

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2 “JUANA DE ASBAJE”.**

TITULO:

**ADAPTABILIDAD, COHESION Y RIESGO DE DISFUNCION FAMILIAR ANTE EL
DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN EL TURNO
VESPERTINO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33**

Para obtener el titulo de Especialista en Medicina Familiar del Curso de Especialidad
en Medicina Familiar para Medicos Generales del IMSS

Investigador Responsable en la UMF 33

Dra. Espinosa Cervantes María Magdalena
Médico General
Matricula 99354459
Avenida de las Culturas esq. Avenida Renacimiento S/N
Colonia El Rosario,
Delegación Azcapotzalco
Teléfono 53825110 Extensión 21466
UMF 33 “El Rosario”
Registró becados 3515060602/SEDE 35DL350000UMF02
mmecc_29@hotmail.com

Investigador Asociado

Dr. Andrés Rocha Aguado
Médico Familiar
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
Matricula 98150508
Adscripción UMF 33 “El Rosario”
Avenida de las Culturas esq. Avenida Renacimiento S/N
Colonia El Rosario,
Delegación Azcapotzalco
Teléfono 53825110 Extensión 21407
andres.rocha@imss.gob.mx

UNIDAD Y ÁREA DONDE SE EFECTUO EL ESTUDIO

Unidad De Medicina Familiar No. 33, “El Rosario”
Consulta Externa del turno Vespertino
Domicilio: UMF 33 Avenida de las Culturas esq. Avenida
Renacimiento S/N
Colonia El Rosario,
Delegación Azcapotzalco Tel. 53825110 **mmecc_29@hotmail.com**



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.



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



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3509
U-MED FAMILIAR NUM 120, D.F. NORTE

FECHA 30/10/2015

DRA. MARÍA MAGDALENA ESPINOSA CERVANTES

PRESENTE

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

ADAPTABILIDAD, COHESION Y RIESGO DE DISFUNCION FAMILIAR ANTE EL DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN EL TURNO VESPERTINO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de Investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2015-3509-6

ATENTAMENTE

Maria Esperanza Velazquez Sicardo
DR.(A) MARIA ESPERANZA VELAZQUEZ SICARDO
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3509

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

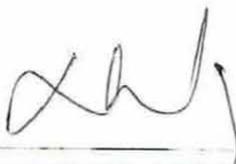
**"ADAPTABILIDAD, COHESION Y RIESGO DE DISFUNCION FAMILIAR ANTE EL
DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN EL TURNO
VESPERTINO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33"**

El presente proyecto aprobado por el Comité de Investigación del Instituto Mexicano del
Seguro Social
Asignándole el número de Folio:

AUTORIZACIONES



DR. ALFREDO CABRERA RAYO
COORDINADOR/AUXILIAR DE INVESTIGACION EN SALUD
DELEGACION NORTE



DR. HUMBERTO PEDRAZA MENDEZ
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACION NORTE

AUTORIZACIONES



**DRA. MARLENE MARMOLEJO MENDOZA
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.2**



**DR. ANDRÉS ROCHA AGUADO
INVESTIGADOR ASOCIADO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.33**



**DRA .MARIA MAGDALENA ESPINOSA CERVANTES
MEDICO RESIDENTE DEL TERCER AÑO
DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICNA FAMILIAR PARA MÈDICOS
GENERALES DEL IMSS SEDE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.2**

**"ADAPTABILIDAD, COHESION Y RIESGO DE DISFUNCION FAMILIAR ANTE EL
DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN EL TURNO
VESPertino EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33"**

El presente proyecto aprobado por el Comité de Investigación del Instituto Mexicano del
Seguro Social
Asignándole el número de Folio:



**DRA. SONIA ARTEMISA MOCTEZUMA MONDRAGÓN
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS SEDE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.2**

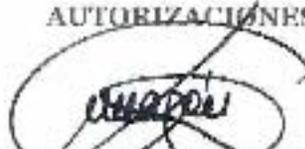
**"ADAPTABILIDAD, COHESION Y RIESGO DE DISFUNCION
FAMILIAR ANTE EL DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION
ARTERIAL SISTEMICA EN EL TURNO VESPERTINO EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33"**

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

PRESENTA

DRA. MARIA MAGDALENA ESPINOSA CERVANTES

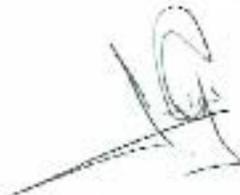
AUTORIZACIONES



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



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



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

DEDICATORIAS

A mi madre por su amor incondicional, comprensión y confianza, eres una mujer admirable porque en ella admiro sus virtudes infinitas, por la compañía en cada paso que doy y por fortalecer mi corazón siempre gracias por tus consejos y no dejarme caer y por la unidad de nuestra familia.

A mi hermano Julio Antonio por ser parte de mi vida y representar la unidad familiar, por ser mi ejemplo de desarrollo profesional a seguir por el camino correcto que me ha enseñado, por llenar mi vida de alegrías amor y apoyo, a pesar de lo diferente que somos y que siempre hemos sido ambos podemos decir que nos queremos, gracias por estar presente en cada uno de los instantes de mi vida te quiero hermano. “Cuando dos hermanos trabajan juntos las montañas se convierten en oro “.

A mi coordinadora de enseñanza, asesor de tesis y profesora con ustedes aprendí a estudiar más, a ser un poco más responsable de lo que era y eso me servirá mucho en mi futuro gracias por su valioso tiempo, apoyo, colaboración, enseñanza, paciencia incondicional y sobre todo, por ser la guía para formarme como médico especialista de corazón mil gracias por todas las herramientas que me han dado me ayudaron a culminar una etapa y me siento satisfecha.

A mis compañeras de residencia Yazmin y Ángeles que las considero mis amigas, gracias por su presencia en las buenas y en las malas orientándome y no dejarme caer por siempre tener una disponibilidad incondicional formaron parte muy importante en mi formación como médico especialista, les doy gracias por estar conmigo siempre las recordare.

CONTENIDO

Portada.....	1
Autorizaciones.....	2
Dedicatorias.....	6
Resumen, antecedentes , objetivos ,materiales y metodos	9
Marco teorico	10
Planteamiento del problema , pregunta de la investigación.....	19
Justificacion ,magnitud, trascendencia ,vulnerabilidad ,factibilidad	20
Objetivos , objetivo general , objetivos secundarios	21
Material y metodos	22
Lugar de desarrollo del estudio	23
Criterios de selección , criterios de inclusion , criterios de exclusion	23
Criterios de eliminación.....	23
Variables	24
Descripcion general del estudio	28
Analisis de resultados	28
Aspectos eticos y de bio-seguridad	29
Recursos.	30
Cronograma de actividades.	31
Resultados.....	32
Discusión.....	41
Conclusión.....	42
Bibliografía.....	43
Anexos.....	45
Consentimiento informado	49

“ADAPTABILIDAD, COHESION Y RIESGO DE DISFUNCION FAMILIAR ANTE EL DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN EL TURNO VESPERTINO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33”

Espinosa Cervantes Maria Magdalena .¹, Andrés Rocha Aguado²

¹MG IMSS.UMF33, ². MF UMF2.IMSS.

RESUMEN:

Antecedentes: La Hipertensión Arterial (HTA) continúa siendo una de las enfermedades cardiovasculares de más alta incidencia a nivel mundial que afecta principalmente a la población adulta, siendo sus consecuencias una importante causa de mortalidad e incapacidad. La cohesión, la flexibilidad y la comunicación son las tres dimensiones que principalmente definen el constructo funcionamiento familiar. Así mismo la habilidad de una familia para adaptarse a las cambiantes circunstancias o a las tareas del desarrollo del ciclo de vida, se complementa con su necesidad de valores durables, tradiciones y normas de comportamiento previsibles y coherentes. La adaptabilidad es un elemento fundamental particularmente en las enfermedades progresivas, recurrentes o que presentan crisis médicas agudas.

OBJETIVO

Identificamos la adaptabilidad cohesión y riesgo de disfunción familiar ante el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica en la umf 33 en el turno vespertino.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, observacional, transversal, prospectivo. Se realizó el estudio en la unidad de Medicina Familiar No. 33, mediante la aplicación de instrumento FACES III, Escala de eventos críticos Holmes y APGAR familiar.

Los resultados obtenidos, se realizó análisis estadístico con medidas de tendencia central y frecuencias. Además de análisis variado con chi – cuadrada Posteriormente se mostraron los resultados con gráficas y cuadros.

Palabras claves: Adaptabilidad, cohesión y disfunción familiar.

MARCO TEORICO

La Hipertensión Arterial (HTA) continúa siendo una de las enfermedades cardiovasculares de más alta incidencia a nivel mundial que afecta principalmente a la población adulta, siendo sus consecuencias una importante causa de mortalidad e incapacidad.⁽¹⁾

La Hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo más importantes para padecer enfermedad cardiovascular, cerebro vascular y falla renal que son otras importantes causas de mortalidad en México.

La prevalencia de hipertensión arterial se ha mantenido tan alta que afectado a 31.6% de los adultos mexicanos. Las complicaciones de la HTA se relacionan directamente con la magnitud del aumento de la tensión arterial y el tiempo de evolución.⁽²⁾

- Existen 15 millones de pacientes con hipertensión.
- 1 de cada 2 mexicanos mayores de 50 años son hipertensos.
- 75% de los pacientes hipertensos tienen una edad menor a 54 años.
- Más de la mitad de pacientes con hipertensión en México (57%), desconoce su condición.
- Sólo 19% de los pacientes mexicanos diagnosticados tiene su hipertensión controlada.⁽³⁾

La hipertensión arterial (HTA) se caracteriza básicamente por la existencia de una disfunción endotelial (DE), con ruptura del equilibrio entre los factores relajantes del vaso sanguíneo (óxido nítrico -NO-, factor hiperpolarizante del endotelio -EDHF) y los factores vasoconstrictores (principalmente endotelinas). Es conocida la disminución a nivel del endotelio de la prostaciclina-PGI₂ vaso depresora y el aumento relativo del tromboxano-TXA₂ intracelular vasoconstrictor⁽⁴⁾.

Nunca será redundante insistir en que la hipertensión arterial (HTA) es la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos y las poblaciones en todas las partes del mundo. Representa por sí misma una enfermedad y también un factor de riesgo importante para otras enfermedades, entre las que sobresalen la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedades cerebro vasculares e insuficiencia renal, repercutiendo significativamente en la aparición de retinopatía; sin embargo, el riesgo de enfermedad cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial ,es determinado no solamente por las cifras tensionales que observamos en forma aislada o mantenida, sino por las posibles lesiones de órgano diana u otros factores de riesgo, tales como hábito de fumar, dislipidemia, diabetes, etcétera.⁽⁵⁾

Es destacable también el hecho que ser obeso incrementó en 12 veces la posibilidad de ser hipertenso, por lo que se comportó como un factor de riesgo de suma importancia.⁽⁶⁾

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

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

En este contexto, el paciente con enfermedad crónica percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia, y a menos que el ambiente familiar se modifique para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de apego ⁽⁷⁾

Los sistemas de salud, al igual que el resto de la sociedad, actualmente se encuentran inmersos en la dinámica de la economía de la salud, por lo tanto la escasez de los recursos, el alto costo de la atención y el presupuesto asignado a la salud adquieren relevancia.

Por otro lado, la transición epidemiológica y el incremento en la esperanza de vida han influido en la aparición de padecimientos crónicos degenerativos altamente demandantes de servicios de salud.

De estos padecimientos, al ocupar los primeros lugares de atención, destacan los cardiovasculares; entre ellos, la hipertensión arterial reporta aproximadamente 50 millones de casos en Estados Unidos de América, en tanto en Canadá y México la prevalencia alcanza 25.2 y 26.6%,³ respectivamente. ⁽⁸⁾

Entre las medidas que el médico debe implementar en todo paciente con hipertensión arterial sistémica se encuentran:

1. 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 presión.
2. La dieta rica en frutas y vegetales y con pocas grasas saturadas puede incidir en una reducción de las cifras sistólicas hasta de 8 mm/Hg.
3. La dieta baja en sal con 2 g de sodio al día puede disminuir las cifras sistólicas de 8 a 10 mm/Hg
4. La actividad física 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 conocidos.
5. La reducción en el consumo de alcohol 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/Hg

La prescripción de un programa aeróbico, una dieta adecuada e individualizada, el abandono del tabaquismo y reducir el consumo de etanol, tienen un gran beneficio en todas las personas, por lo que los médicos debemos preocuparnos por informar a los pacientes de este cambio en su estilo de vida, antes de prescribir medicamentos. ⁽⁹⁾

Sin embargo, los cambios en el estilo de vida, no han demostrado ser capaces por sí solos, de prevenir las complicaciones cardiovasculares de la hipertensión, y su adherencia al largo plazo es muy pobre, tal vez la modificación del estilo de vida es la meta más difícil de alcanzar y que con frecuencia ni el mismo médico tratante modifica su propio estilo de vida.

Entre los factores mencionados es sabido que el tabaquismo es un poderoso factor de riesgo y que su supresión es posiblemente la forma aislada más efectiva de prevenir el accidente cerebro vascular y el infarto miocárdico.

El acto de fumar causa incremento, tanto de la presión arterial como de la frecuencia cardiaca, persistiendo por más de 15 minutos después de fumar un cigarrillo.

El mecanismo de su acción está relacionado con la estimulación del sistema nervioso a nivel central y en las terminaciones nerviosas lo cual es responsable del incremento en catecolaminas plasmáticas. ⁽¹⁰⁾

El mecanismo mediante el cual la malnutrición por exceso puede provocar hipertensión arterial está dado por acumulación de grasa visceral, la cual se asocia con insulino-resistencia y aumento de la actividad del sistema renina angiotensina.

El hiperinsulinismo secundario a la insulino-resistencia aumenta la reabsorción de sodio a nivel renal y aumenta el tono simpático.

Además, estudios experimentales han evaluado que la leptina también aumentaría el tono simpático.

Todos estos factores influyen en la elevación de la presión arterial

En niños las causas secundarias ocurren con mayor frecuencia que en adultos, pero la mayoría de los niños con hipertensión leve a moderada presentan hipertensión esencial. Existe preocupación que la incidencia de hipertensión está aumentando junto al incremento de malnutrición por exceso en la población pediátrica. ⁽¹¹⁾

Los pacientes hipertensos que dicen percibir síntomas (Pacientes con creencias en síntomas asociados a la tensión arterial), se comportan ante la enfermedad hipertensiva como si de una enfermedad sintomática, cíclica o recurrente se tratase.

De manera que, cuando creen percibir las señales de que su tensión arterial está elevada, en forma de cualquier malestar en la cabeza, taquicardia, etc., la respuesta del paciente es la de

intentar revertir el proceso que supuestamente cree está produciendo la elevación de su tensión arterial, lo contrario sucede cuando los síntomas están ausentes.

Además, teniendo en cuenta que la prescripción farmacológica constituye sólo una parte del tratamiento antihipertensivo y que, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, suele ser prescrita, salvo excepciones, tras el fracaso previo en las modificaciones en el estilo de vida como tratamiento, estos datos deben ser considerados una seria advertencia que señala la posible insensibilidad al riesgo de un importante porcentaje de pacientes por sus propios patrones comporta mentales, convirtiéndoles en candidatos al fracaso de su sistema vascular a medio plazo.⁽¹²⁾

La alta frecuencia continúa asociando a la hipertensión con los síntomas motivo de este estudio, que alcanzan 34% en la zona urbana y 56% en las zonas rurales, tiene coherencia por cuanto la carencia de síntomas hace suponer en los pacientes la ausencia de enfermedad, evitando que las personas supuestamente sanas realicen controles de salud preventivos o se sometan a registros espontáneos casuales de la presión arterial.

El mismo factor también influye sobre la falta de interés que demuestran los pacientes hipertensos para someterse a tratamiento e incide sobre la baja adhesividad para permanecer en terapias permanentes.⁽¹³⁾

El diagnóstico de enfermedad crónica cambia la forma en que la persona se ve a sí misma y a su vida, afecta el auto concepto desde el momento del diagnóstico.

Ciertamente, algunas enfermedades, son mucho más amenazantes que otras, por cuanto implican algunos niveles de discapacidad y dolor, como es el caso de la hipertensión arterial leve.

La adaptación a esta enfermedad dependerá de factores como la edad, el género, el modelo cultural y educativo, el apoyo social, las creencias relacionadas con la enfermedad, los auto esquemas, el locus de control externo e interno hacia la salud, los rasgos de personalidad, las habilidades sociales, los estilos de afrontamiento, las emociones negativas, las enfermedades crónicas asociadas y los efectos secundarios de los tratamientos médicos y farmacológicos utilizados.

Todos estos factores, en algunos casos, podrán permitir o no a los pacientes con hipertensión arterial leve tener una buena calidad de vida relacionada con la salud.⁽¹⁴⁾

Los fallos al seguir las prescripciones médicas exacerban los problemas de salud y la progresión de las enfermedades, haciendo imposible estimar los efectos y el valor de un determinado tratamiento, lo que imposibilita que se realice un buen diagnóstico y provoca un aumento innecesario del costo de la atención sanitaria.

Durante los últimos años se ha comprendido, que la *adherencia* del paciente hipertenso al tratamiento, es una piedra angular en el control de su enfermedad; sin embargo, es conocido

que cerca del 50 % de estos son incapaces de cumplir un régimen higiénico-sanitario, y de llevar correctamente el tratamiento con fármacos por más de 1 año.

Se observa que el mayor porcentaje de los pacientes con adherencia terapéutica completa (68,5 %) corresponde al sexo femenino; sin embargo, entre las personas que incumplen no se aprecian diferencias por sexo.

Los resultados encontrados en el estudio a favor del sexo femenino pueden estar dados porque, como es conocido, las mujeres suelen acudir en mayor número y frecuencia a la consulta médica, y en consecuencia, también ser más responsables en el cumplimiento de las indicaciones recibidas.

Los mejores resultados en cuanto a la adherencia terapéutica completa los obtienen los jubilados con un 40.7 %, seguido de las amas de casa con un 31.5%; mientras que entre los que cumplen de manera incompleta predominan las personas trabajadoras, con un 44,9 %.

Esto hace pensar que existe una relación entre la frecuencia de cumplimiento y la ocupación, lo que puede estar vinculado al hecho de que la presencia de responsabilidades y obligaciones laborales, puede provocar en el individuo preocupaciones de otra índole y disminuir así la atención al cuidado de su salud. ⁽¹⁵⁾

Queremos hacer un enfoque de la familia partiendo del criterio de funcionalidad de ésta, al considerar el hecho de que una familia con un funcionamiento adecuado, o familia funcional, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables en éstas.

Así como también que una familia disfuncional o con un funcionamiento inadecuado, debe ser considerada como factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros.

Para reafirmar este criterio queremos apoyarnos en el concepto de salud brindado por la OMS donde se concibe ésta no sólo como ausencia de síntomas sino también el disfrute de un bienestar psicológico y social.

Para poder hablar de estado de salud adecuado es necesario tener en cuenta el modo de vida del individuo y por tanto, sus condiciones y su estilo de vida.

Por lo general, el hombre pertenece, vive y se desarrolla dentro del grupo social primario denominado "familia" y de ahí que consideramos muy importante también para su salud, su modo de vida familiar.

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

Concebir a la familia como sistema implica que ella constituye una unidad, una integridad, por lo que no podemos reducirla a la suma de las características de sus miembros, ósea, la familia no se puede ver como una suma de individualidades, sino como un conjunto de interacciones.

Esta concepción de la familia como sistema, aporta mucho en relación con la causalidad de los problemas familiares, los cuales tradicionalmente se han visto de una manera lineal (causaefecto) lo cual es un enfoque erróneo, pues en una familia no hay un "culpable", sino que los problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema.

El funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal, sino circular, o sea, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa.

El enfoque sistémico nos permite sustituir el análisis causa-efecto por el análisis de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, que es lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y por tanto a las causas de la Disfunción familiar. ⁽¹⁶⁾

Por su frecuencia y complejidad, la disfunción familiar constituye un verdadero reto para el Médico de Familia, tanto en la precisión diagnóstica —lo que constituye el objetivo único y primordial de nuestro trabajo— como en la orientación psicodinámica e integradora que exige el tratamiento. ⁽¹⁷⁾

En los últimos años en el mundo académico y profesional, se sostiene que la cohesión, la flexibilidad y la comunicación son las tres dimensiones que principalmente definen el constructo funcionamiento familiar.

La cohesión se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia.

La Flexibilidad familiar se define como la magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia.

El grado de cohesión y flexibilidad que presenta cada familia puede constituir un indicador del tipo de funcionamiento que predomina en el sistema: extremo, de rango medio o balanceado. Los sistemas maritales o familiares balanceados tienden a ser más funcionales y facilitadores del funcionamiento, siendo los extremos más problemáticos mientras la familia atraviesa el ciclo vital.

La *comunicación* familiar es la tercera dimensión del modelo y facilita el movimiento dentro de las otras dos dimensiones. ⁽¹⁸⁾

El Funcionamiento Familiar se expresa por la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro.

Minuchin (2003) menciona que en la evaluación del funcionamiento familiar es importante definir conceptos de organización tales como: roles, jerarquía y demarcación de los límites; adaptabilidad como: flexibilidad, versus rigidez, cohesión como: proximidad versus distancia y estilos de comunicación.

La cohesión (unión emocional que tienen los miembros de una familia, esta dimensión se integra por diversos conceptos como unión emocional, límites, alianzas, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y recreación) ha demostrado ser un elemento fundamental para la predicción de la respuesta que tendrá la familia frente a la enfermedad.

Una enfermedad crónica incapacitante puede intensificar y prolongar estas transiciones normales.

Así mismo la habilidad de una familia para adaptarse a las cambiantes circunstancias o a las tareas del desarrollo del ciclo de vida, se complementa con su necesidad de valores durables, tradiciones y normas de comportamiento previsibles y coherentes.

La adaptabilidad es un elemento fundamental particularmente en las enfermedades progresivas, recurrentes o que presentan crisis médicas agudas

Por ello la importancia de planificar estrategias de Intervención dirigidas a promover una adecuada salud familiar. ⁽¹⁹⁾

Hay varios instrumentos disponibles para valorar el funcionamiento familiar.

Entre éstos se encuentra la escala de APGAR familiar, que fue diseñada en 1978 por Smilkstein para explorar la funcionalidad familiar.

Los ítems de la escala se califican como nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre, y se les asignan puntuaciones de 0 a 4, respectivamente.

En este instrumento, los puntajes totales pueden oscilar entre 0 y 20; a mayor puntaje, mejor funcionalidad familiar.

Una puntuación total entre 0 y 9 indica disfunción grave; entre 10 y 13, moderada; entre 14 y 17, leve, y si es igual o superior a 18 se considera funcional. ⁽²⁰⁾

Con este instrumento los integrantes del equipo atención primaria a la salud pueden conseguir una primera aproximación para la identificación de aquellas familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles seguimiento y orientación; el médico familiar cuenta con la preparación para ejecutar dicha ayuda a sus pacientes, ya que no solo realiza la parte clínica sino la psicosocial en la consulta diaria; sabemos que no toda patología se debe a un mal orgánico en su totalidad, puede deberse a crisis familiares que puedan estar cursando las familias, ocasionando una patología, Ej. Cefalea.

Se ha utilizado el APGAR familiar como instrumento de evaluación de la función familiar, en diferentes circunstancias tales como el embarazo, depresión del postparto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de familias.

Así ha sido posible observar que el instrumento es de gran utilidad y de fácil aplicación, particularmente cuando el especialista está dispuesto a realizarlo en todos sus pacientes.

Los componentes de este instrumento son 5 elementos que se evalúan para evaluar la funcionalidad de la familia. :

Adaptación: Es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.

Participación: Es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.

Gradiente de recursos: Es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.

Afectividad: Es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia. Recursos de capacidad resolutive: Es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios.

Estos cinco elementos son muy importantes, considerando su presencia en toda la tipología de los diferentes tipos de familia, pudiendo ser en base a su estructura, desarrollo, integración o en base a su demografía. ⁽²¹⁾

La evaluación de impacto del funcionamiento familiar es determinante, ya que están involucrados procesos complejos que determinan los niveles de salud, bienestar y desarrollo de los miembros de una familia. a) Comunicación, roles y rutinas; b) cohesión y participación de la familia y búsqueda y apoyo de redes institucionales (estrategias de resolución de problemas); y c) la disminución en la percepción de eventos estresantes en salud.

Los dos primeros son muy importantes a la hora de evaluar el impacto del programa sobre el funcionamiento familiar, ya que su mejoría implica una mayor disponibilidad y forma de interacción entre los miembros de cada familia, una mayor estabilidad, un mayor número de actividades realizadas en conjunto, un vínculo emocional entre sí más fortalecido y, por último, un estilo de resolución de problemas que recurre a las redes institucionales existentes, lo que fortalece al sistema, en particular en estas familias que viven en un contexto de pobreza y de riesgo biopsicosocial.

Un impacto positivo en el funcionamiento de las familias, a partir de las intervenciones llevadas a cabo en (trabajo en equipo interdisciplinario con cada familia, visitas domiciliarias, educación, consejería, psicoterapia individual y familiar, promoción de redes de apoyo e inserción comunitaria, derivación a programas para intervención, prevención y educación en salud, entre otras), indicaría que se logró un efecto positivo sobre los factores de riesgo existentes y un

refuerzo de los factores protectores mantenido en el tiempo, aumentando las posibilidades de una optimización de las condiciones de salud de las familias. ⁽²²⁾

La presencia de la familia junto al enfermo es capaz de transmitirle tranquilidad, fuerza y coraje, lo que lo hace sentirse seguro y amparado en la convivencia con la enfermedad si la familia del hipertenso contribuye positivamente en el control de su presión arterial según el punto de vista del propio enfermo, si la familia del hipertenso contribuye positivamente en el control de su presión arterial según el punto de vista del propio enfermo.

La preocupación con familiares es una fuente constante de estrés y ansiedad por parte del hipertenso, pudiendo llevarlo a una reducción en el auto cuidado, descontrol de la enfermedad y al agravamiento de su estado de salud,

La dificultad en la adhesión y el desinterés por el tratamiento aumentan cuando no hay participación de la familia en el cuidado diario con el enfermo y las relaciones entre sus miembros es conflictiva.

Sin embargo, cuando la familia asume su papel de cuidador, se percibe una respuesta satisfactoria en el control de la hipertensión arterial sistémica. ⁽²³⁾

Escala de Eventos Críticos de Thomas Holmes

Esta escala se realiza según las situaciones ocurridas de 6 a 8 meses antes, considerando los cambios de vida a medida que van produciéndose, cuando estos cambios sobrepasan cierto umbral pueden producirse el suficiente estrés como para perturbar la función. Cada evento posee un valor adjudicado aunque sea feliz la suma de los eventos se califica de 0-149 no hay problemas, 150-199 Crisis leve, 200 a 299 Crisis moderada y más de 300 Crisis severa. A mayor crisis 10 mayor riesgo de enfermedad. La familia puede ser un factor que condiciona y favorece la aparición de una enfermedad o su complicación en el plano físico, mental o social. La exposición de estilos de vida saludables y conductas que favorecen la prevención de enfermedades de toda índole requiere del apoyo de grupos familiares, sociales, y estatales entre otros. La participación social y el adiestramiento de los miembros de las familias son fundamentales para que se trasmitan y se difundan esos conocimientos. Se deben planificar acciones de Mantenimiento de la Salud entre el equipo de salud y la población a cargo e igualmente desarrollar una relación de trabajo con el paciente, basada en la habilidad para comunicar, educar, y generar la motivación para los cambios de comportamiento y acrecentar el autocuidado y el autocontrol del individuo sobre su propia salud. ⁽²⁴⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el sector salud público la atención a pacientes con hipertensión arterial en el primer nivel de atención médica es una prioridad.

Las principales causas de mortalidad por complicaciones derivadas de la hipertensión arterial sistémica son previsible mediante atención preventiva, sistemática y de alta calidad, que permite identificar y controlar los principales factores de riesgo.

La habilidad de una familia para adaptarse a las cambiantes circunstancias o a las tareas del desarrollo del ciclo de vida, se complementa con su necesidad de valores durables, tradiciones y normas de comportamiento previsible y coherentes. La adaptabilidad es un elemento fundamental particularmente en las enfermedades progresivas, recurrentes o que presentan crisis médicas agudas. Esto con la finalidad de que patologías crónicas degenerativas como la hipertensión arterial modifiquen la adecuada dinámica de familia.

Sin embargo desconocemos como el diagnóstico de hipertensión arterial nos puede poner en riesgo la homeostasis familiar.

En la UMF 33 desconocemos cual es la adaptabilidad, cohesión y disfunción familiar ante el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica.

PREGUNTA DE LA INVESTIGACION

¿Cuál es la adaptabilidad cohesión y disfunción familiar ante el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica en los pacientes del turno vespertino en la umf 33?

JUSTIFICACIÓN

MAGNITUD

La prevalencia de hipertensión arterial se ha mantenido tan alta que afectado a 31.6% de los adultos mexicanos. Existen 15 millones de pacientes con hipertensión. 1 de cada 2 mexicanos mayores de 50 años son hipertensos. 75% de los pacientes hipertensos tienen una edad menor a 54 años. Más de la mitad de pacientes con hipertensión en México (57%), desconoce su condición. Sólo 19% de los pacientes mexicanos diagnosticados tiene su hipertensión controlada.

TRASCENDENCIA

Al conocer la adaptabilidad, cohesión y disfunción familiar de los pacientes con hipertensión arterial sistémica se podrán crear estrategias para obtener un mejor control y mejorar la calidad de vida en pacientes hipertensos y evitar complicaciones que generan mayor costos.

VULNERABILIDAD

Pacientes con el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica.

FACTIBILIDAD: Factible porque contamos con los recursos económicos, humanos y con el apoyo institucional para poder llevarlo a cabo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar la adaptabilidad, cohesión y riesgo de disfunción familiar ante el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica en el turno vespertino de la UMF No. 33.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

Determinar el género en donde se encuentre mayor alteración en la adaptabilidad, cohesión y riesgo de disfunción familiar ante el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica en el turno vespertino de la UMF No. 33.

Identificar el estado civil en donde se encuentre mayor alteración en la adaptabilidad, cohesión y riesgo de disfunción familiar ante el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica en el turno vespertino de la UMF No. 33.

Identificar la ocupación en donde se encuentre mayor alteración en la adaptabilidad, cohesión y riesgo de disfunción familiar ante el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica en el turno vespertino de la UMF No. 33.

Identificar la escolaridad en donde se encuentre mayor alteración en la adaptabilidad, cohesión y riesgo de disfunción familiar ante el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica en el turno vespertino de la UMF No. 33.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio.

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal, prospectivo.

Universo.

Se tiene un registro de 3995 pacientes con hipertensión arterial sistémica, derechohabientes del IMSS adscritos a la U.M.F. no. 33 del turno vespertino.

Muestra.

Se realizó cálculo una muestra de 380 pacientes para un nivel de confianza del 95% con un error muestra del 5%. Con la fórmula: $N= 3995$ $\sigma= .95$ $Z= 1.96$ $e= 0.5$

$$n = \frac{N (\sigma)^2 (Z)^2}{(N - 1)e^2 + \sigma^2 Z^2}$$

$$\frac{n=3995 (0.95)^2 (1.96)^2}{(3995- 1) 0.5^2 + .9521.96^2}$$

El muestreo se hará de casos consecutivos no probabilístico.

LUGAR DE DESARROLLO DEL ESTUDIO.

La investigación se realizó en la Unidad de Medicina Familiar #33 turno vespertino del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en Avenida de las Culturas esq. Avenida Renacimiento S/N Colonia El Rosario, Delegación Azcapotzalco.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

1. Pacientes con hipertensión arterial sistémica ya diagnosticados adscritos a la U.M.F. 33 del I.M.S.S. del turno vespertino.
2. Pacientes que pertenezcan a una unidad familiar.

Criterios de exclusión:

1. Que no acepten participar en el estudio, negándose a firmar el consentimiento informado.
2. Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica que dejen inconclusa la cedula de identificación.

Criterios de eliminación:

1. Pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial sistémica que no cuenten con familia al momento del estudio.

VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Disfunción familiar	Se entiende como el no-cumplimiento de algunas de las funciones de la familia como: afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus, por alteración en algunos de los subsistemas familiares. Por otra parte, analizando a la familia como sistema, ésta es disfuncional cuando algunos de sus subsistemas se alteran por cambio en los roles de sus integrantes	Se presentara el instrumento de funcionalidad familiar APGAR Familiar, a través del cuestionario establecido para este protocolo, en la sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar.	Cualitativa Ordinal	0-3 puntos: Familia altamente disfuncional 4-6 puntos: Moderada disfunción familiar 7-10 puntos: Familia funcional

<p>Cohesión familiar</p>	<p>Se define como el vínculo emocional de los miembros de la familia tienen entre si dentro de modelo circunflejo, los conceptos específicos para medir y diagnosticar la dimensión de cohesión son vinculación emocional, limites coaliciones, tiempo, espacio amigos, toma de decisiones intereses y recreaciones. De condiciones que existen en una sociedad, lo cual predetermina la</p>	<p>Se presentara el instrumento FACES III, a través del cuestionario establecido para este protocolo, en la sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar.</p>	<p>Cualitativa Ordinal</p>	<p>Rígida 10 a 19 Estructurada 20 a 24 Flexible 25 a 28 Caótica 29 a 50</p>
--------------------------	--	---	-------------------------------------	---

Adaptabilidad familiar	<p>naturaleza, la composición y la dinámica familiar de esta sociedad.</p> <p>Adaptabilidad: Se define como la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propia del desarrollo. Los conceptos específicos para diagnosticar y medir la dimensión de adaptabilidad son a saber: Poder en la familia, asertividad, control, disciplina, estilo de negociación, relaciones de reglas y roles.</p>			
Evento critico				
Genero	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Femenino Masculino	Nominal	1 masculino 2 femenino
Estado civil	Situación jurídica concreta que posee un individuo con respecto a la familia.	Soltero casado viudo	Nominal	1 soltero 2 casado 3 viudo

		divorciado unión libre		4 divorciado 5 unión libre
Ocupación	Trabajo o actividad a la que se dedica el paciente.	Hogar Jubilado Empleado Desempleado.	Nominal	1 hogar 2 jubilado 3 Pensionado 4 Empleado 5 Desempleado 6 Empresario 7 Comerciante
Edad	Número de años cumplidos	Número de años cumplidos en el momento de la encuesta	Nominal	1 14 a 23 2 24 a 33 3 34 a 43 4 44 a 53 5 54 a 63
Escolaridad	Grado máximo de estudios de los pacientes.	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura. Posgrado	Ordinal	1 Primaria 2 Secundaria 3 Preparatoria 4 Licenciatura 5 Posgrado

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

Se buscó en la sala de espera pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica donde se les aplicó los siguientes instrumentos Apgar familiar para determinar la percepción de la función familiar: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive.

El entrevistado responderá las preguntas del instrumento, eligiendo por separado una de las tres opciones de cada una de las preguntas (tipo liker en 3 categorías: casi siempre, algunas veces o casi nunca; con la suma de la puntuación obtenida (Puntuación: 0 a 10 puntos)

FACES III es un instrumento que evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos 10 para la adaptabilidad y 10 para cohesión es de fácil aplicación e interpretación .incluye 5 opciones (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre) con valores del 1 al 5.

Se pregunta mediante una escala de 5 puntos, con qué frecuencia está disponible para el entrevistado cada tipo de apoyo.

También se puede obtener una puntuación total donde mayor puntuación sería mayor apoyo percibido.

El índice global máximo de apoyo social es de 95 con un valor medio de 57 y un mínimo de 19. Escala de Holmes cuando los efectos de un acontecimiento o conjunto de sucesos individuales, sobrepasan cierto umbral, puede producirse el suficiente estrés como para perturbar la función donde busca identificar hechos de la vida diaria que influyen en su problema de salud su escala es de 0 a 149 No hay problemas importantes de 150 a 199 crisis leve, 200 a 299 crisis moderada más de 300 crisis severa.

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Con los resultados obtenidos, se realizó análisis estadístico con medidas de tendencia central y frecuencias. Posteriormente se mostraron los resultados con gráficas y cuadros. Mediante el SPSS versión 21.

ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD.

Declaración de Helsinki

Recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos Adoptadas por la 18a Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, Junio de 1964 y enmendadas por la 29a Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, Octubre de 1975, por la 35a Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre de 1983 y por la 41a Asamblea Médica Mundial Hong Kong, en septiembre de 1989, Asociación Médica Mundial, año 2000; es una recomendación para guiar a los médicos en las investigaciones biomédicas en seres humanos, donde la preservación de la integridad y el cuidado de la salud de la humanidad son lo más importante. Alude a los Códigos de ética, donde se señala que el interés del médico se encamina al fortalecimiento de la salud mental y física del paciente. Así, sus lineamientos están destinados a proteger a los humanos que puedan intervenir en estudios de investigación clínica, terapéutica, diagnóstica, farmacológica y de ensayos clínicos.

La Ley General de Salud indica en su Título I, capítulo único, artículo 2º, apartado VII, como derecho a la protección a la salud el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud; en el artículo 3º, apartado IX, en materia de salubridad general, como atribución en salubridad general, la coordinación en investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos. Competencia del Consejo de Salubridad en el artículo 17, fracción III, en opinar sobre proyectos de investigación y de formación de recursos humanos para la salud, en su artículo 98 sobre la formación de comisiones de investigación y de ética, para la supervisión de la investigación biomédica, especialmente en seres humanos. En el artículo 100 define las bases para la experimentación en seres humanos, semejantes a las disposiciones de la Declaración de Helsinki. En base a los estatutos mencionados, se considera el presente trabajo como una investigación sin riesgos, pues es un estudio que emplea métodos de técnicas de investigación documental y confidencial.

El estudio cuenta con los recursos necesarios y el apoyo por parte de las autoridades para su realización sin impedimento ya que no se vea afectada en ningún momento la integridad del paciente, manejándose de forma anónima la identidad del mismo. Se estima que el estudio corresponde con riesgo menor del mínimo. Todos los candidatos deberán otorgar consentimiento por escrito y el protocolo deberá ser aprobado por el Comité Local de Investigación.

Una vez integrados los datos en la base para análisis, ningún sujeto se identificará por nombre y sólo se hará por medio de un número de folio. Ninguno de ellos será identificado en informes o publicaciones que pudieran resultar de este estudio. Todos podrán retirar el consentimiento para usar sus datos en el momento en que ellos lo consideren apropiado. Podrán negarse a participar sin que esto afecte de manera alguna los beneficios o recursos o atención que requieran de la U.M.F.

Este trabajo se efectúa en exploración de conocimientos médicos de índole rutinaria en donde el investigador no tiene injerencia, siendo el trabajo longitudinal, descriptivo y observacional. El presente trabajo cumple con el Reglamento de la Ley general de salud, en materia de Investigación para la salud, Secretaria de Salud 1987, Título Segundo, Capítulo Primero,

Artículo 17 Fracción I, por lo que puede aplicarse el Artículo 23 de mismo Reglamento, por lo que se pedirá consentimiento por escrito, en virtud de hacer análisis solo de conocimientos médicos rutinarios. Se mantendrá estrictamente la confidencialidad de los datos individuales.

Riesgo de investigación. Ninguno ya que solo se aplicara tres instrumentos sobre conocimiento de adaptabilidad, cohesión y disfunción familiar en los pacientes con hipertensión arterial diagnosticados.

Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en su conjunto. Conocer la adaptabilidad, cohesión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial para dar a conocer posibles riesgos de disfuncionalidad familiar ante el diagnóstico establecido.

Confidencialidad. El cuestionario se realizará de forma personal y anónima, dándoles de conocimiento que los resultados obtenidos no influenciaran sobre su servicio de salud.

Condiciones en las cuales se solicita el consentimiento. Al momento de presentar el cuestionario se le dará a firmar el consentimiento informado al paciente

Forma de selección de los pacientes. Se realizará de forma aleatoria en la sala de espera preguntando de manera directa sobre los criterios de inclusión.

RECURSOS

Recursos humanos	INVESTIGADOR RESPONSABLE: Dra. Maria Magdalena Espinosa Cervantes INVESTIGADOR ASOCIADO: Dr. Andrés Rocha Aguado
Recursos físicos	Salas de espera de consultorios médicos, de la unidad de medicina familiar No.33
Recursos Materiales	Cuestionarios impresos en papel. Cartas de consentimiento informado impresos. Bolígrafos tinta negra. Hojas de recolección de datos.
Recursos Técnicos	Equipo de cómputo. Impresora Calculadora
Recursos Financieros	Los propios del investigador

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

“ADAPTABILIDAD, COHESION Y DISFUNCION FAMILIAR ANTE EL DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN LA UMF 33”

P= PROGRAMADO

R= REALIZADO

ACTIVIDAD 2015-2016	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO			
DELIMITACIÓN DEL TEMA A ESTUDIAR	R	R												
INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA			R	R										
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO HASTA PRESENTACIÓN AL CLIS					R	R	R							
REVISIÓN DEL PROTOCOLO POR EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN								R						
REGISTRO DEL NÚMERO DE PROTOCOLO								R						
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN									R	R				
ANÁLISIS DE RESULTADOS										R	R			
PRESENTACIÓN FINAL DEL TRABAJO										R	R			

RESULTADOS

En el estudio se encontró de acuerdo a la edad que el 5.8% es decir 22 pacientes se encuentran en el rango de edad de entre 30 a 39 años, el 7.4% (28 pacientes) entre 40 y 49 años, 23.2% (88 pacientes) entre 50 y 59 años, 26,8% (102 pacientes) entre 60 a 69 años, 31.3 % (119 pacientes) entre 70 a 79 años, y 5.5%, es decir, 21 pacientes con más de 80 años de edad.

Edad		
	Frecuencia	Porcentaje
Válido	22	5,8
30 - 39	28	7,4
40 - 49	88	23,2
50 - 59	102	26,8
60 - 69	119	31,3
70 - 79	21	5,5
> 80	380	100,0
Total		

Tabla 1

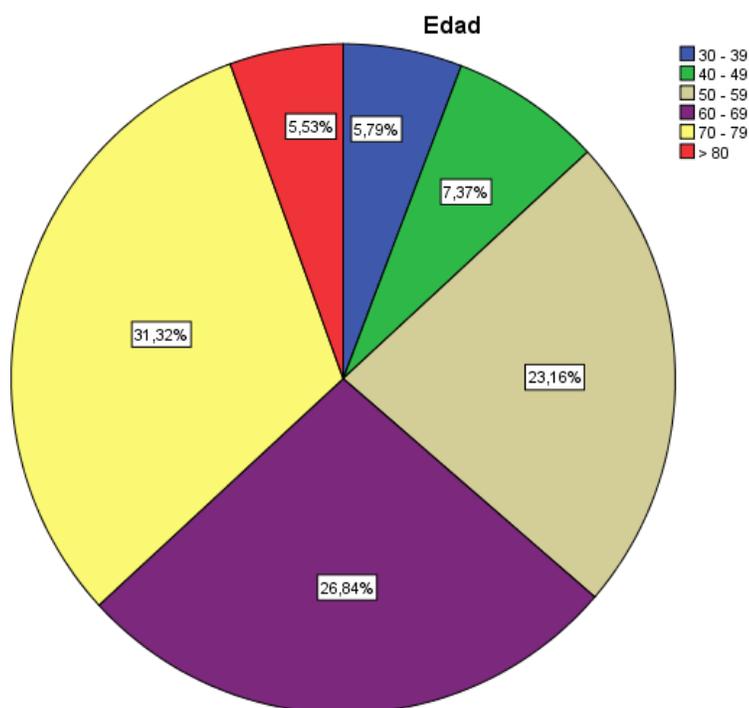


Figura 1

En cuanto al género de la población estudiada tenemos que 32.4% pertenece al género masculino, con 123 pacientes y 67.6% pertenece al género femenino con 257 pacientes.

Genero		
	Frecuencia	Porcentaje
Válido		
Masculino	123	32,4
Femenino	257	67,6
Total	380	100,0

Tabla 2

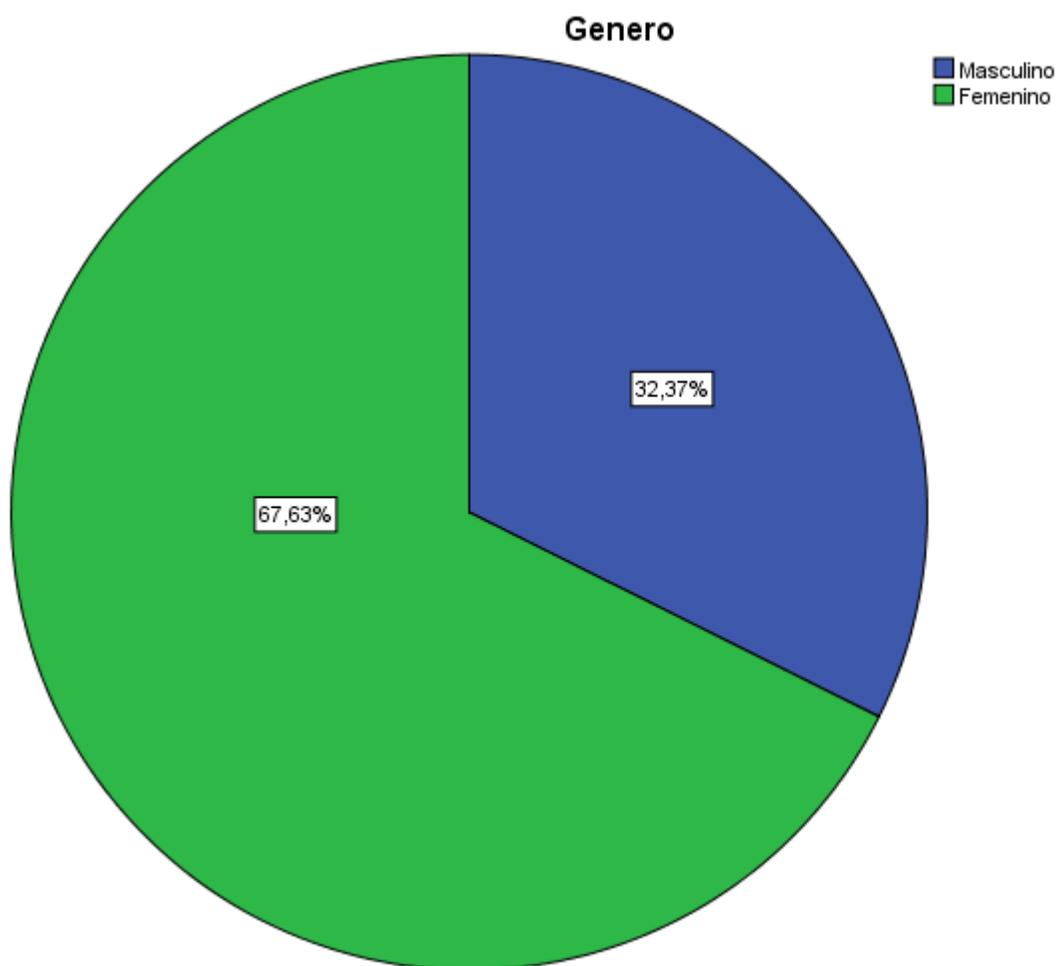


Figura 2

Para la ocupación que tiene la población, encontramos que 145 pacientes son dedicados al hogar (38.2%), 42 jubilados (11.1%), 97 pensionados (25.5%), empleados 79 (20.8%), desempleados 8 (2.1%), empresarios 2 (0.5%), y 7 comerciantes (1.8%).

Ocupación		
	Frecuencia	Porcentaje
Válido	145	38,2
	42	11,1
Hogar	97	25,5
Jubilado	79	20,8
Pensionado	8	2,1
Empleado	2	,5
Desempleado	7	1,8
Empresario	7	1,8
Comerciante	380	100,0

Tabla 3

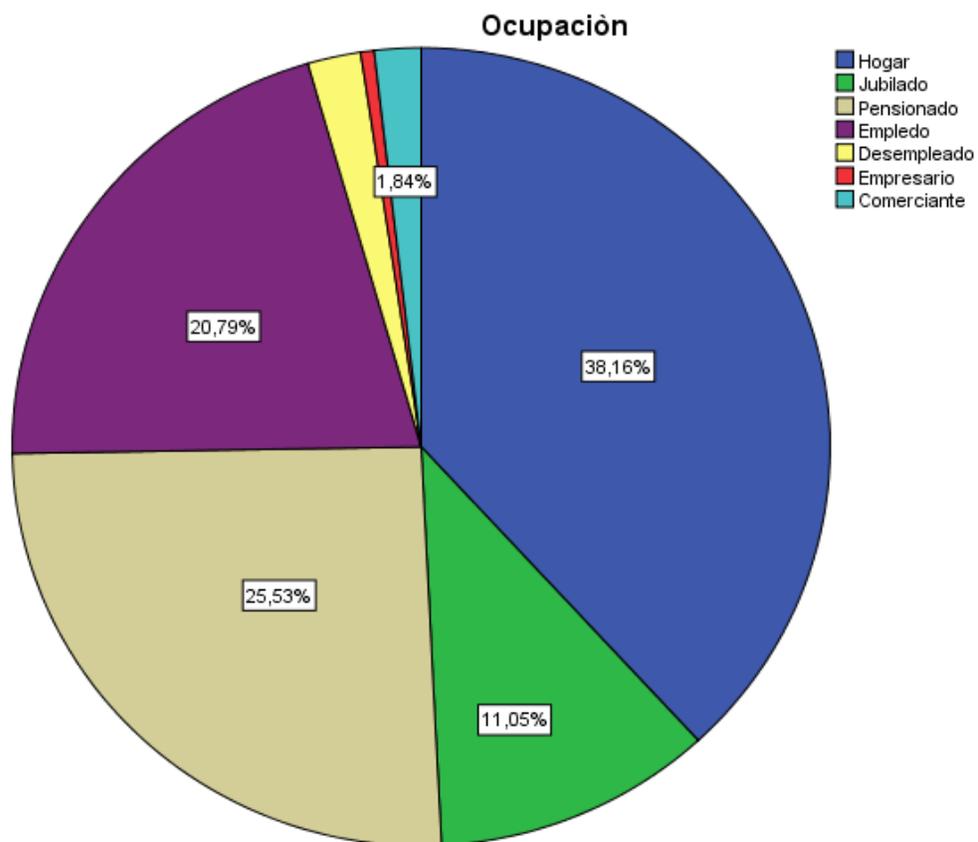


Figura 3.

En cuanto al estado civil se encontró con mayor frecuencia los casados con 239 pacientes, representando el 62.9%, seguido por viudos en 67 pacientes representando el (17.6%), solteros con 31 pacientes representando con un 8.2%, y en unión libre 22 pacientes representando un 5.8%.

	Frecuencia	Porcentaje
Válido	31	8,2
Soltero	239	62,9
Casado	67	17,6
Viudo	21	5,5
Divorciado	22	5,8
Unión libre	380	100,0

Tabla 4

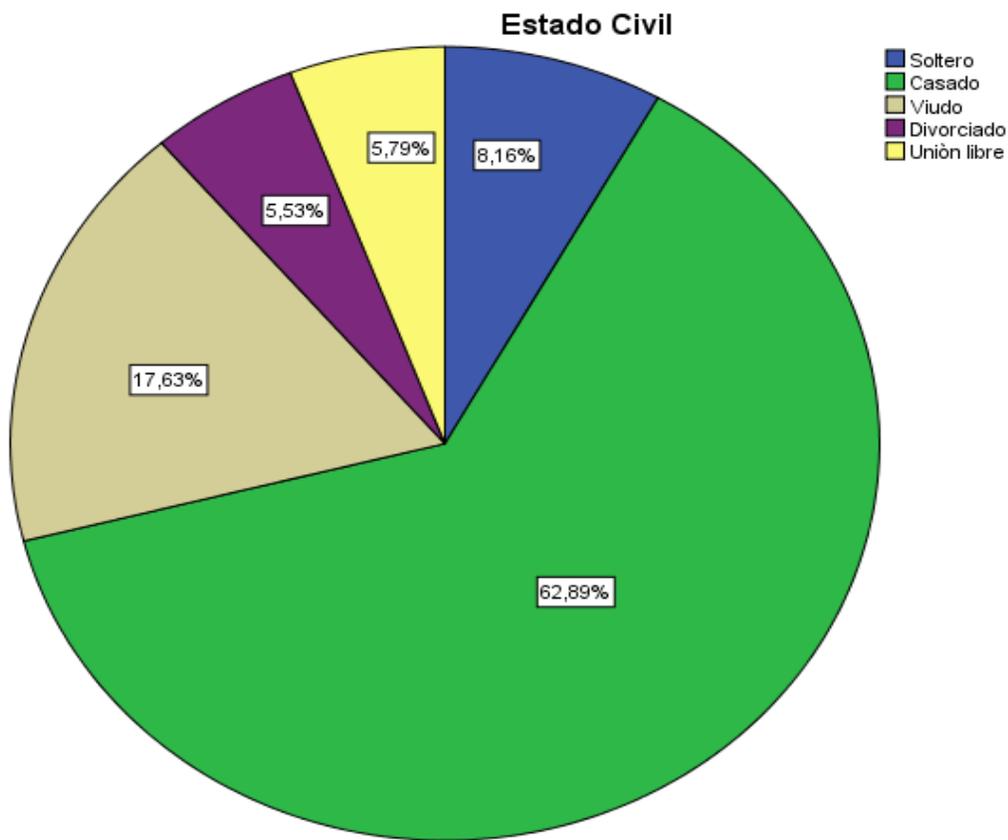


Figura 4

En cuanto a la escolaridad encontramos con mayor frecuencia los que terminaron la primaria con 176 pacientes representando el 46.3%, seguidos con nivel de escolaridad secundaria con 87 pacientes siendo 22.9%, nivel preparatoria en 64 pacientes con un 16.8%, y 35 pacientes con nivel licenciatura representando (9.2%) y analfabeta con 12 pacientes representando un 3.2 %, nivel posgrado 6 pacientes representando un 1.6 %.

Escolaridad		
	Frecuencia	Porcentaje
Válido		3,2
Analfabeta	12	46,3
Primaria	176	22,9
Secundaria	87	16,8
Preparatoria	64	9,2
Licenciatura	35	1,6
Posgrado	6	3,2
Total	380	100,0

Tabla 5

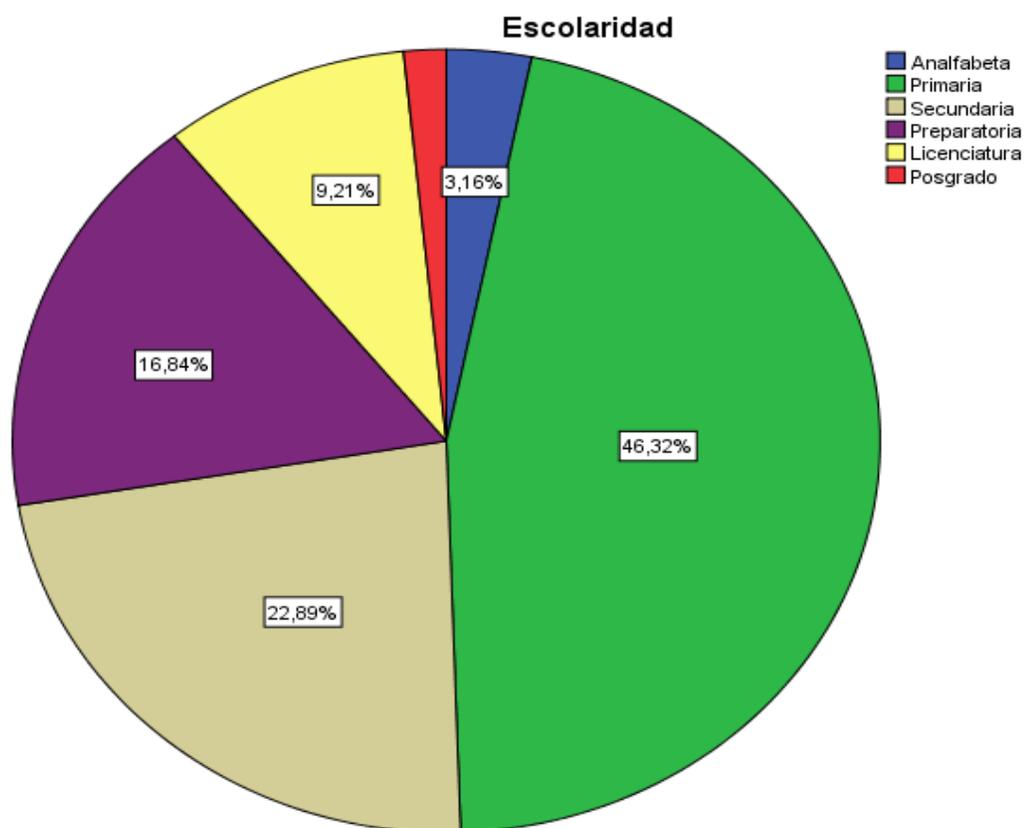


Figura 5

En cuanto a los eventos críticos sufridos por la familia evaluados por la Escala de Holmes encontramos que en 203 pacientes encontramos que no existen problemas importantes lo que nos representa un 53.4% de la población, en 76 pacientes se encontraron crisis leve lo que nos da un 20%, 65 pacientes con crisis moderada siendo un 17.1% y 36 en crisis grave con un 9.5% lo que ubica en riesgo a estas familias.

Eventos críticos		
	Frecuencia	Porcentaje
Válido		
No existen problemas importantes	203	53,4
Crisis leve	76	20,0
Crisis moderada	65	17,1
Crisis grave	36	9,5
Total	380	100,0

Tabla 6

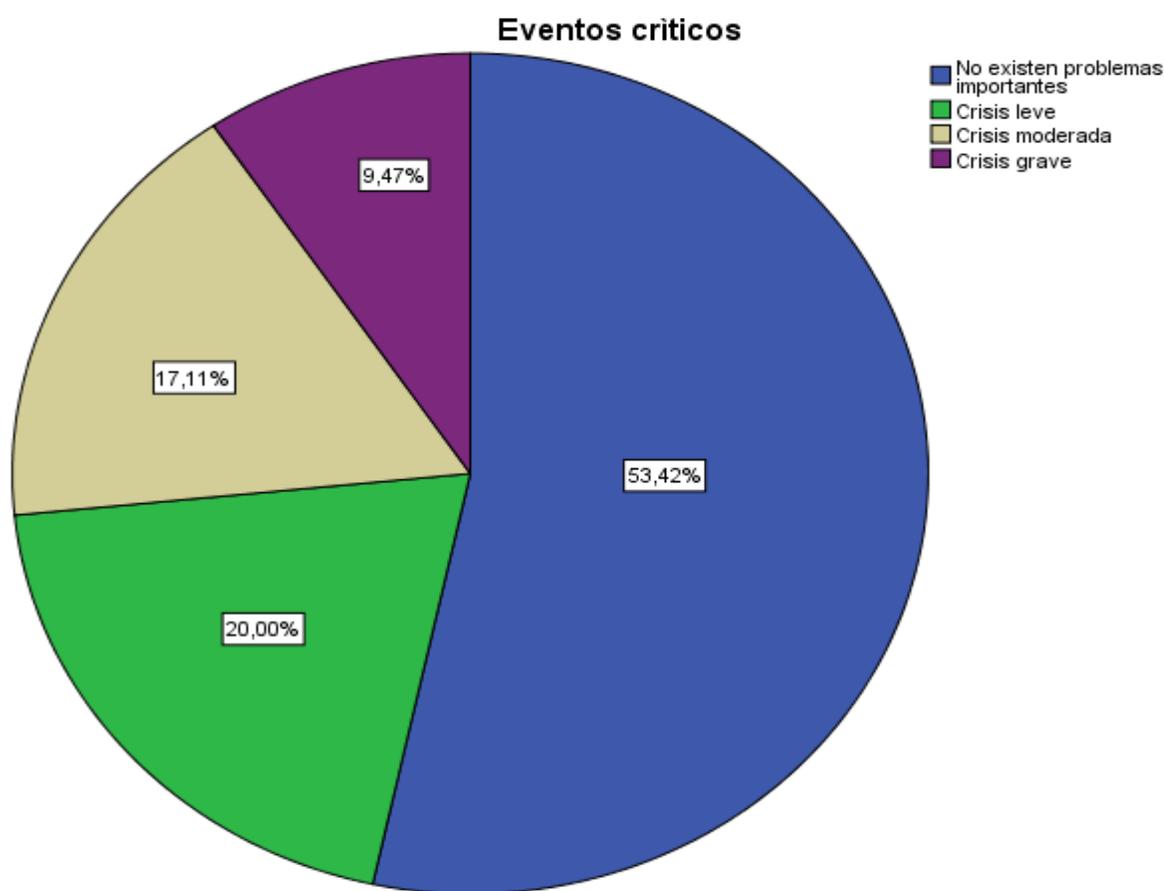


Figura 6

Para la funcionalidad familiar encontramos que el 70.8% se encuentran con familia funcional es decir 269 pacientes, 91 pacientes con familia moderadamente disfuncional lo que representa el 23.9% y 20 pacientes con familia disfuncional representando el (5.3%).

Funcionalidad familiar

	Frecuencia	Porcentaje
Válido	20	5,3
Familia Disfuncional		
Familia Moderadamente Disfuncional	91	23,9
Familia Funcional	269	70,8
Total	380	100,0

Tabla 7

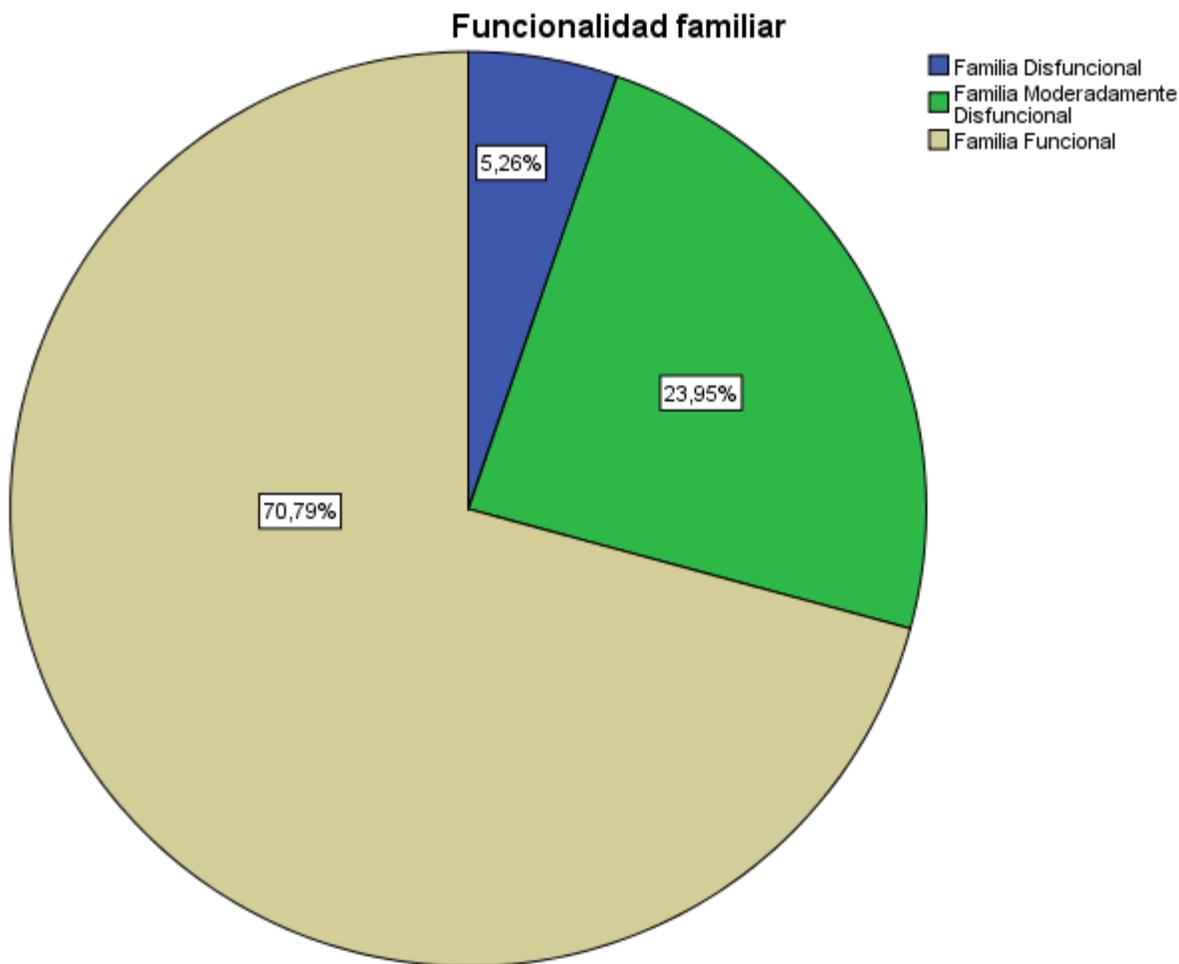


Figura 7

De acuerdo al FACES III encontramos que 132 pacientes pertenecen a una familia semirrelacionada, es decir, un (34.7%), 98 pacientes pertenecen a familias no relacionadas representan un (25.8%), 79 pacientes pertenecen a una familia aglutinada es decir (20.8%) y finalmente 71 pacientes pertenecen a familias relacionadas representando un 18.7%.

Cohesión

	Frecuencia	Porcentaje
Válido	98	25,8
No relacionada	132	34,7
Semirrelacionada	71	18,7
Relacionada	79	20,8
Aglutinada	79	20,8
Total	380	100,0

Tabla 8

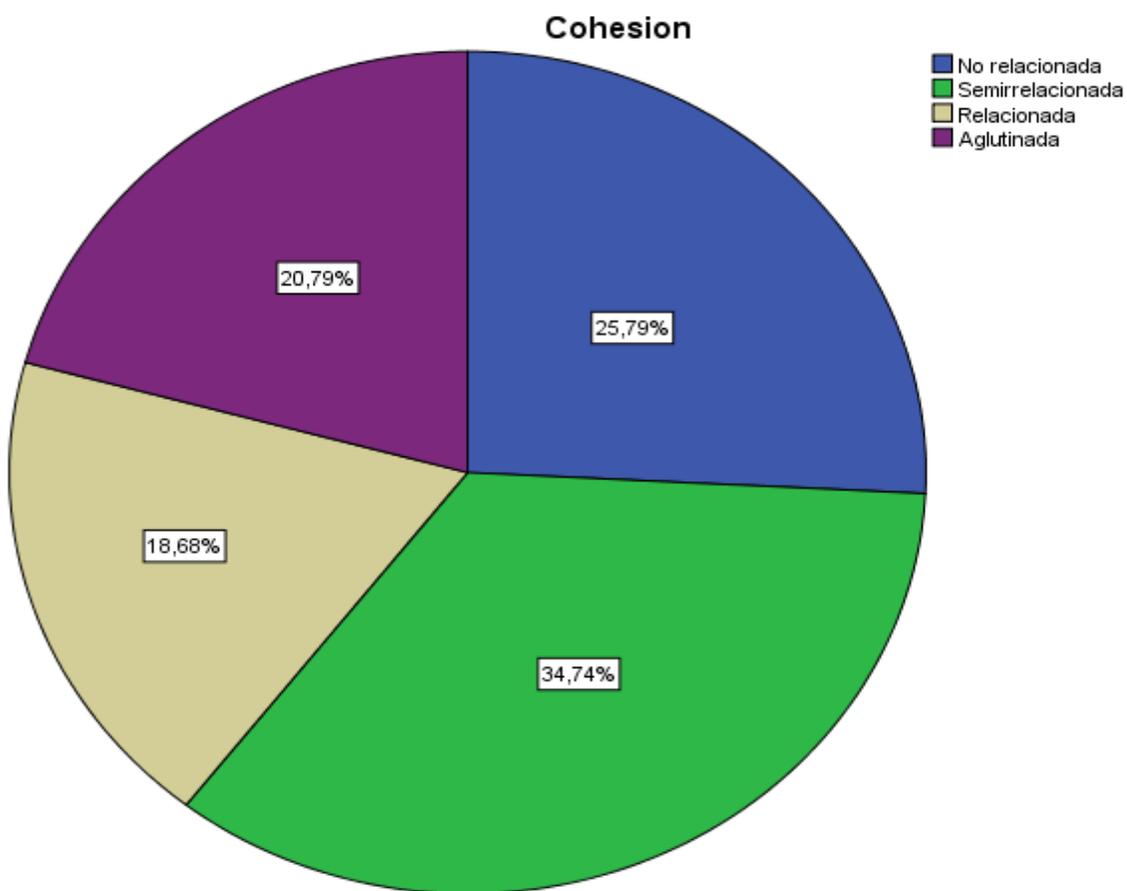
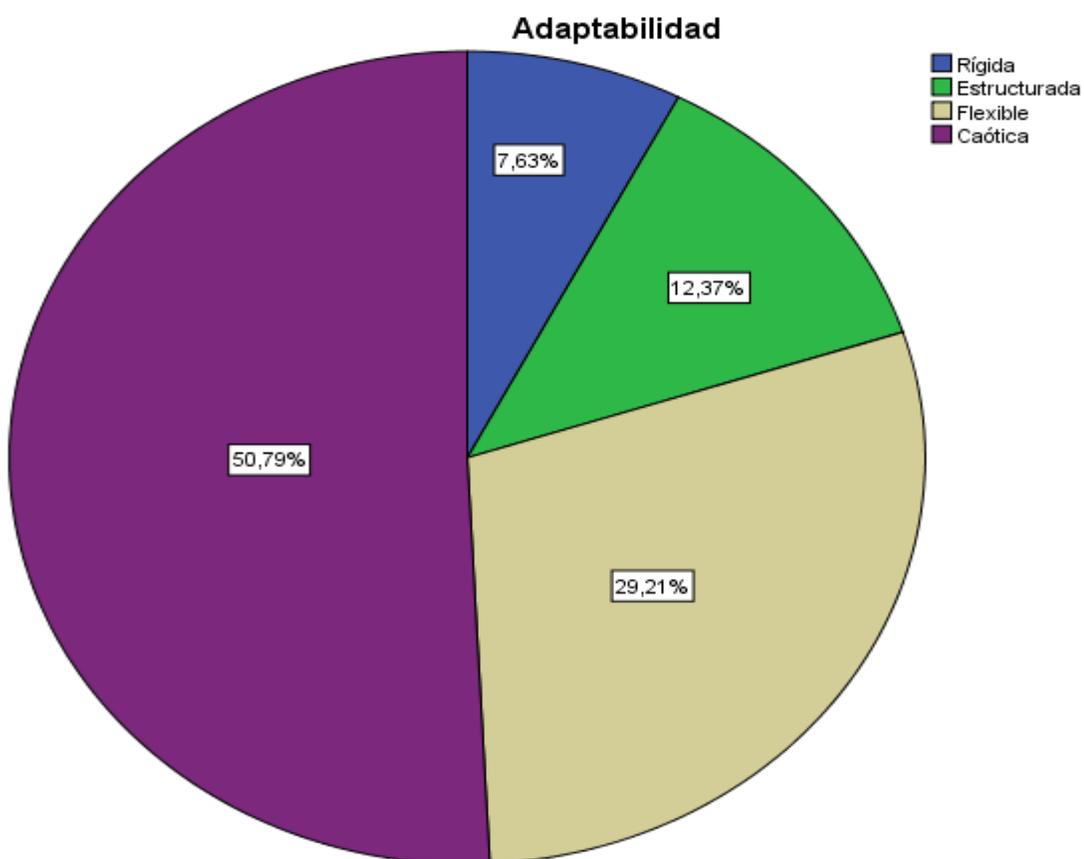


Figura 8

Y finalmente para la adaptabilidad de la población encontramos que 193 se encuentran dentro del rubro de caótica siendo el 50.8%, 111 flexibles siendo el 29.2%, 47 estructurados siendo (12.4%), y 29 rígidos siendo el 7.6% de la población total. **Adaptabilidad**

	Frecuencia	Porcentaje
Válido	29	7,6
Rígida	47	12,4
Estructurada	111	29,2
Flexible	193	50,8
Caótica	380	100,0



DISCUSION

El objetivo de este estudio fue identificar la adaptabilidad, cohesión y disfunción familiar ante el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica donde se encontró similitud con el estudio realizado por Del Águila y Col, en donde la principal población fue de género femenino al igual que en nuestro estudio el 32.4% pertenece al género masculino, con 123 pacientes y 67.6% pertenece al género femenino con 257 pacientes, y al igual que en el estudio comentado no hubo significancia entre el género y la funcionalidad familiar.

Los resultados del estudio de Florentina Marín-Reyes, M.C. Martha Rodríguez-Morán, M.C., M. en C. tienen similitud ambos estudios muestran que los pacientes con hipertensión tienen un mayor grado de apego al tratamiento cuando reciben apoyo familiar, de lo que se desprende la necesidad de dirigir acciones de intervención orientadas al mejoramiento del entorno familiar, independientemente de las características de la familia, por lo que esta limitación potencial no influye de manera significativa en los resultados de este estudio. Al igual que los anteriores estudios no se observó significancia entre la funcionalidad familiar la adaptación y la cohesión.

Coincide este estudio con el de Patricia María Herrera Santi que la mayoría está dentro de una familia funcional se encuentra el mayor porcentaje donde ocupa una familia funcional 78.3%, familia moderadamente disfuncional 16.7%, familia disfuncional 5.0% donde se observa gran similitud con nuestro estudio, familia funcional 70.8 %, familia moderadamente disfuncional 23.9%, familia disfuncional 5.3%.

CONCLUSION

Los resultados del estudio permitieron verificar las proposiciones entre los indicadores de las variables, edad, género, ocupación, estado civil, escolaridad y los instrumentos que se utilizaron Escala de Holmes para evaluar los eventos críticos antecedentes de la familia, Apgar familiar instrumento de medición de funcionalidad familiar , escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar FACES III, con una muestra de 380 pacientes , que se atienden los derechohabientes de hipertensión arterial sistémica en la Unidad Médica Familiar 33 turno vespertino .

Se establece que los factores personales, biológicos, psicológicos y socioculturales tienen bajo efecto en la adaptabilidad, cohesión y funcionalidad de la familia ante el paciente hipertenso fue posible sustentarse que no afecta significativamente al paciente con hipertensión arterial sistémica , es su control de la presión arterial sistémica .

Por otra parte, en las encuestas hay que tener en cuenta la subjetividad de algunas respuestas, según ciertos estudios, la prevalencia de hipertensión arterial sistémica al estar en tratamiento médico.

Los resultados de los instrumentos de medición para la adaptabilidad, cohesión y disfunción familiar puede con llevar un sesgo de complacencia, por el que el entrevistado tiende alterar las respuestas en la dirección que perciben como buena o deseable, mientras que las consideradas socialmente indeseables tienden a omitirse.

En este estudio se ha analizado el efecto de aquellas variables que mostraron un elevado interés descriptivo, en general coincidentes con las consideradas en otros estudios y, en general, los resultados observados en nuestro estudio no difieren de los publicados en la literatura revisada.

En conclusión, considerando la gran diversidad del arsenal terapéutico disponible actualmente para el manejo de la Hipertensión Arterial Sistémica, el éxito del tratamiento depende fundamentalmente del apego, por lo que es necesario desarrollar estrategias dirigidas a determinar cuáles son los factores involucrados para que el paciente se apegue al manejo; en este contexto, los resultados de este estudio muestran la importancia que tiene el apoyo familiar tomando en cuenta los instrumentos de medicina familiar que se emplearon.

En cuanto al estado civil se encontró con mayor frecuencia los casados con 239 pacientes, representando el 62.9%, seguido por viudos en 67 pacientes representando el (17.6%), solteros con 31 pacientes representando con un 8.2%, y en unión libre 22 pacientes representando un 5.8%.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Arana MG, Cilliani AB , Abanto D. Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la presión arterial en pacientes del programa de Hipertensión arterial. Rev. Méd. Heredina 2001 Vol.12 No.4. Pp120-126.
- 2.- Campos NI, Hernández BL, Rojas MR. Et al. Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencia en adultos mexicanos. Rev. Sal Pub. 2013 Vol. 55 (2) pp144-150.
- 3.- Davila DR.. Hipertensión Arterial Rev. Journalmex Periodista de Méx. 2010 Vol. 20 (5) pp 130-135
- 4.- Dos Santos CR.. ,Tolstenko NL. Contribución familiar en el control de la Hipertensión arterial Revista Latino –am Enfermagem 2008 Vol. 16 No.5 Vol 16 (5) pp 1-6
- 5.-. Herrera SPM. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev. Cub. de Med, Gral. Integral 1997 Vol.6 (1) .pp 53-66
- 6.- Pastor Did NJ. Hipertensión arterial, estratificación de riesgo Rev. Cubana. de Med. Gral Integral 1999 Vol 15 (6) pp 597-604
- 7.- Lara A, Rosas M, Pastelin G, Et al. Hipercolesterolemia e hipertensión arterial en México consolidación urbana actual con obesidad, Diabetes y tabaquismo Revista Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez Vol 74 (3) pp 231-245
- 8.- Hernández CF, Mena LAM ,Rivero SM. Et al. Hipertensión arterial comportamiento de su prevalencia y de algunos factores de riesgo. Rev. Cub Med. Gral. Int 1996 vol .12 (2) pp 145-149
- 9.- Marín RF. Rodríguez MM, Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Rev. Sald. Pub Méx.2001 Vol. 43 (4) pp336-339
- 10.- Schmidt V, Barreyro JP, Maglio AL, Escala de evaluación del Barreyro funcionamiento familiar FACES III ¿Modelo de dos o tres factores? Rev. de Psic. 2010 Vol.3 (.2). Schmidt pp30-36
- 11.- Villarreal RE, Mathew QA, García EMG. Et al..Costo de la atención de la hipertensión arterial y su impacto en el presupuesto destinado a la salud en México. Rev. Sald. Pub. Méx. 2001 Vol.44 (1) pp 7-13
- 12.- Jáuregui AR. Hipertensión arterial sistémica conceptos actuales. Rev. Act. Medmedica Grupo Ángeles 2009 Vol 7 (1) pp17-23
- 13.- Granados G, Rosales NJG , Jesús GM Moreno E. Et al. Creencias en síntomas y adherencias al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. Rev. International Journal of Clinical and Health Psychology 2007 Vol.7 (.3) pp 697-707

14. Fasce HE, Flores OM, -Eduardo FH, Et al. Prevalencia de síntomas habitualmente asociados a la Hipertensión Arterial en población normotensa e hipertensa. Rev. Méd. de Chile 2002 Vol.130 (2) pp160-166
- 15.- Rebollo P, Fernández F, Vega F, Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos con hipertensión arterial. Revista Hipertensión y riesgo vascular 2007 Vol.18 (.9) pp 429-439
- 16.- Gamboa AR . Rospigliosi BA, Mas allá de la hipertensión Revista acta medica Peruana Vol.27 No.1 Marzo 2010 pp 45-52
- 17.- Bancalari R, Díaz C, Alejandro MA , Et al . Prevalencia de hipertensión arterial y su asociación con la obesidad en edad pediátrica. Rev. Méd. de Chile 2011 Vol. 139 (7) pp 872879
- 18.- Pérez SL, Mercado RMX, Espinosa PIM, La familia y los procesos de enfermar. Rev. Área de ciencia de la salud unidad académica de Medicina UAN 2009 Vol.1 (1) pp 66 a 71
- 19.-Forero ALM, Avendaño DMC, Duarte CZJ , Et al. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. Revista Colombiana de psiquiatría , 2006 vol XXXV, (1) ,pp 23 a 29
- 20.- Suarez CMA, Alcalá EM. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar Rev. Med. La Paz 2014 Vol.20 No. 1 , pp53 a 57
- 21.- Anagalys OA., Osorio PMF, Fernández VAT Et al. Diagnostico del funcionamiento familiar en un consultorio del médico y la enfermera de la familia. Rev. Cubana de Med. Gral. Integral 2003 Vol .19 No. 2 pp 0-0
- 22.- Libertad MA, Sairo AM, Bayarre VHD, Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. Rev. Cubana de Med. Gral. Integral 2003 Vol .19 No.2 Abril pp 0-0
- 23.- Weinreich ML, Hidalgo CG, Intervención de salud en Familias de alto riesgo Biopsicosocial: Seguimiento a largo plazo del Funcionamiento familiar . Revista Psykhe 2004 Vol.13 No.1 pp 33 a42
- 24.- Herramientas utilizadas en un estudio de salud familiar http://residencia.umf48.weebly.com/uploads/1/3/3/413348619/taller_herramientas_utilizadas_en_un_estudio_de_salud_familiar_1.pdf.

ANEXOS (INSTRUMENTOS)

“ADAPTABILIDAD, COHESION Y RIESGO DE DISFUNCION FAMILIAR ANTE EL DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN EL TURNO VESPERTINO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33”

Espinosa Cervantes Maria Magdalena .¹, Andrés Rocha Aguado²

¹MG IMSS.UMF33, ². MF UMF2.IMSS.

Por favor, señale con un círculo aquel o aquellos acontecimientos vitales que le han sucedido en el último año.

Evento critico	22. Cambio de responsabilidad en el trabajo
1.Muerte del cónyuge	23.Uno de los hijos abandona el hogar
2. Divorcio	24.Dificultades con los parientes políticos
3.Separacion matrimonial	25.Logro personal notable
4.- Causas penales	26. La esposa comienza a (o deja de) trabajar
5. Muerte de un familiar cercano	27. Inicia o termina la escuela
6.Lesion o enfermedad personal	28. Cambio en las condiciones de vida
7. Matrimonio	29. Revisión de hábitos personales
8. Pérdida de empleo	30. Problemas con el jefe
9. Reconciliación matrimonial	31, Cambio de horario o condiciones de trabajo
10.Jubilacion	32. Cambio de residencia
11. Cambios en la salud de un familiar	33. Cambio de escuela
12.Embarazo	34. Cambio de recreación
13. Problemas sexuales	35. Cambio de actividades religiosas
14. Nacimiento de un hijo	36. Cambio en las actividades sociales
15. Reajuste en los negocios	37. Hipoteca o préstamo menor
16.Cambios en el estado financiero	38.- Cambios en los hábitos del sueño
17.Muerte de un amigo muy querido	39. Cambio en el número de reuniones familiares
18. Cambio a línea diferente de trabajo	40. Cambio en los hábitos alimentarios
19.Cambio de numero de discusiones en la pareja	41. Vacaciones
20. Hipoteca mayor	42. Navidad
21. Juicio por una hipoteca o préstamo	43. Violaciones menores a la ley
TOTAL=	

INSTRUCCIONES:

Señale en un círculo lo que perciba acerca de su familia

¿Está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma en que participa con usted en la resolución de ellos?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
¿Su familia respeta sus decisiones y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer en cambios en su estilo de vida?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca

¿Está satisfecho de la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?			
¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia se la pasan juntos	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca

INSTRUCCIONES:

Señale en un círculo lo que perciba acerca de su familia

<p>1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.</p> <p>1, Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>
<p>2. En nuestras familias se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas</p> <p>1, Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>
<p>3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia</p> <p>1, Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>
<p>4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina 1,</p> <p>Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>
<p>5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos</p> <p>1, Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>
<p>6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.</p> <p>1, Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>
<p>7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia</p> <p>1, Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>

<p>8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas 1, Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>
<p>9. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos</p> <p>1, Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>
<p>10. Nos sentimos muy unidos</p> <p>1, Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>
<p>11. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente</p> <p>1, Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>
<p>12. En nuestra familia las reglas cambian</p> <p>1, Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>
<p>13. Con facilidad podemos planear actividades en familia</p> <p>1, Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>
<p>14. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros</p> <p>1, Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>
<p>15. Consultamos unos con otros para tomar decisiones 1, Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>
<p>16. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad</p> <p>1, Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>
<p>17. La unión familiar es importante</p> <p>1, Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>
<p>18. Es difícil quien hace las labores del hogar</p> <p>1, Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>

Finalmente contesta lo siguientes datos personales (el estudio es anónimo)

Edad: _____ **Genero:** (Masculino) (Femenino)

Ocupación: (hogar) (jubilado) (pensionado) (Empleado) (Desempleado) (Empresario)
(Comerciante)

Estado civil: (soltero) (casado) (viudo) (divorciado) (unión libre)

.Escolaridad: (Primaria) (Secundaria) (Preparatoria) (Licenciatura) (Posgrado)



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD**

**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: " Adaptabilidad, cohesión y riesgo de disfunción familiar ante el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica en el turno vespertino en la Unidad Médica Familiar No 33"

Patrocinador externo (si aplica):
Lugar y fecha: México, Distrito Federal 2015

Número de registro:
Justificación y objetivo del estudio: Identificar la adaptabilidad, cohesión y riesgo de disfunción familiar ante el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica en el turno vespertino en la unidad médica familiar No. 33"

Procedimientos: Aplicación de los siguientes instrumentos APGAR Familiar , Escala de eventos críticos de Thomas Holmes , FACES III

Posibles riesgos y molestias: Ninguno ya que solo se aplicara tres instrumentos sobre conocimiento de adaptabilidad, cohesión y disfunción familiar en los pacientes con hipertensión arterial diagnosticados.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el Conocer cuál es la adaptabilidad, cohesión y disfunción familiar ante el diagnóstico de estudio: hipertensión arterial sistémica en el turno vespertino en la unidad médica familiar No.33 "

Información sobre resultados y alternativas de Se darán a conocer los resultados a través de un cartel que se publicara en la coordinación de tratamiento: educación e investigación en salud de la UMF – 2.

Participación o retiro: Lo puede hacer en cualquier momento que lo desee el paciente.

Privacidad y confidencialidad: No se requiere identificación alguna del paciente o familiar para la aplicación del estudio.

En caso de colección de material biológico (si aplica):
No autoriza que se tome la muestra.
Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio: Implementar programas para identificar la adaptabilidad , cohesión y riesgo de disfunción ante el diagnostico de hipertensión arterial sistémica en el turno vespertino en la unidad médica familiar No. 33

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Espinosa Cervantes María Magdalena Matrícula 99354459 Tel.53825110
Colaboradores: Investigador Asociado: Andrés Rocha Aguado Matrícula 98150508 Tel. 55475510 al 19 Ext. 21407

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS:
Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión
21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013