sistólica, reconocida por la desaparición del pulso radial.
- Al llegar a este punto hay que colocar el estetoscopio en la fosa antecubital y comenzar a desinflar el manguito a razón de 2 a 3 mmHg por segundo.
- El valor de la presión sistólica se determina por el primer ruido de Korotkoff y la diastólica por el último quinto ruido de korotkoff.
- Se deben realizar dos o más tomas de la presión arterial, separadas por 2 a 5 minutos, para posteriormente promediarlas.

Clasificación de la HAS:

Dicha clasificación está basada en la media de dos ó más medidas correctas, en posición sentado en cada una de dos ó más visitas en consultas¹⁵. Se deberá determinar las cifras obtenidas en las 2 o más tomas considerando la cifra más elevada para clasificar al paciente¹².

El The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC - 7) Proporciona una clasificación de presión arterial para mayores de 18 años¹⁶.

Clasificación de presión sanguínea	Sistólica mmHg	Diastólica mmHg
<i>Normal</i>	< 120	< 80
<i>Pre hipertensión</i>	120 - 139	80-89
<i>Hipertensión estadio 1</i>	140 -159	90 - 99
<i>Hipertensión estadio 2</i>	> 160	> 100

Tabla 2. Clasificación de Hipertensión Arterial Sistémica según el JNC-7.

Pre hipertensión: Sensibilizar a la población general y a los profesionales sanitarios para que apliquen, lo antes posible, estrategias efectivas dirigidas hacia una vida más sana a través de la prevención de la hipertensión y de la enfermedad cardiovascular relacionada con ésta¹.

Estadio 1: Se cataloga al paciente como hipertenso estadio 1 cuando la presión sistólica está entre 140 y 159 mmHg y/o la presión diastólica está entre 90 y 99 mmHg. Sin embargo, si el enfermo tiene diabetes o daño renal con proteinuria, debe ser catalogado como hipertenso estadio 2¹.

Estadio 2: A este estadio pertenecen aquellos enfermos cuya presión sistólica es mayor de 160 mmHg y/o la diastólica mayor de 100 mmHg. En general, este grupo difícilmente responde a un solo medicamento, por lo que la terapia inicial puede ser con tratamiento combinado. Es conveniente señalar que si el enfermo es además diabético con proteinuria, o bien hay evidencia de daño renal ó a otro órgano blanco, se le debe considerar de riesgo mayor¹.

Factores de riesgo cardiovascular (FRCV):

Para manejar un paciente con hipertensión arterial, se debe tener en cuenta no solo los niveles tensionales, sino el riesgo cardiovascular total, definiendo factor de riesgo cardiovascular como un elemento biológico, conducta o enfermedad que aumentan, con su presencia, las posibilidades de contraer una enfermedad cardiovascular, que puede llevar al paciente a la muerte, como el infarto del miocardio, la insuficiencia cardiaca y muerte súbita⁷.

La hipertensión se presenta junto a otros factores de riesgo cardiovasculares, potenciando su efecto; así el FRCV global es mayor que la suma de los riesgos individuales⁷.

Factores de riesgo cardiovascular según JNC - 7
<ul style="list-style-type: none">▪ Hipertensión▪ Tabaquismo▪ Obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²)▪ Vida sedentaria▪ Dislipidemia▪ Diabetes mellitus▪ Microalbuminuria o TFG estimada <60 ml/min▪ Edad (varones > 55 años, mujeres > 65 años)▪ Antecedentes familiares de enfermedad CV prematura (en varones de < 55 años o mujeres < 65)

Tabla 3. Factores de Riesgo cardiovascular según el JNC-7

Además deben considerarse factores de riesgo menores predisponentes como la raza, factores psicosociales y la educación, los cuales no tienen una evidencia

definitiva de factor causal, porque su potencial aterogenico es menor, sin embargo su amplia distribución mundial incrementaría el número de individuos para calificar para tratamiento médico⁷.

Metas terapéuticas en el control de Hipertensión Arterial:

Cifras tensionales Optimas	Co-morbilidades
< 130 / 85 mmHg	En consultorio.
< 130 / 80 mmHg	Pacientes con diabetes mellitus, enfermedad renal crónica e insuficiencia cardiaca.
< 120 / 75 mmHg	Pacientes con evidencia de proteinuria >1g/24 horas.

Tabla 4. Metas terapéuticas en el control de Hipertensión Arterial.

Recientemente se ha propuesto una presión arterial domiciliaria de 125/80 mmHg, que se corresponde con una presión arterial en la consulta de 130/85 mmHg (límite superior de la normalidad) y de 115/75 mmHg, correspondiente a 120/80 mmHg en la consulta (valor de presión arterial óptima)⁵. En la última Conferencia Internacional de Consenso sobre MAPA se propone un valor inferior al normal para el período diurno (< 130/80 mmHg)¹⁷.

Tratamiento:

El objetivo del tratamiento es mantener cifras de presión arterial en niveles óptimos. De esta forma se evita la elevación de la tensión arterial y se previene el daño a órganos. Entre las primeras medidas que el médico debe implementar en el tratamiento de todo paciente con HAS se encuentran⁷:

Tratamiento No Farmacológico:

Control de peso: Se sugiere llevar al paciente a un índice de masa corporal menor a 30. Está demostrado que por cada 10 kg de reducción en el peso se llegan a disminuir de 5 a 20 mm/Hg las cifras sistólicas de presión⁷.

Dieta: La cual debe ser rica en frutas y vegetales y con pocas grasas saturadas puede incidir en una reducción de las cifras sistólicas hasta de 8 mm/Hg.

Dieta hiposódica: con 2 g de sodio al día puede disminuir las cifras sistólicas de 8 a 10 mm/Hg⁷.

Actividad física: Preferentemente aeróbica durante 30 minutos continuos por lo menos 4 veces a la semana ayuda a controlar el peso y puede disminuir las cifras

de TA en 4 a 9 mm/Hg además de ofrecer una gran cantidad de beneficios ya conocidos⁷.

Alcohol: su reducción es de gran importancia en el paciente hipertenso. Los pacientes que reducen en forma significativa su consumo pueden disminuir sus cifras sistólicas de 4 a 6 mm/Hg⁷.

Tabaquismo: suprimirlo⁷.

Podemos observar que realizando cambios en el estilo de vida podemos alcanzar un efecto aproximado en la reducción de presión arterial⁷:

Intervención	Efecto aproximado en la reducción de la presión arterial sistólica
Reducción de peso	5-20 mmHg por cada 10kg perdidos
Plan de comida	8 – 14 mmHg
Reducción de sodio de la dieta	8 – 10 mmHg
Actividad física	4 – 9 mmHg
Moderar consumo de alcohol	4 - 6 mmHg

Tabla 4. Reducción de presión arterial sistólica según la intervención.

Tratamiento Farmacológico:

La individualización del tratamiento constituye la base de la elección de fármacos antihipertensivos. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que los hipertensos con ciertas enfermedades asociadas obtienen un mayor beneficio de determinados grupos farmacológicos¹⁷.

En la actualidad se cuenta con seis mayores clases de agentes antihipertensivo: natriureticos, calcio antagonistas, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (I-ECA), antagonistas del receptor de angiotensina II (ARA-II), inhibidores de la actividad de la renina, y beta bloqueadores¹⁸.

- 1- Natriureticos (N)
- 2- Beta bloqueadores (BB)
- 3- Bloqueadores de los canales de Calcio (BCC)
- 4- Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)
- 5- Antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II)
- 6- Bloqueadores alfa 1

- Natriureticos (N)

Tiazidas: En este grupo se encuentra la clortalidona y la hidroclorotiazida, se pueden utilizar en la mayoría de los pacientes solas o combinadas, siempre a dosis bajas para evitar los efectos adversos, entre los que destacan la hipokalemia, las arritmias, la hiperuricemia, favorecer nuevos casos de diabetes y alterar el metabolismo de los lípidos¹⁸.

Diuréticos de asa: Representados por el furosemide que tienen más efecto diurético que natriurético, por lo tanto son menos efectivos como antihipertensivo, tienen más indicación como parte del tratamiento en casos de insuficiencia cardiaca o insuficiencia renal¹⁸.

Ahorrradores de potasio: Como la espironolactona, que será efectiva en los raros casos de aldosteronismo y como apoyo en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca¹⁸.

- Beta bloqueadores (BB)

Disminuyen la PA por disminuir la frecuencia cardiaca y la fuerza de contracción miocárdica, por lo que disminuyen el consumo de oxígeno y son útiles en la angina de pecho, además de disminuir la actividad plasmática de la renina. Actualmente se consideran útiles en el manejo del hipertenso asociado a angina de pecho y en la reducción de la mortalidad en el postinfarto y los cardioselectivos a dosis bajas en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca¹⁸.

- Bloqueadores de los canales de Calcio (BCC)

Los calcioantagonistas evitan parcialmente la entrada de Ca⁺⁺ a las células, en general son considerados sin distinción en un solo grupo, debiendo ser diferenciados en relación a su mayor acción, ya sea sobre el corazón como el verapamilo y el diltiazem y los de mayor efecto a nivel vascular periférico como los derivados de las dihidropiridinas.

Ello es importante al considerar algunas indicaciones y contraindicaciones, por ejemplo, los primeros tendrán mejor respuesta en pacientes hipertensos isquémicos, pero no deberán ser empleados en presencia de insuficiencia cardiaca o bloqueo auriculoventricular¹⁷.

- Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)

En diversos estudios han demostrado sus ventajas en reducir la hipertrofia ventricular izquierda y las complicaciones cardiovasculares del hipertenso, aun en el que se asocia a diabetes, así como en reducir la mortalidad, la insuficiencia cardiaca y el riesgo de accidentes cerebrovasculares.

También evitan la remodelación del miocardio postinfartado, ofrecen nefroprotección al reducir la hiperfiltración renal y la progresión de la microalbuminuria y proteinuria, mejoran la sensibilidad de la insulina, que los coloca como de elección en el paciente pre diabético o diabético¹⁸.

- Antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARAII)

Bloquean los efectos de la angiotensina II en el receptor AT1, ya sea la que se forma por el SRAA o la que se produce de manera local (tisular), favoreciendo con ello la vasodilatación, la disminución de la hipertrofia ventricular izquierda y del músculo liso vascular, así como protección endotelial¹⁸.

Se ha observado que ofrecen reducción rápida de la PA, desde la semana dos de su administración. Tienen efectos de órgano protección similares a los IECA, con un buen perfil de seguridad y menos incidencia de eventos adversos. Al igual que los IECA también retienen potasio, por lo que se debe tener precaución en el uso concomitante de ahorradores de potasio o en estados de hiperkalemia¹⁸.

- Bloqueadores alfa 1

Al bloquear específicamente estos receptores, favorecen la vasodilatación. Al inicio de su empleo pueden presentar elevación de la actividad plasmática de la renina, pueden también provocar disminución en la presión de perfusión renal, con retención de sodio y agua.

Son benéficos en el perfil de lípidos por disminuir los triglicéridos y el colesterol LDL y aumentar el colesterol HDL; producen con frecuencia cefalea, palpitaciones e hipotensión postural. En la actualidad sólo se emplean como tercer o cuarto antihipertensivo¹⁸.

Monoterapia versus terapia combinada

La monoterapia permite alcanzar la meta de tratamiento sólo en limitado número de hipertensos, puede ser inicialmente empleada para el manejo de discretas elevaciones de presión en pacientes con riesgo total bajo a moderado.

La terapia combinada puede conseguir una mejor respuesta antihipertensiva en forma más temprana, con lo que se logra la reducción de la mortalidad y el daño a diversos órganos, además se emplean dosis menores de cada medicamento, con lo que se evitan o disminuyen los efectos adversos que se tendrían al emplear la monoterapia a dosis mayores.

Su utilización es razonable en casos de HAS estadio 2 pero también puede hacerse en casos de HAS grado 1 cuando el riesgo sea moderado, empleando

dosis bajas de dos antihipertensivos de diferente grupo farmacológico. La asociación de combinaciones en una sola tableta, favorece además la adherencia al tratamiento¹⁸.

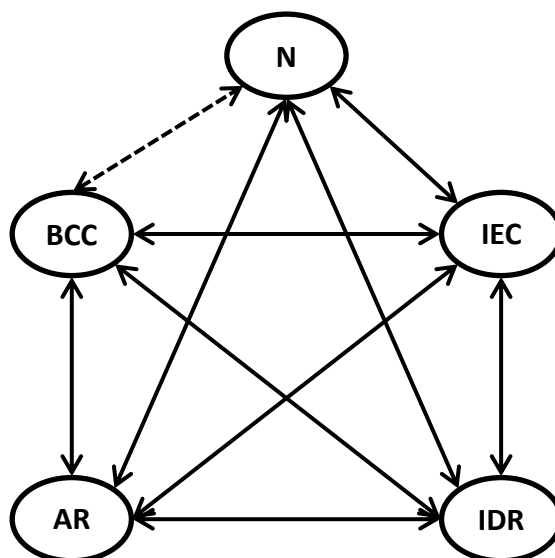


Figura 2. Combinaciones de antihipertensivos recomendadas. Las flechas continúan indican las combinaciones recomendadas en base a la evidencia actual. Las líneas punteadas las combinaciones menos recomendadas.

De acuerdo a la clasificación para hipertensión arterial según el JNC-7 se puede iniciar tratamiento farmacológico de acuerdo a lo siguiente²:

Clasificación de presión arterial	Modificación del estilo de vida	Tratamiento farmacológico sin contraindicaciones absolutas	Tratamiento farmacológico con indicaciones específicas
<i>Normal</i>	Estimular		
<i>Pre hipertensión</i>	Si	No está indicado utilizar fármacos antihipertensivos	
<i>Hipertensión estadio 1</i>	Si	Diuréticos tiazidicos en la mayoría de los casos. Se puede considerar IECA, ARA II, BB, BCC o combinaciones	Fármacos para indicación específica.
<i>Hipertensión estadio 2</i>	Si	Combinación de dos fármacos en la mayoría de los casos. Generalmente diuréticos tiazidicos y IECA, ARA II O BB.	Se necesitan otros fármacos antihipertensivos.

Tabla 5. Tratamiento farmacológico de acuerdo a estadios de Hipertensión Arterial Sistémica.

Las combinaciones no recomendadas son:

- Beta bloqueador más verapamilo
- Bloqueadores alfa 1 más vasodilatadores como hidralazina
- IECA o ARA II más diurético ahorrador de potasio.
- Dos medicamentos con mecanismo de acción semejante⁹.

Seguimiento y control:

- Los pacientes deben acudir para el seguimiento y ajuste de la medicación hasta que se alcance el objetivo de TA.
- Se necesitan visitas más frecuentes en el estadio 2 de HTN o cuando existan condiciones de comorbilidades.
- El potasio sérico y la creatinina se deben monitorizar 1-2 veces al año.
- Tras alcanzar el objetivo de TA de forma estable, las visitas de seguimiento serán a intervalos de 3 a 6 meses¹².

Complicaciones cardiovasculares:

- Disfunción del ventrículo izquierdo e insuficiencia cardiaca
- Crisis Hipertensiva
- Cardiopatía isquémica
- Accidente vascular encefálico⁸.

Familia:

La palabra *familia* deriva de la raíz latina “famulus”, que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo “famul”, que se origina de la voz osca “famel”, esclavo doméstico¹⁹.

El concepto de “Familia” de acuerdo al Consenso Académico en Medicina Familiar, se define como un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad.

Funciones básicas familiares:

Son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. Se reconocen las siguientes funciones²⁰:

- 1- Socialización: promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- 2- Afecto: interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico.
- 3- Cuidados: protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades del grupo familiar.
- 4- Estatus: participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
- 5- Reproducción: provisión de nuevos miembros ante la sociedad.
- 6- Desarrollo y ejercicio de la sexualidad.

Evaluación de la funcionalidad familiar

La funcionalidad familiar no debe ser entendida como un elemento “estático” de las familias, debe ser evaluada al tomar en cuenta su gran dinamismo; la familia se enfrenta en forma constante a múltiples factores que producen estrés, tanto a nivel individual como familiar y utiliza recursos con que cuenta para tratar de seguir cumpliendo con sus funciones fundamentales y disminuir el estrés a niveles más tolerables¹⁹.

Nos interesa la evaluación de la funcionalidad familiar en la medida que nos permite comprender cómo los daños a la salud son manejados por las familias. El afrontar estos factores de estrés depende, entre otros elementos, de su grado de cohesión, adaptabilidad y de la calidad de la comunicación que haya entre los miembros de la familia.

Escala de Evaluación de la Cohesión y adaptabilidad (FACES):

Historia:

El FACES de Olson, Portner y Lavee, desarrollada en 1979, es una de las escalas que evalúa dos de las dimensiones del Modelo Circunflejo de Sistemas, que principalmente definen el constructo de funcionamiento familiar²¹.

FACES en sus cuatro versiones, ha sido utilizada en más de 1200 estudios de investigación así como también en una amplia variedad de ámbitos clínicos durante los últimos 25 años²¹.

La versión original del FACES creada en 1978, contaba con 111 ítems y fue modificada en varias ocasiones para mejorar sus propiedades psicométricas, llegando a conformar el cuestionario FACES II a partir de FACE I, a fin de disponer de un instrumento más breve, se redujo la escala a 50 ítems, obteniendo confiabilidad de 0.91 para la escala de cohesión y de 0.80 para la adaptabilidad²¹.

Posteriormente en 1982, Olson, Russel y Sprenkle la redujeron a 30 ítems, dado origen a la versión final de FACES II; y en 1985 se crea el FACE III, a fin de mejorar la confiabilidad, validez y utilidad clínica del instrumento mejorando su confiabilidad respecto a los anteriores, teniendo ya evaluación de constructo de su confiabilidad en México²¹.

Por último se crea FACES IV, y sus seis escalas (dos balanceadas y cuatro no balanceadas), sin embargo es un instrumento que aún no tiene validez en México ya que es necesario considerar que el proceso de traducción, retro traducción, transculturación, la aplicación a muestras heterogéneas de familias, evaluación de consistencia interna de cada escala, así como la evaluación de su validez de constructo no se han efectuado todavía en español²¹.

FACES III en México:

En México se realizó la validez de constructo del FACES III en español, por Ponce Rosas, Gómez Clavelina, Terán Trillo, Irigoyen Coria y Landgrave Ibañez, publicado en 17 de junio de 2002²².

Concluyendo que el FACES III en español tiene una confiabilidad de 0.70 y válido; 8 de los 12 criterios rebasaron satisfactoriamente los valores mínimos de referencia y 4 criterios no lo hicieron. Estos últimos se consideran limitaciones que no fueron consideradas suficientes para invalidar el modelo²².

Las limitaciones señaladas²²:

- La existencia de interacción lineal entre los ítems, la obtención de un modelo que no fue totalmente puro.
- Las estimaciones no adecuadas de las diferencias entre las correlaciones observadas u las estimadas.
- Los dos ítems en cohesión y cuatro en adaptabilidad que cargaron en dimensiones no conocidas a las esperadas, son características que deben considerarse en estudios futuros.

FACES III: Cohesión y Adaptabilidad

El FACES III evalúa las dos mayores dimensiones del modelo circunflejo: Cohesión y Adaptabilidad familiar, no mide directamente la funcionalidad de las familias, sino solamente el grado de las dos dimensiones señaladas en el modelo. Está diseñado para obtener la funcionalidad familiar de acuerdo a un ideal y a como lo perciben cada uno de sus miembros. La discrepancia entre lo ideal y lo percibido ayuda a identificar su nivel de satisfacción con la funcionalidad familiar cotidiana²³.

Cohesión:

La cohesión se define como el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen unos con respecto a otros. Algunos conceptos específicos o variables que son usados para diagnosticar y medir la cohesión familiar son²³:

- Vínculo emocional
- Compromiso familiar
- Relación marital
- Relación padres e hijos

Hay cuatro niveles de cohesión²³:

- *Separada y Conectada*: hacen una función familiar óptima son los niveles centrales.
- *Desvinculados y Amalgamados*: son generalmente vistos como problemáticos y son los niveles extremos.

NIVELES DE COHESION				
	Desvinculada	Separada	Conectada	Amalgamada
<i>Vínculo emocional</i>	-Extrema separación emocional. -Falta de lealtad familiar.	-Separación emocional. -Limitada cercanía ocasionalmente lealtad familiar.	-Cercanía emocional. -Alguna separación. -Lealtad familiar esperada.	-Extrema cercanía emocional. -Poca separación. -Lealtad familiar demandada.
<i>Compromiso familiar</i>	-Muy bajo compromiso o	-Compromiso aceptable.	-Compromiso enfatizado.	-Muy alto compromiso.

	interacción. -Respuesta afectiva infrecuente.	-Se prefiere distancia personal. -Alguna respuesta afectiva.	-Distancia personal preferida. -Interacciones afectivas alentadas y preferidas.	-Fusión y sobredependencia. -Alta respuesta afectiva y control.
<i>Relación marital</i>	-Alta separación emocional. -Limitada cercanía.	-Separación emocional -Alguna cercanía.	-Cercanía emocional. -Alguna separación.	-Extrema cercanía. -Limitada separación.
<i>Relación padres – hijos</i>	-Límites rígidos intergeneracionales. -Baja cercanía padres-hijos.	-Claros límites intergeneracionales. -Alguna cercanía padres-hijos.	-Claros límites intergeneracionales. -Alta cercanía padres-hijos.	-Falta de límites intergeneracionales. -Excesiva cercanía padres-hijos.
<i>Cohesión</i>	MUY BAJA	BAJA A MODERADA	MODERADA A ALTA	MUY ALTA

Tabla 6. Niveles de Cohesión.

Adaptabilidad Familiar:

La adaptabilidad familiar se define como la facultad de un sistema familiar o marital para cambiar²³:

- Liderazgo
- Disciplina
- Negociación
- Roles
- Reglas

Hay cuatro niveles de adaptabilidad²³:

- *Estructurado y Flexible*: son más conductivos a la funcionalidad familiar, ocupan los niveles centrales.
- *Rígidos y Caóticos*: son los más problemáticos para las familias, ocupan los niveles extremos.

NIVELES DE ADAPTABILIDAD				
	Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica
Liderazgo	-Liderazgo autoritario. -Padres muy controladores.	-Liderazgo principalmente autoritario aunque con algunos rasgos igualitarios.	-Liderazgo igualitario con cambios fluidos.	-Liderazgo limitado o errático. -Control parenteral insuficiente.
Disciplina	-Autocrática -Estricta con consecuencias rígidas sin atenuaciones.	-Algo democrática -Consecuencias predecibles. -Raros atenuantes.	-Usualmente democrática. -Consecuencias negociadas. -Algunos atenuantes.	-Laissez Faire e inefectiva. -Consecuencias inconsistentes. -Muchos atenuantes.
Negociación	-Negociaciones limitadas. -Decisiones impuestas por los padres.	-Negociaciones estructuradas. -Decisiones hechas por los padres.	-Negociaciones flexibles. -Decisiones hechas por acuerdo.	-Negociaciones interminables. -Decisiones impulsivas.
Roles	-Repertorio limitado -Roles definidos. -Rutinas no cambiantes.	-Roles estables pero pueden ser compartidos.	-Roles compartidos. -Reglas flexiblemente establecidas.	-Falta de claridad en los roles. -Inversión y transferencias de roles. -Pocas rutinas.
Reglas	-Reglas no cambiantes. -Reglas estrictamente establecidas.	-Poco cambio en las reglas. -Reglas firmemente establecidas.	-Algún cambio en las reglas. -Reglas flexiblemente establecidas	-Frecuente cambio en las reglas. -Reglas inconsistentemente establecidas.
Adaptabilidad	MUY BAJA	BAJA A MODERADA	MODERADA A ALTA	MUY ALTA

Tabla 7. Niveles de Adaptabilidad.

Comunicación:

La comunicación es la tercera dimensión del modelo circunflejo y como es considerada facilitativa, no está incluida gráficamente. Facilita a la familia moverse en dos dimensiones, cuya relación con el funcionamiento familiar es lineal, es decir a mejor comunicación familiar mejor funcionamiento familiar²⁴.

Entre los conceptos considerados en esta dimensión se encuentran²⁴:

- Empatía
- Escucha activa por parte del receptor
- Habilidades del emisor
- Libertad de expresión
- Continuidad
- Respeto
- Consideración

De esta forma las familias con tipos balanceados tienden a tener más habilidades positivas de comunicación que aquella con tipos extremos. Las habilidades positivas de comunicación capacitarán a las familias balanceadas para cambiar sus niveles de cohesión y adaptabilidad más fácilmente que aquella con tipos extremos. Para hacer frente a al estrés situacional y cambios del desarrollo a través del ciclo vital, las familias balanceadas cambiarán su cohesión y adaptabilidad, mientras que las familias con tipos extremos se resistirán al cambio en el tiempo²³.

Combinaciones posibles de FACES III:

Las dos dimensiones de adaptabilidad y cohesión, con sus 4 niveles están dispuestas en un modelo circunflejo de dos dimensiones, el cual da origen a 16 posibles combinaciones de cohesión y adaptabilidad²³.

	Desvinculada	Separada	Conectada	Amalgamada
Rígida	Rígidamente desvinculado	Rígidamente separado	Rígidamente conectado	Rígidamente amalgamado
Estructurada	Estructuralmente desvinculado	Estructuralmente separado	Estructuralmente conectado	Estructuralmente amalgamado
Flexible	Flexiblemente desvinculado	Flexiblemente separado	Flexiblemente conectado	Flexiblemente amalgamado
Caótica	Caóticamente desvinculado	Caóticamente separado	Caóticamente conectado	Caóticamente amalgamado

Tabla 8. Combinaciones de FACES III

Tipos Balanceados:

Ellos representan un balance entre los extremos de la cohesión y la adaptabilidad constante, estos son: flexiblemente separado, flexiblemente conectado, estructuralmente separado y estructuralmente conectado²³.

Tipos Rango Medio:

Ellos representan un balance entre los extremos de la cohesión y la adaptabilidad constante, en este apartado son 8 niveles los cuales son: caóticamente separado, caóticamente conectado, flexiblemente desvinculado, flexiblemente amalgamado, estructuralmente desvinculado, estructuralmente amalgamado, rígidamente separado, rígidamente conectados²³.

Tipos extremos:

Ellos representan un balance entre los extremos de la cohesión y la adaptabilidad constante, estos son: caóticamente desvinculado, caóticamente amalgamado, rígidamente desvinculado y rígidamente amalgamado²³.

Aplicación de FACES III:

Se ideó para ser administrado a las familias a través de todo el ciclo de vida, desde parejas recién casadas sin hijos hasta pareja en fase de retiro. Debe ser administrado a todos los miembros de la familia que estén capacitados para responder, deben ser mayores de 12 años.

Es una escala conformada por 20 ítems, 10 relativos a la cohesión y 10 a la adaptabilidad, instrumento de fácil aplicación y de calificar, cuenta con una escala que incluye cinco opciones con valores de 1 a 5²³.

Calificación de FACES III²³:

La calificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones.

La calificación de adaptación es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems pares.

COHESION	
	<i>Amplitud de clase</i>
Desvinculada	10 – 34
Separada	35 – 40
Conectada	41 – 45

Amalgamada	46 – 50
ADAPTABILIDAD	
Rígida	10 – 19
Estructurada	20 – 24
Flexible	25 – 28
Caótica	29 – 50

Tabla 9. Nivel de puntaje de adaptabilidad y cohesión según amplitud de clase en FACES III.

Impacto de la enfermedad en la familia:

Cuando la enfermedad crónica aparece en la familia, esta pone en marcha mecanismo de autorregulación que le permitirá seguir funcionando, de tal forma que se generan cambios en las interacciones familiares que tienen el propósito de llevar a la familia situación de equilibrio y desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad familiar²⁰.

Durante todo este proceso de enfermedad, la familia sufre al igual que el paciente y se puede generar cambios importantes dentro del grupo familiar, ante esto el médico debe prevenir diagnosticar e intervenir ya sea directamente o a través del equipo multidisciplinario de salud²⁰.

La enfermedad crónica como la hipertensión supone una profunda crisis familiar dada la desorganización que genera, a la que las familias podrán responder mejor cuanto más flexibles puedan ser, ya que afectar la distribución de roles y se tendrá que negociar, reajustar y compartir estos cambios²⁰.

De esta manera se puede esperar que las familias con mayor rigidez presenten mayores dificultades para responder a las crisis de enfermedad ya que no se pueden adaptar a las nuevas condiciones de la dinámica familiar. Lo que procede es flexibilizar las interacciones, de tal forma que cada uno de los integrantes de las familias pueda responder a su nuevo rol sin afectar de manera importante los límites establecidos hasta el momento²⁰.

Así, el individuo y la familia pueden seguir dos caminos: en el primero se vuelve a la normalidad, desaparecen las manifestaciones clínicas en paciente identificado y se mantiene el equilibrio familiar, reforzando su función y transformando el evento estresor en una experiencia positiva, en el segundo permanece la enfermedad y la familia entra en crisis, pudiendo llegar a ocasionar si esta se mantiene una disfunción familiar²⁵.

El que siga una u otra vía va a depender de los recursos tanto familiares como extra familiares. En ocasiones el apoyo no se encuentra en la familia y su entorno,

sino que el paciente cuenta con recursos propios, aportando soluciones a la resolución del problema²⁵.

La aplicación de FACES III, determina estas características en los pacientes con hipertensión arterial, permitiendo identificar el área afectada en este tipo de familia, y determinar la correlación funcionalidad familiar y descontrol hipertensivo.

Familia –Medico – Enfermedad:

Una buena comunicación entre el médico y la persona es la clave en el tratamiento exitoso de la hipertensión. La información y la educación proporcionan la base para que la persona hipertensa tenga un buen control¹²:

- Aumenta el conocimiento y la seguridad en el tratamiento.
- Mejora el control de su hipertensión.
- Mejora la adherencia.
- Previene o retarda la aparición de complicaciones.
- Promueve un estilo de vida saludable.
- Aumenta el bienestar biopsicosocial.
- Reduce los costos en el manejo de la enfermedad.
- Aumenta la expectativa de vida.

El hecho de que el médico familiar pueda llevar el seguimiento continuo de las familias con pacientes con enfermedad crónica, le permite darse cuenta del proceso que ocurre en respuesta a la enfermedad, con el fin de identificar las fases de este proceso y poder intervenir con la mejor estrategia de acuerdo a las características familiares con el fin de lograr la adaptación a esta nueva situación²⁶.

Aunque cada individuo y cada familia responderán de forma particular a la presencia de una enfermedad crónica, existen semejanzas que permitirán distinguir cinco etapas por las que atraviesa en conjunto²⁶:

- Etapa 1 o negación del padecimiento, de duración variable en la que se rechaza el diagnóstico.
- Etapa 2 o enojo, donde el paciente y la familia presentaran actitudes negativas hacia otras personas o así mismas culpándolas de la situación.
- Etapa 3 o de pacto, donde los miembros de la familia abandonan las actitudes negativas para replantear aquellas que benefician.
- Etapa 4 o depresión, el paciente tiende al aislamiento al abrumarse por el peso de la enfermedad y la repercusión que ocasiona en la familia.
- Etapa 5 o resignación, aceptación de la enfermedad.

La actuación del médico familiar debe ser de empatía, motivante y de orientación para que el paciente asuma el compromiso del control del padecimiento, situación que requiere conocimiento y destreza por parte del médico familiar.

Por lo que se debe tener en conocimiento que la historia natural de una enfermedad crónica se establece en tres etapas²⁶:

- 1- Crisis Inicial: Donde se puede incidir en la adaptación familiar, manejo de síntomas y enfrentamiento al tratamiento.
- 2- Fase Crónica: se puede incidir en aprendizaje para vida normal ante lo anormal. Orientar la superación de dependencia y sobreprotección.
- 3- Fase Terminal: Lograr el mantenimiento de la adaptación, manejo de sentimientos de tristeza y depresión.

La incapacidad para establecer una comunicación efectiva generalmente lleva a una pobre adherencia al tratamiento antihipertensivo y a un mal control de la PA. Una de las mejores estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento es involucrar a la persona y a su familia en las decisiones acerca de su tratamiento. Otras medidas que ayudan a optimizar el control incluyen la medición de la PA por los familiares en el hogar de la persona e involucrarlos en el plan terapéutico¹².

Steinglas y Horan (1988), describen que la enfermedad crónica es capaz de producir efectos negativos sobre la familia, efectos que actúan sobre la función y organización familiar; a su vez, los conflictos y tensiones entre los miembros de la familia pueden influir negativamente en el curso de la enfermedad crónica, como aparición de la misma, agravamiento y cronificación.

Solilew y Miller, plantean que las disfunciones familiares ejercen una influencia negativa en el desarrollo y control de las enfermedades cardiovasculares. Trief y colaboradores refieren que cuando es buena la cohesión familiar es más adecuado el control de las cifras de tensión arterial.

En un estudio realizado en el Instituto Superior de Ciencia médicas, en Santa Clara España, en el año 2004, llevado a cabo por González Alfonso, Vázquez González y Gómez Pacheco, acerca de la importancia de la participación familiar en el control de la hipertensión arterial, concluyeron que donde existía funcionalidad familiar el 56.86% de los pacientes se encontraban controlados y que de esta población el 69.23% existía buena interrelación del médico con su familia.

Otro estudio realizado en Madrid España, por el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, en el año 2005, llevado a cabo por Redondo Sendino, Guallar Castillon y Rodríguez Artalejo, acerca de la relación entre la red social y la hipertensión arterial en los ancianos, concluyeron que los ancianos que presentaban HAS eran casados o vivían acompañados, presentaban con menor frecuencia descontrol arterial. En cuanto a la relación matrimonial, en sujetos con HAS ligera, la mayor satisfacción y cohesión con la pareja se asociaba a una mejor presión arterial en un seguimiento a 3 años. Así mismo observaron que la presión arterial era más baja cuando se interaccionaba con la pareja que cuando se hacía con otras personas como amigos o vecinos.

El proceso de atención familiar no se limita a la enfermedad de la persona afectada, sino que a través de la causalidad circular otros miembros de la familia también pueden enfermar²³.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad se reconoce que en México la prevalencia identificada de hipertensión arterial sistémica es del 30%, según el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, y que el 75% son menores de 54 años, representando a nivel mundial un problema de salud pública.

La Encuesta Nacional de Salud 2000, nos mostró que lamentablemente el 61% de los hipertensos de este país desconocen ser portadores del Hipertensión arterial y del 49% de personas con diagnóstico previo de HAS menos del 50% están bajo tratamiento médico farmacológico y el 14.6% de la población con hipertensión arterial el 8% se encuentra con controles óptimos tensionales, explicando el aumento de la morbi-mortalidad de las complicaciones de la hipertensión arterial.

A su vez, se ha determinado la influencia de la familia en los pacientes con enfermedad crónica, ya que esta es capaz de producir un reajuste familiar tanto en lo funcional, económico, roles y dinámica familiar principalmente, generando una readaptación para responder a estos cambios; resultado de esto, es la funcionalidad familiar; sin embargo el tipo de respuesta depende de los recursos familiares de cada grupo, y el FACES III nos permite determinar estos parámetros, definiendo a la familia como funcional o disfuncional según su clasificación de 16 parámetros, de acuerdo al FACES, se espera que en las familias con mayor rigidez tendrán mayores dificultades para lograr un control hipertensivo ya que no es posible la adaptación a las nuevas condiciones familiares, esta es la importancia de estudiar la Cohesión y Adaptabilidad en pacientes hipertensos.

Por lo que es importante determinar en los pacientes hipertensos la cohesión y adaptabilidad familiar como recursos familiares para determinar si existe relación con el grado de control. Una detección oportuna de familias en riesgo permitiría un manejo integral tanto al individuo hipertenso como a su familia.

Por tal motivo surge la siguiente interrogante:

¿Existe relación entre cohesión y adaptabilidad familiar con el control hipertensivo mediante el uso de FACES III en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar
Numero 28?

JUSTIFICACION

Actualmente se considera que la hipertensión arterial sistémica es un gran problema de salud pública, no solo por su alta prevalencia sino por el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares con cifras altas de mortalidad, generando gastos globales en el tratamiento de unos 50 millones de dolores anuales aproximadamente, donde los países de altos ingresos se gastan el 90% y los países de bajos y medianos ingresos tienen acceso solo a un 10%, a pesar de tener más de cinco veces más prevalencia de la hipertensión. Originando que poblaciones económicamente activas, se vean afectas en los ingresos económicos por los gastos generados por la enfermedad.

Según el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de México, en el Mundo existen mil millones de personas con hipertensión arterial sistémica.

La prevalencia de hipertensión arterial en México es de 30%, en adultos mayores de 20 años, con mayor prevalencia es en los estados del Norte del país.

De acuerdo al sistema único automatizado para la Vigilancia Epidemiológica para el periodo 2004 a 2010, de la población general existen 3, 738,174 casos de hipertensión arterial, de los cuales el 2010 ocupa el tercer lugar en incidencia con 539,078 casos.¹⁰ Además se reporta que el 54% de la población requirió de hospitalización, haciendo uso de los servicios de urgencias de 2 a 10 veces al año, elevando el costo de la atención médica.

Aún más relevante según lo reportado por RENAHTA en el año 2000, es que en México el 61% de las personas con hipertensión arterial sistémica lo ignoran. Del 49% de personas con diagnóstico previo de HAS menos del 50% están bajo tratamiento médico farmacológico. De estos el 14.6% de la población con hipertensión arterial se encuentra en control con cifras menores de 140/90 mmHg. De tal forma que solo en 8% de la población total está en un control óptimo.¹¹

Lo anterior explica en gran medida el por qué nuestra tasa de urgencias o emergencias hipertensiva, cardiopatía isquémica, eventos vasculares cerebrales, insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardíaca y retinopatía, las cuales van en aumento, con un 60% de mortalidad por causas cardiovasculares.¹¹

En la Unidad de Medicina Familiar número 28 Gabriel Mancera, según el Departamento de Vigilancia Epidemiológica, cuenta con una población 20 a mayores de 60 años de 119, 71, con un total de 70,382 casos de hipertensión arterial, hasta 31 de diciembre del 2011, observándose que el año 2011 se presentaron 842 casos nuevos y en lo que va del año 2012 se han reportado 60

casos nuevos de hipertensión arterial sistémica, ubicándose en el primer lugar de consultas otorgadas en el periodo 2010 a 2011 con 79,038 consultas en la población de 20 años a mayores de 60 años.

Por tal motivo, la importancia de lograr un control hipertensivo óptimo radica en la disminución de la prevalencia y mortalidad por esta enfermedad, reducción de costos globales en complicaciones; priorizando una mejor atención médica a los pacientes con hipertensión, y aún más importante es la relación que existe entre el paciente hipertenso y la familia, ya que logrando un control óptimo, esta se beneficia considerablemente en mejoría en su estilo y calidad de vida, evitando que otro integrante de la familia enferme por hipertensión arterial.

Ya que la familia ofrece el apoyo que requiere el paciente, la familia debe entender, actuar y participar en el planeamiento del tratamiento y opinar sobre aquello que es posible cumplir con el fin de mantener las cifras tensionales óptimas en el paciente.

Ante esto, el médico familiar debe prevenir, diagnosticar y establecer un manejo integral que involucre a los familiares ya sea directamente o a través del equipo multidisciplinario de salud; debe mantenerse atento para apoyar al sistema familiar; de tal forma que la respuesta adaptativa a la enfermedad sea la más funcional posible dentro del potencial del grupo familiar, y; para lograr este objetivo el médico familiar debe conocer e identificar los recursos con los que cuentan las familias de los pacientes hipertensos.

HIPOTESIS

Hipótesis Alterna:

- En los pacientes con Hipertensión arterial descontrolada se asocian con niveles extremos de cohesión y adaptabilidad familiar (caóticamente desvinculado, caóticamente amalgamado, rígidamente desvinculado y rígidamente amalgamado).

Hipótesis Nula:

- En los pacientes con Hipertensión arterial descontrolada no presentan niveles extremos de cohesión y adaptabilidad familiar (caóticamente desvinculado, caóticamente amalgamado, rígidamente desvinculado y rígidamente amalgamado).

OBJETIVOS

General:

- Conocer el grado de cohesión y adaptabilidad en pacientes hipertensos de la UMF 28 y su relación con el control hipertensivo.

Específicos:

- Determinar cuál es el porcentaje de control de los pacientes Hipertensos incluidos en el estudio.
- Identificar el grado de cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes hipertensos incluidos en el estudio.
- Conocer el grado de control en relación al sexo de los pacientes hipertensos incluidos en el estudio.
- Determinar los factores sociodemográficos del grupo de pacientes hipertensos incluidos en el estudio.

MATERIAL Y METODOS

En el presente estudio, el tipo de muestreo fue no probabilístico a conveniencia de la autora se captaron 200 pacientes con Hipertensión arterial sin comorbilidades agregadas, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Núm. 28 del IMSS, captados en consulta externa de ambos turnos, a partir de Noviembre del 2012.

Se aplicaron las encuestas a aquellos pacientes que cumplieron los criterios de inclusión en la sala de espera, con aceptación del estudio mediante la firma del consentimiento informado, con posterior toma de tensión arterial por la autora, con auto aplicación de la encuesta FACES III y una encuesta socio demográfica, en un tiempo de 20 minutos aproximadamente, ambos con confidencialidad,

Ver Anexo 4 y 5

TIPO DE INVESTIGACION

Observacional, descriptivo, prospectivo, transversal y Correlacional

- **Observacional:** por el hecho que el investigador describió un fenómeno.
- **Descriptivo:** donde solo se cuenta con una población que se describe con un grupo de variables.
- **Prospectivo:** Ya que la información que se recogió es al momento del la encuesta.
- **Transversal:** estudio en que se mide solo una vez la o las variables.
- **Correlacional:** Según la relación entre variables, debido a que se identificó si existe relación entre 2 variables de estudio (Control hipertensivo y la cohesión y adaptabilidad funcional)

POBLACION O UNIVERSO

Constituida por hombres y mujeres con Hipertensión arterial sistémica, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Núm. 28 del IMSS.

LUGAR

Constituida por hombres y mujeres con Hipertensión arterial sistémica, capturados en consulta externa de ambos turnos, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Núm. 28. Gabriel Mancera del IMSS.

TIEMPO

Constituida por hombres y mujeres con Hipertensión arterial sistémica, capturados en consulta externa de ambos turnos, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Núm. 28 Gabriel Mancera del IMSS, a partir del mes de noviembre del 2012.

MUESTRA

La muestra de la población de estudio fue:

De tipo probabilística. Considerando el tamaño de la muestra para el estudio de cohesión y adaptabilidad familiar en relación al control hipertensivo mediante el uso de FACES III en pacientes de la unidad de medicina familiar 28.

A conveniencia de la autora con una población de 200 pacientes con hipertensión arterial que cumplieron criterios de inclusión.

CRITERIOS DE SELECCION DE MUESTRA

Inclusión:

- Pacientes con hipertensión arterial derechohabientes, Adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Núm. 28, que acepten participar y firmen la hoja de consentimiento informado del estudio.
- Pacientes con hipertensión arterial con edad de 18 a 80 años.
- Pacientes con hipertensión arterial que sepan leer y escribir.

Exclusión:

- Pacientes con hipertensión arterial con alteraciones neurológicas, alteraciones psicomotrices o aquellas que le impidan contestar el cuestionario.
- Pacientes con hipertensión arterial que presenten alguna otra enfermedad crónica degenerativa.
- Pacientes con hipertensión arterial con alguna complicación secundaria.

Eliminación:

- Pacientes con hipertensión arterial el cual haya llenado incompleto el cuestionario de evaluación familiar.
- Pacientes con hipertensión arterial el cual haya llenado el cuestionario de evaluación familiar con letra ilegible.

VARIABLES

Variable Independiente: Cohesión y Adaptabilidad.

- *Conceptualmente:*

La cohesión es el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen unos con respecto a otros. Hay cuatro niveles de cohesión: separada, conectada, desvinculada y amalgamada.

La adaptabilidad familiar es la facultad de un sistema familiar o marital para cambiar. Hay cuatro niveles de adaptabilidad: rígida, estructurada, flexible y caótica.

- *Operativamente:*

La Cohesión y Adaptabilidad se medirá a través de la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, FACES III.

La calificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones. Así tenemos la amplitud de clase para cada nivel: Desvinculada 10 a 34, separada de 35 a 40, conectada de 41 a 45 y amalgamada de 46 a 50.

La calificación de adaptación es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems pares. Así tenemos la amplitud de clase para cada nivel: rígida de 10 a 19, estructurada de 20 a 24, flexible de 25 a 28 y caótica de 29 a 50.

Ver Anexo 4

Variable Dependiente: Control Hipertensivo

- *Conceptual:*

El control hipertensivo se define cuando se logran las metas de tratamiento con cifras tensionales < 140 / 90 mmHg, en pacientes sin comorbilidades.

- *Operativamente:*

El control hipertensivo se detecta mediante la toma de Presión arterial mediante un baumanómetro y estetoscopio sin factores modificantes de la presión arterial.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo de Variable		Variables del estudio	Parámetros	Herramienta de medición
Cohesión familiar	Cualitativa	Ordinal	Independiente	1= Separada 2=Conectada 3= Desvinculada 4= Amalgamada	Instrumento de evaluación familiar FACES III
Adaptabilidad familiar	Cualitativa	Ordinal	Independiente	1= Rígida 2= Estructurada 3= Flexible 4= Caótica	Instrumento de evaluación familiar FACES III
Control Hipertensivo	Cuantitativa	Nominal	Dependiente	1= Presión arterial < 140 / 90 mmHg sin comorbilidades.	Según criterios del JNC-7.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

Variable	Tipo de Variable		Parámetros
Número de folio	Cuantitativa	Continua	Numero consecutivo de 1 a n
Sexo	Cualitativa	Nominal	1= Masculino 2= Femenino
Edad	Cuantitativa	Nominal	1= 18 a 25 años 2= 26 a 35 años 3= 36 a 45 años 4= 46 a 55 años 5= 56 a 65 años 6= Mayor de 66 años
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1= Soltero 2= Casado 3= Divorciado 4= Viudo 5= Unión libre
Escolaridad	Cuantitativa	Continua	1) Primaria 2) Secundaria 3) Preparatoria 4) Universidad 5) Posgrado

DISEÑO ESTADISTICO

Estadística descriptiva

El análisis estadístico se llevo a cabo a través del programa Windows 2010. Para el análisis de los resultados se utilizaran medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (desviación estándar, rango mínimo y valor máximo).

Además se utilizo estadística descriptiva para la presentación de los datos obtenidos.

Considerando que se investigo la relación entre 2 variables, una cuantitativa y la otra cualitativa, ya que la variable dependiente es cuantitativa se utilizo la prueba de T de Student para determinar la relación entre ambas variables.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Se aplicaron las encuestas a aquellos pacientes que cumplieron los criterios de inclusión en la sala de espera de ambos turnos de a UMF 28, con aceptación del estudio mediante la firma del consentimiento informado.

Posteriormente se tomaron las cifras de tensión arterial por la autora.

Con auto aplicación de la encuesta FACES III.

Además se aplicó una encuesta sociodemográfica a los pacientes incluidos en el estudios, manteniendo la confidencialidad de las encuestas.

METODOS DE RECOLECCION DE DATOS

- 1- Se recurre al censo del Departamento de Vigilancia Epidemiológica para determinar la población con hipertensión arterial adscritos a la unidad de Medicina Familiar Núm. 28, para calcular la muestra significativa.
- 2- En consulta externa de ambos turnos, se identifico a los pacientes con hipertensión arterial que cumplan los criterios de inclusión al estudio.
- 3- Se explicó el objetivo del estudio y se solicitó la participación con firma de la carta de consentimiento informado.
- 4- Se aplicó la encuesta de evaluación de funcionalidad familiar FACES III y la encuesta sociodemográfica en un tiempo máximo de 20 minutos, guardando la confidencialidad de los pacientes.
- 5- Se supervisó el correcto llenado de los datos auxiliando ante cualquier duda.
- 6- Se elaboró una base de datos de los paciente con hipertensión arterial para su posterior análisis.

MANIOBRAS PARA EVITAR SESGO

Se aplicó el instrumento de evaluación familiar FACES III al paciente hipertenso. Se aplicó a adultos de 20 años hasta mayores de 60 años y menores quienes puedan y sepan leer y escribir ya que es una encuesta auto aplicable.

Si el administrador de la prueba sospechó que el nivel de lectura es inadecuado, trabajo con la primera pregunta, haciendo que el sujeto lea el enunciado en voz alta y seleccionando en voz alta algunas alternativas.

Se le explicó al paciente que debía contestar las preguntas con letra legible, en caso de no poder realizarla se debio interrumpir la aplicación de la prueba. La prueba se realizó en 20 minutos. Es importante recordar que no recibieron ayuda de otras personas.

No se hizo mención de que la encuesta de evaluación familiar FACES III da como resultados diferentes niveles de cohesión y adaptabilidad. Hay razones para creer que los resultados pueden verse influenciados si la prueba es influenciada o si la prueba es presentada con tal comentario.

Se informo al paciente que los datos obtenidos de la escala de evaluación de funcionalidad familiar y la encuesta sociodemográfica son confidenciales, con el fin de obtener los resultados lo más verídico posible.

El examinadorexplico: usted debe dejar una pregunta en blanco si lo desea, cuando no esté seguro de que alternativa escoger o de si el enunciado realmente es explicable a usted, pero antes de dejarla en blanco intente dar una respuesta.

El examinador no discutió ninguna pregunta con el sujeto, explicando quien debe ser él quien debe buscar sus opinión lo más verídica posible. Si el sujeto pregunta el significado de una palabra, si es posible, deberá darse la definición del cuestionario.

El examinador reviso la prueba, para asegurar de que solo una de las respuestas alternativas ha sido señalada para cada pregunta, sea legible y que haya firmado la carta de consentimiento informado.

LOGISTICA

Recursos Humanos:

Para la realización de este proyecto se conto con un investigador, Médico residente de segundo año de la especialidad de Medicina Familiar adscrito a la Unidad de Medicina Familiar Núm. 28 “Gabriel Mancera”.

Asesor: Medico familiar, profesor titular de la residencia en Medicina Familiar de la UMF Núm. 28 “Gabriel Mancera”.

Recursos materiales:

Para la investigación se conto con una computadora Samsung laptop 2012 con Windows 2012, USB de 8 GB, para almacenar toda la investigación. Servicio de fotocopiado para reproducir la encuesta de evaluación familiar FACES III, encuesta sociodemográfica y carta de consentimiento, lápices y borradores.
Recursos Físicos:

Se utilizó los consultorios de consulta externa del turno matutino de la Unidad de Medicina familiar Núm. 28. Para la aplicación de las encuestas.

Recursos Financieros:

Los gastos en general estuvieron a cargo por el residente investigador de segundo año de medicina familiar.

CONSIDERACIONES ETICAS

La presente tesis obedece a la Declaración de Helsinki de 1975 en su versión de 1983 de la Asociación Médica Mundial y normas de ética que marca el Comité Institucional.

Cumple con las normas establecidas en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1987.

En donde se clasifica esta investigación como riesgo I: investigación sin riesgo, según lo dictado en el Título segundo, capítulo 1, artículo 17, “investigación sin riesgo, son aquellos que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y en aquellos en los que no realiza alguna intervención o modificación intencionada de las variables fisiológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se encuentran cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se identifique no se traten aspectos sensitivos a su conducta”.

Se integra la carta de consentimiento informado de protocolo de investigación de acuerdo a la Ley General de salud Artículo 100 Fracción IV 320 y 321. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestaciones de servicios médicos Artículo 80 y 81.

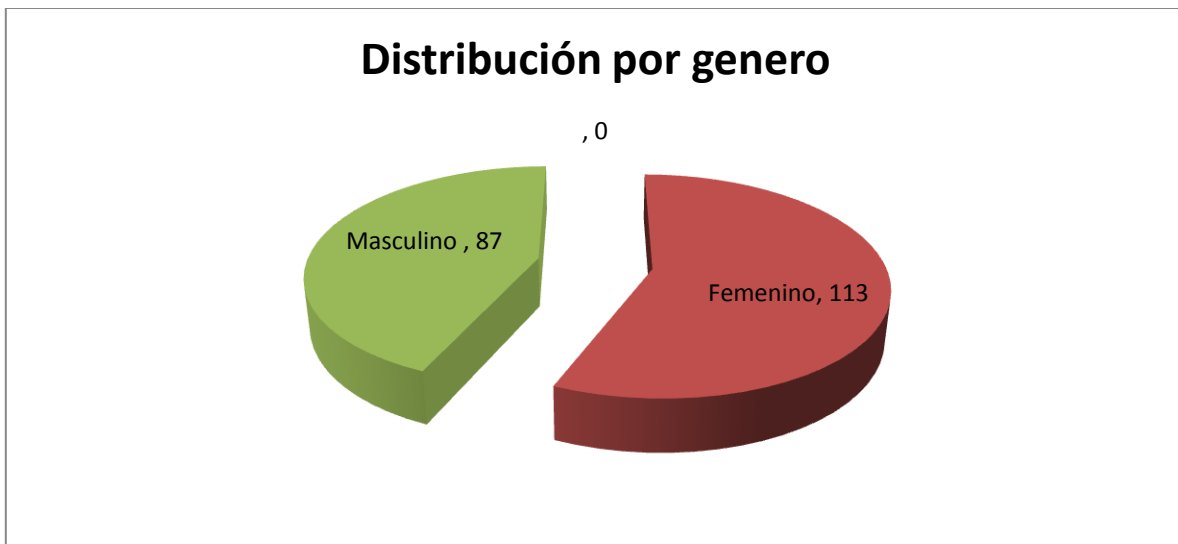
NOM-168-SSA-1998 de Expediente Clínico. Numerales 4.2 y 10.11.

De acuerdo a lo anterior se elabora la carta de consentimiento informado. (Ver Anexo)

RESULTADOS

■ Género:

El número total de pacientes incluidos en el estudio fue de 200. De éstos, 113 (56.5%) correspondieron al sexo femenino y 87 (43.5%) al sexo masculino.

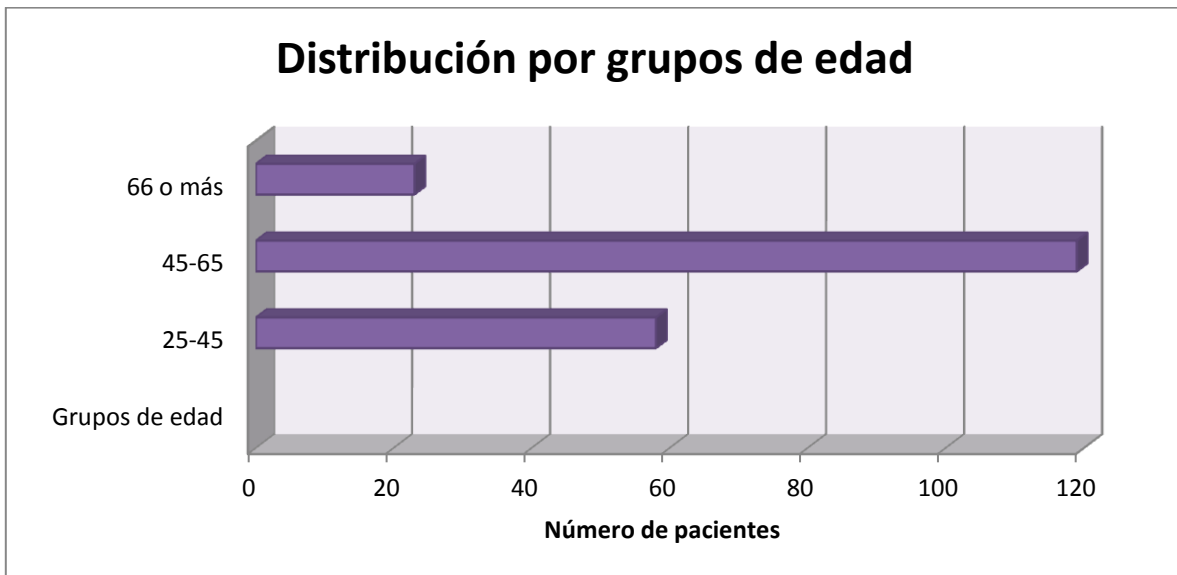


■ Grupos de edad:

Respecto a los grupos de edad, se distribuyeron de la siguiente manera:

- En el grupo de 25-45 años se encontraron: 58 pacientes
- En el grupo de 46-65 años se encontraron: 119 pacientes
- Mayores 66 años: 23 pacientes

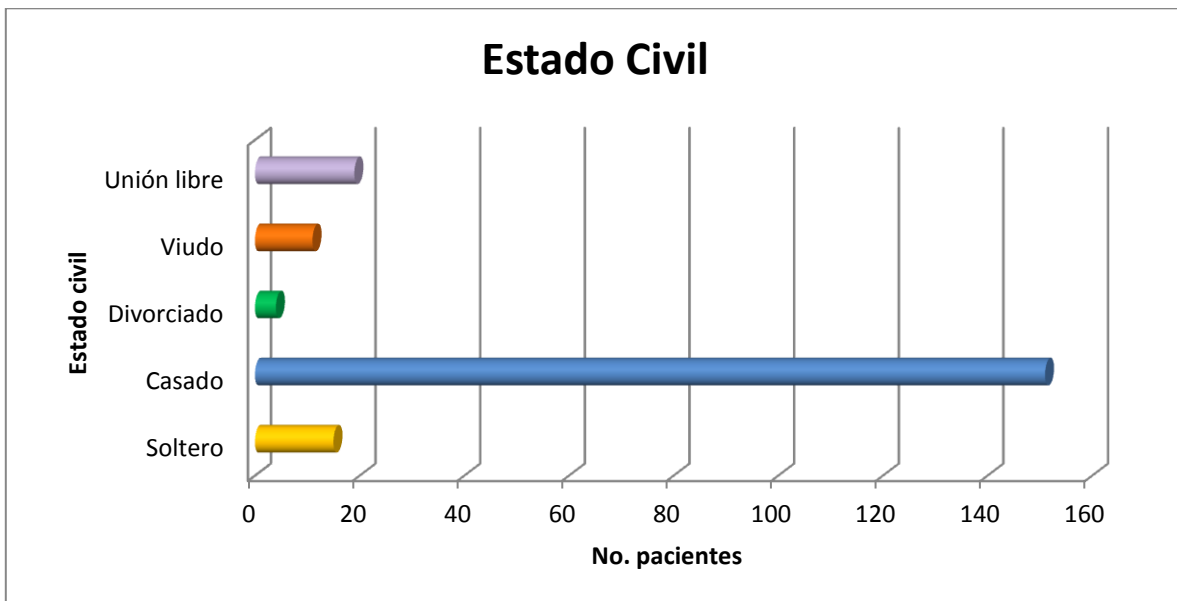
Siendo el grupo con mayor frecuencia el que corresponde a pacientes entre 45-65 años, que corresponde al 59.5% del total de la población.



■ Estado civil:

El grupo que se presenta con mayor frecuencia es el que corresponde al de pacientes casados con 151 pacientes, seguido del grupo de pacientes en unión libre, el grupo que se observa con menor frecuencia es el de pacientes divorciados.

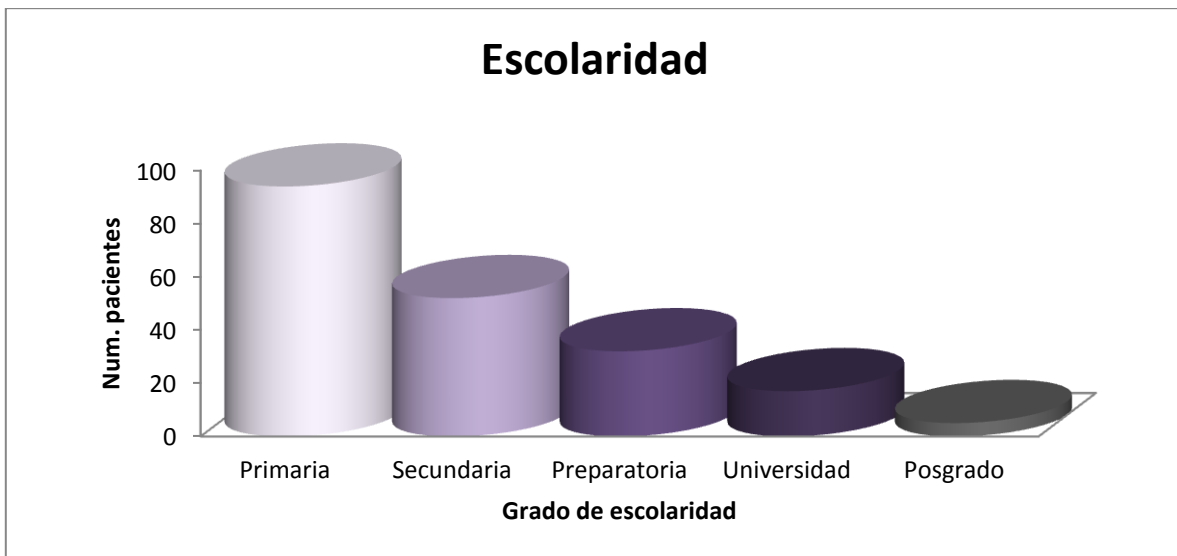
Estado civil	Número de pacientes
Solteros	15
Casados	151
Divorciados	4
Viudos	11
Unión libre	19



■ Escolaridad

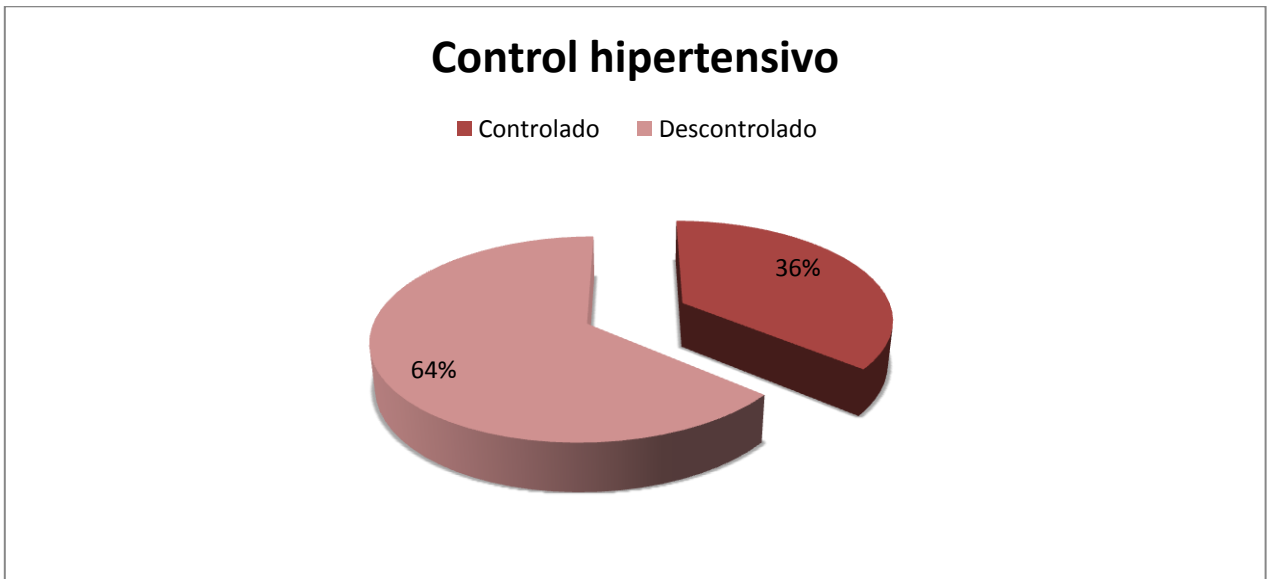
El grado de escolaridad encontrado en la población de estudio con mayor frecuencia corresponde al de escolaridad primaria con un 47% de la población, seguido por la escolaridad secundaria con un 26% de la población total.

Grado de escolaridad	Núm. De pacientes
Primaria	94
Secundaria	52
Preparatoria	32
Licenciatura	17
Posgrado	5



■ Control Hipertensivo:

En relación al control de la presión arterial, encontramos que 128 de los pacientes se encuentran descontrolados, lo cual corresponde al 64% mientras que solo el 36% restante se encuentra controlado.



■ Cohesión y adaptabilidad en pacientes hipertensos

Como puede verse en el cuadro anterior, la mayor parte de los pacientes hipertensos se ubican en el rango medio.

RANGO MEDIO	
Flexiblemente desvinculado	3
Flexiblemente amalgamado	9
Estructuralmente desvinculado	13
Estructuralmente amalgamado	17
Rígidamente separado	43
Rígidamente conectado	32
EXTREMO	
Caóticamente amalgamado	3
Rígidamente desvinculado	8
Rígidamente amalgamado	14
BALANCEADOS	
Flexiblemente separado	7
Flexiblemente conectado	11
Estructuralmente separado	17
Estructuralmente conectado	23

En este cuadro, observamos que el nivel Rígidamente Separado es el que se presenta con mayor frecuencia, correspondiendo al 21% del total de la población, seguido por el nivel rígidamente conectado con el 16% de los pacientes.

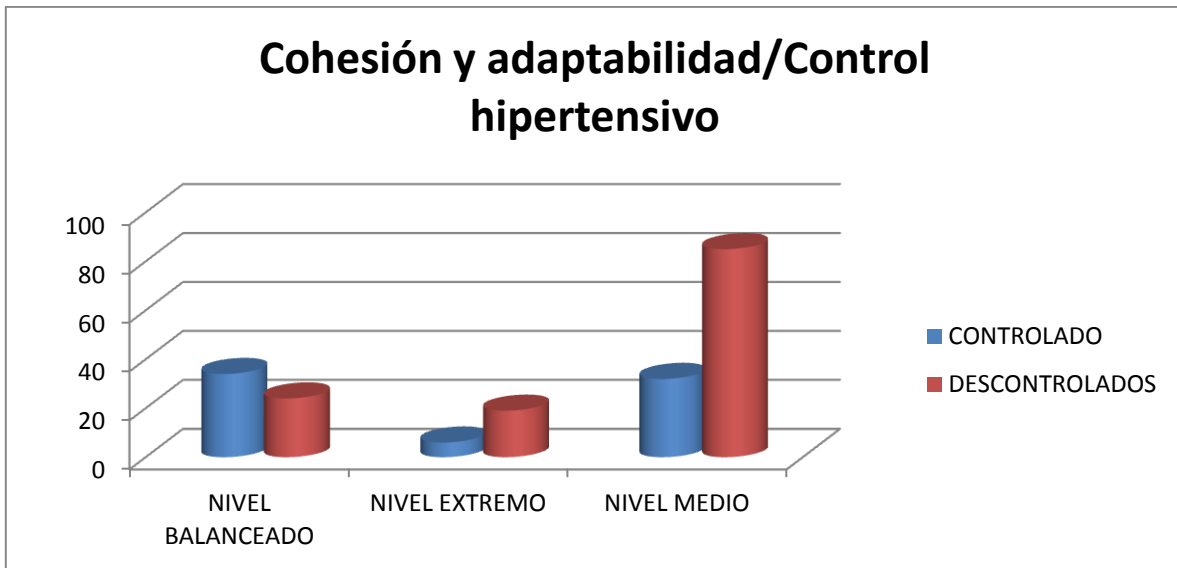
	DESVINCULADA	SEPARADA	CONECTADA	AMALGAMADA
RÍGIDA	RÍGIDAMENTE DESVINCULADO (8)	RÍGIDAMENTE SEPARADO (43)	RÍGIDAMENTE CONECTADO (32)	RÍGIDAMENTE AMALGAMADO (14)
ESTRUCTURADA	ESTRUCTURALMENTE DESVINCULADO (13)	ESTRUCTURALMENTE SEPARADO (17)	ESTRUCTURALMENTE CONECTADO (23)	ESTRUCTURALMENTE AMALGAMADO (17)
FLEXIBLE	FLEXIBLEMENTE DESVINCULADO (3)	FLEXIBLEMENTE SEPARADO (7)	FLEXIBLEMENTE CONECTADO (11)	FLEXIBLEMENTE AMALGAMADO (9)
CAÓTICA	CAÓTICAMENTE DESVINCULADO (0)	CAÓTICAMENTE SEPARADO (0)	CAÓTICAMENTE CONECTADO (0)	CAÓTICAMENTE AMALGAMADO (3)

Nivel balanceado
 Nivel extremo
 Nivel medio

En el siguiente gráfico se observa la cohesión y adaptabilidad y su relación con el control hipertensivo.

TIPO DE FAMILIA	CONTROLADO	DESCONTROLADOS
NIVEL BALANCEADO		
Flexiblemente separado	4	3
Flexiblemente conectado	4	7
Estructuralmente separado	10	7
Estructuralmente conectado	16	7
NIVEL EXTREMO		
Caóticamente amalgamado	-	3
Rígidamente desvinculado	2	6
Rígidamente amalgamado	4	10
NIVEL MEDIO		
Flexiblemente desvinculado	-	3
Flexiblemente amalgamado	2	7
Estructuralmente desvinculado	5	8
Estructuralmente amalgamado	4	13
Rígidamente separado	14	29
Rígidamente conectado	7	25

En pacientes que se encuentran controlados el nivel que se presenta con mayor frecuencia es el balanceado (47.2%), mientras que para los pacientes descontrolados el nivel de cohesión y adaptabilidad que se presenta con mayor frecuencia lo ocupa en el rango medio (66.4%).



Las familias estructuralmente conectadas son las que se presentaron con mayor frecuencia en pacientes controlados (Rango balanceado), mientras que para pacientes descontrolados la familia que se presenta con mayor frecuencia es la rígidamente separada (Rango medio).

Al relacionarse entre sí la cohesión y adaptabilidad y el control hipertensivo, se encontró una relación estadísticamente significativa con un valor de $p=0.02$

DISCUSION

En esta investigación se incluyeron a 200 pacientes con hipertensión arterial, a partir del mes de noviembre de 2012; aplicando la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad familiar FACES III, este estudio sugiere que la buena funcionalidad familiar favorece significativamente el control hipertensivo, observándose una importante correlación entre las dos variables.

Se observa que respecto a la distribución por género el 56.5% corresponde al sexo femenino, coincidiendo con la literatura nacional que reporta, que el sexo masculino acude en menor frecuencia a los servicios de salud comparado con el sexo femenino. De esta forma la encuesta nacional del 2000, encontró que el 61% de las personas detectadas con Hipertensión desconocían ser portadores de esta patología.

Respecto al grupo de edad, el 59.5% corresponde a pacientes entre 45 y 65 años de edad, este dato es coincidente con la encuesta nacional INEGI, donde menciona que para el año 2000 la prevalencia reportada para hipertensión fue del 30.05%, con una población de estudio entre los 20 y 69 años, donde un 75% correspondía a menores de 54 años, destacando la prevalencia en la población joven y económicamente activa.

En relación al estado civil fueron más frecuentes los pacientes casados con un 82%; menos frecuente, el estado civil divorciado con un 2%. Esta información pudiera investigarse posteriormente para relacionar el estado civil, funcionalidad familiar y el grado de control hipertensivo.

Se encontró que la población total estudiada tenía escolaridad baja, con un 47% con primaria, y un 64% de la población total en descontrol. Este resultado reafirma la literatura a nivel mundial, basada en mantener una adecuada relación medico paciente, informando y educando, con la finalidad de proporcionar la base para que la persona hipertensa tenga un buen control ya que se ha demostrado que mejora la adherencia a tratamiento, aumenta el bienestar biopsicosocial, retarda complicaciones, reduce costos económicos y aumenta la expectativa de vida.

De igual manera en la Re-Encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENAHTA) del 2005, se reporto una tasa de descontrol de 80.8%.

Se analizo el grado de cohesión y adaptabilidad y su relación con el control hipertensivo; evidenciado que los pacientes controlados se ubicaron con mayor frecuencia en el rango balanceado con un 47.2%, la familia predominante fue estructuralmente conectada.

En el caso de los pacientes descontrolados se ubicaron con mayor frecuencia en el rango medio con un 66.4%, la familia predominante fue rígidamente separada.

En un estudio realizado en el Instituto Superior de Ciencia médicas, en Santa Clara España, en el año 2004, llevado a cabo por González Alfonso, Vázquez González y Gómez Pacheco, concluyeron que donde existía funcionalidad familiar el 56.86% de los pacientes se encontraban controlados.

De esta manera se puede esperar que las familias con mayor rigidez presenten mayores dificultades para responder a las crisis de enfermedad ya que no se pueden adaptar a las nuevas condiciones de la dinámica familiar.

CONCLUSIONES

Actualmente la Hipertensión Arterial es la enfermedad crónica de mayor prevalencia a nivel mundial, convirtiéndose en un problema de salud Pública; por la alta tasa de morbi - mortalidad, la alta prevalencia de pacientes que desconocen ser portadores de hipertensión, incremento de complicaciones cardiovasculares y altos gastos en salud.

Permite conocer la importancia de que el área médica conozca la relación entre funcionalidad familiar y control hipertensivo, como un recurso para el paciente, en la medida que nos permita comprender el impacto de la enfermedad.

Esto refleja lo imprescindible que se convierte la participación del médico familiar en el control hipertensivo mediante estrategias que logren modificaciones en el estilo de vida del paciente y aun más, en la familia ya que tiene la oportunidad de llevar el seguimiento continuo del paciente mediante:

- Una adecuada relación médico – paciente - familia.
- Educación acerca de la hipertensión arterial como enfermedad.
- Motivación en el compromiso del control del padecimiento.
- Plantear un plan terapéutico que involucre a paciente y familia
- El uso de cohesión y adaptabilidad familiar para el control hipertensivo.
- Mantenimiento del control hipertensivo cuando este sea logrado.
- Realizar intervenciones multidisciplinarias oportunas para evitar complicaciones cardiovasculares.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Aguilar C, Barquera S, Barriguete J, Esqueda Lara A, Lomeli C, Méndez A, et al. Protocolo clínico para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial sistémica. Secretaria de salud 2008. [En línea]. [99 páginas]. Disponible en URL:
http://www.saludcolima.gob.mx/conacyt/2/protocolo_hipertension.pdf
[Consultado enero 2012]
- 2- Aram V. Chobanian, M.D. (Boston University School of Medicine) Seventh Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. 2004 Aug.
- 3- De la Sierra A, Gorostidi M, Marín R, Redon J, Banegas J, Armario P, et al. Evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial en España. Documento de Consenso. Med Clin (Barc) 2008;131(3):104-116.
- 4- Rosas M, Pastelin G, Vargas-Alarcón G, Martínez-Reding J, Lomeli C, Mendoza-González C, et al. Guías clínicas para la detección, prevención, diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial sistémica en México (2008). Arch Cardiol Mex 2008 abr – jun;78 Supl 2:5-57.
- 5- Padilla SS. Hipertensión Arterial en México (primera de dos partes) Vigilancia Epidemiológica. Bol Epi 2011; may 29 – jun 4; 28(22)semana 22.
- 6- Rosas PM, Lara EA, Pastelin HG, Velázquez MO, Martínez RJ, Méndez OA, et al. Re-encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENAHTA): Consolidación Mexicana de los Factores de Riesgo Cardiovascular. Cohorte Nacional de Seguimiento. Arch Cardiol Mex 2005 ene-mar; 75(1):96-111.
- 7- Jáuregui AR, La hipertensión arterial sistémica. Conceptos actuales. Act Med Grupo Ángeles 2009;1:17-23.
- 8- Sánchez A, Ayala M, Baglivo H, Velázquez C, Burlando G, Kohlmann O, et al. Guías Latinoamericanas de hipertensión arterial. Rev Chil Cardiol 2010; 29(1):117-144.

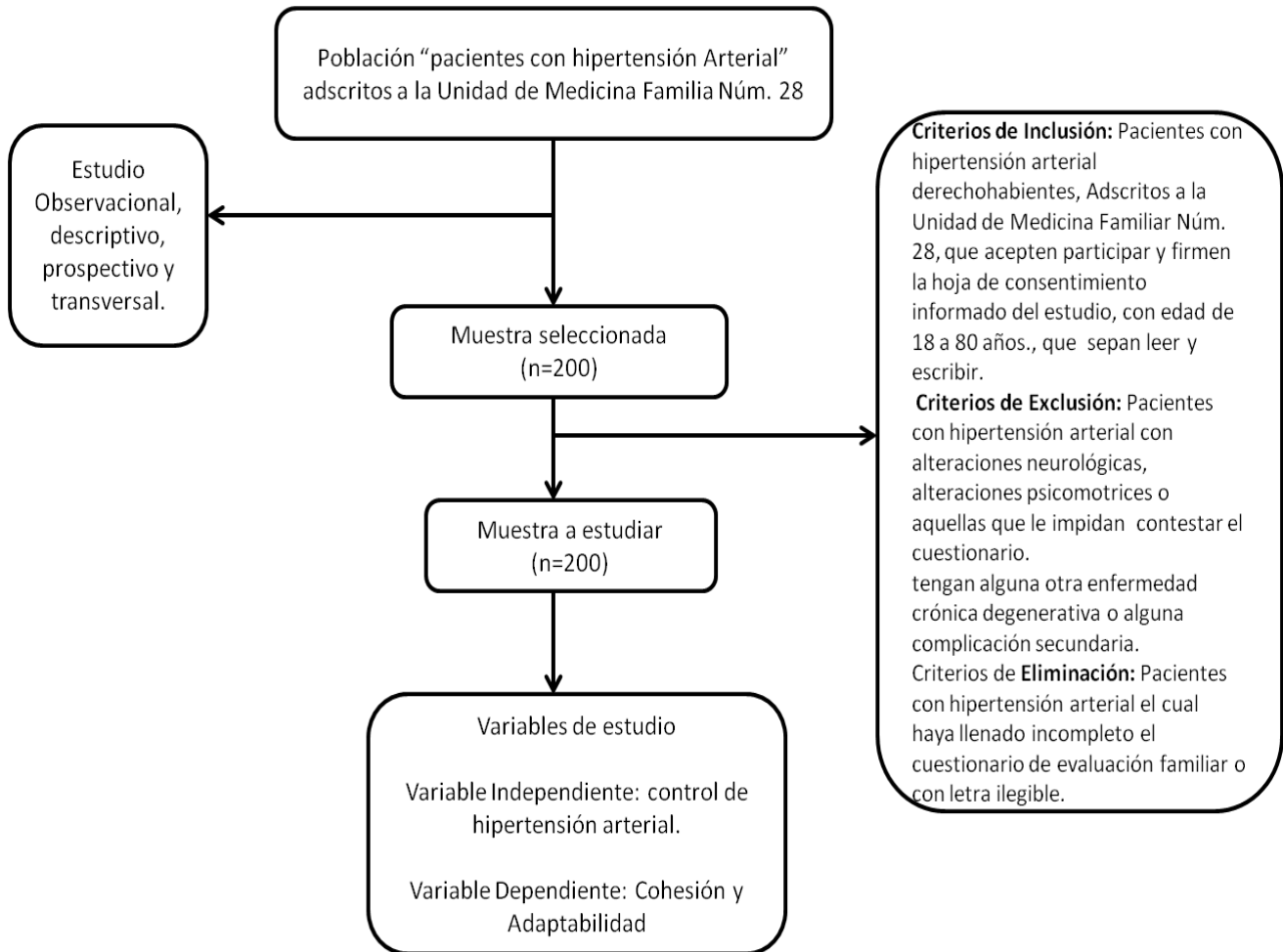
- 9- Hernández AM, Lezama FM, Oseguera MJ, Díaz BL, Rodríguez GC, Fernández LM, et al. Guía de tratamiento farmacológico para el control de la hipertensión arterial 2009. Addendum a la NOM 030. Rev Mex Cardiol 2009 abr – jun;20(2):55-104.
- 10- Sellen CJ, Sellen SE, Barroso PL, Sellen SS. Evaluación y diagnóstico de la hipertensión arterial. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas 2009;28(1):1-18.
- 11-Wagner-Grau P. Fisiopatología de la hipertensión arterial. An Fac Med 2010;71(4):225-229.
- 12-Alvarado RM, Angulo CJ, Duarte SP, Monge BC, Sáenz CD, Srur RM, et al. Guía para la detección, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. En: Caja costarricense de Seguro Social. 3a ed. San José, Costa Rica: 2009. p. 1-136.
- 13-Ministerio de salud. Guía clínica hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más. Santiago, Chile: Minsal; 2010. (serie guías clínicas minsal 2010).
- 14-Ruiz ME, Segura VL, Rodríguez MJ. Sociedad Peruana de Cardiología. Guía de Diagnostico y tratamiento de la hipertensión arterial “De la teoría a la práctica”. Perú: Megatrazo; 2011.
- 15-García TE, Herrera BM. Emergencias y urgencias hipertensiva. Cuidado Critico Cardiovascular. [En línea] [207-221 páginas]. Disponible en URL: <http://www.scc.org.co/libros/CUIDADO%20CRITICO/paginas%20207-222.pdf> [Consultado: mayo, 2012].
- 16-Gamboa AR, Rospigliosi BA. Más allá de la hipertensión arterial. Acta med Per 2010; 27(1):45-52.
- 17- Gonzalez-Juanatey JR, Mazón RP, Soria AS, Barrios AV, Rodríguez PL, Bertomeu MV. Actualización (2003) de las guías de práctica clínica de la sociedad española de Cardiología en hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol 2003; 56(5):487-497.

- 18- Hernández AM, Lezama FM, Barriguete-Meléndez J, Mancha MC, Ortiz SG, García de León FA, et al. Guía de tratamiento farmacológico y control de la hipertensión arterial sistémica. Rev Mex Car 2011 ene-mar;22(1):1A-21A.
- 19- Huerta J. Medicina familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. D.F., México: Editorial Alfil; 2005.
- 20-Membrillo A. Familia Introducción al estudio de sus elementos. D.F., México: Editores de Textos Mexicanos; 2008.
- 21-Schmidt V, Barreyro J, Maglio A. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelos de 2 o 3 factores?. Escritos de Psicología 2010;3(2):30-36.
- 22- Ponce RE, Gómez CF, Terán TM, Irigoyen CA, Landgrave IS. Validez de constructo del cuestionario de FACE III en español (México). Aten Primaria 2002 dic;30(10):624-630.
- 23- De Lourdes S, Brandt T, Flores O. Estudio Integral del ser humano y su familia. Caracas, Venezuela: Gráficos la bodoniana; 2001.
- 24-Martínez Pampliega A, Iraurgi CI, Sanz VM. Validez estructural del FACES-20Esp: Versión española de 20 ítems de la escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar. RIDEP 2011;1(29):147-165.
- 25-Martin ZA, Cano PJ. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica 6a ed. Elsevier; 2008; [en línea] [1-1027paginas]. Disponible en URL: http://books.google.com.mx/books?id=JRqXqYw2rAAC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false [Consultado marzo, 2012].
- 26- Anzures C, Chávez A, García P, Pons A. Medicina familiar. D.F. México., Cornter. Primera edición. 2008.

ANEXOS

ANEXO 1

DISEÑO DE INVESTIGACION



ANEXO 2

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	MAR 2012	ABR 2012	MAY 2012	JUN 2012	JUL 2012	AGO 2012	SEP 2012	OCT 2012	NOV 2012	DIC 2012
Elección del tema de investigación	X									
Caratula	X									
Título del proyecto	X									
Planteamiento del problema	X									
Antecedentes	X									
Justificación	X									
Marco teórico		X								
Bibliografía		X								
Cronograma de actividades		X								
Objetivos general y específico			X							
Hipótesis			X							
Material y métodos			X							
Tipo de estudio			X							
Población lugar y tiempo			X							
Diseño de investigación				X						
Muestra				X						
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación				X						
Variables				X						
Definición conceptual y operacional				X						
Conceptualización de las variables				X						

Instrumentación de recolección de datos	X		
Maniobras para controlar sesgo	X		
Recursos humanos y materiales	X		
Consideraciones éticas	X		
Carta de consentimiento informado	X		
Anexos	X		
Registro de protocolo Ante el SIREL CIS		X	
Captura de la muestra		X	X

ANEXO 3

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Suroeste del Distrito Federal
Unidad de Medicina Familiar Núm. 28 “Gabriel Mancera”

Fecha: _____

No. de Folio: _____

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: “Cohesión y adaptabilidad familiar en relación al control hipertensivo mediante el uso de FACES III en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar núm. 28”.

La presente investigación tiene la autorización para realizarse en esta unidad médica. La información que usted proporcione será de carácter confidencialidad y anónimo y deberá proporcionarse de manera voluntaria.

Si usted considera que algunas de las preguntas o más de una, le causas incomodidad o molestia, usted tiene la libertad de no contestarla, por lo que se respetara su decisión y forma de pensar, además sin usted siente en algún momento de la entrevista que agrede o molesta su intimidad, dignidad, valores o su moral, la entrevista será interrumpida y el cuestionario será destruido frente a usted, terminado así con su valiosa cooperación sin afectar de ninguna manera la atención medica que el Instituto le proporciona.

La información que usted nos proporcione será utilizada exclusivamente para fines de investigación, la cual puede ser útil también para mejorar la atención integral de los pacientes que se atienden en esta unidad.

Acepto contestar el cuestionario.

Firma de consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

ANEXO 4

**ESCALA DE EVALUACION DE COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR
FACES III**



No. De Folio:

Describe su familia:

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

- 1 Los miembros de la familia solicitan ayuda uno al otro. _____
- 2 En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver 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 hacer actividades únicamente con nuestra familia más cercana. _____
- 6 Diferentes personas actúan como líderes (“toman la batuta”) en nuestra familia. _____
- 7 Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia. _____
- 8 Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas. _____
- 9 Nos gusta pasar el tiempo libre en familia. _____
- 10 Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos. _____
- 11 Nos sentimos muy unidos. _____
- 12 En nuestra familia los hijos toman las decisiones. _____
- 13 Cuando nuestra familia se reúne para realizar actividades, todos están presentes. _____
- 14 Las reglas cambian en nuestra familia. _____
- 15 Con facilidad podemos planear actividades en familia. _____
- 16 Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros. _____
- 17 Consultamos unos con otros para tomar decisiones. _____
- 18 En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad. _____
- 19 La unión familiar es muy importante. _____
- 20 Es difícil decir quien hace las labores en el hogar. _____

ANEXO 5

ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA

Unidad de Medicina Familiar Núm. 28 "Gabriel Mancera"



No. de Folio: _____

Sexo:

1) Femenino 2) Masculino _____

Edad:

1)18 – 25 2)26 – 35 3)36 – 45 4)46 - 55
5)56 – 65 6)Mayor de 66

Estado civil:

1) Soltero 2) Casado 3) Divorciado 4) Viudo 5) Unión libre

Escolaridad:

1) Primaria 2) Secundaria 3) Preparatoria
4)Universidad 5) Posgrado