

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION HIDALGO**



**HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR No. 1
PACHUCA, HIDALGO.**

TÍTULO

**“DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO CONDICIONANTE DEL DESCONTROL DEL
PACIENTE HIPERTENSO EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA
FAMILIAR DEL HGZMF NO. 1 DE PACHUCA, HGO”**

NÚMERO DE REGISTRO SIRELCIS R-2017-1201-20

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. ARIADNA RODRÍGUEZ VARGAS

ASESOR CLÍNICO

DRA. SANDRA AIDEE BACA RODRÍGUEZ

ASESOR METODOLÓGICO

DRA. MARÍA ESTHER HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

PACHUCA, HIDALGO

2018.



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.

**“DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO CONDICIONANTE DEL DESCONTROL DEL
PACIENTE HIPERTENSO EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA
FAMILIAR DEL HGZMF NO. 1 DE PACHUCA, HGO”**

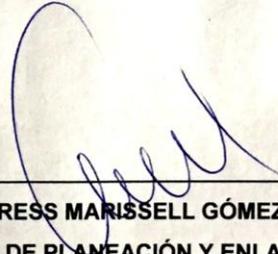
**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

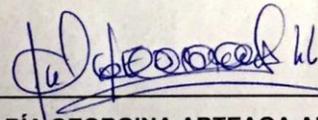
ARIADNA RODRÍGUEZ VARGAS

**RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y
MEDICINA FAMILIAR No. 1**

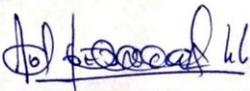
AUTORIZACIONES:



**DRA. GRESS MARISELL GÓMEZ ARTEAGA
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL**



**DRA. MARÍA GEORGINA ARTEAGA ALCARÁZ
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

P.A. 

DRA. ELBA TORRES FLORES
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD

COORDINACIÓN CLÍNICA
DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN



IMSS
H.G.Z. M.F. No. 1
DELEGACIÓN HGO.



DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTÉN LÓPEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

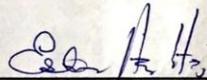


DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

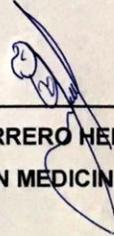
ASESORES DE TESIS



DRA. SANDRA AIDEE BACA RODRÍGUEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR



DRA. MARÍA ESTHER HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR



DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PACHUCA, HIDALGO

2018.



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



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



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

PACHUCA, HIDALGO

2018.

**“DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO CONDICIONANTE DEL DESCONTROL DEL
PACIENTE HIPERTENSO EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA
FAMILIAR DEL HGZMF NO. 1 DE PACHUCA, HGO”**

INDICE

MARCO TEÓRICO	8
Funciones de la familia	11
Deberes básicos de Duvall	11
Funciones familiares según Geyman	13
Dinámica familiar	14
Tipos de familia	15
Hipertensión arterial sistémica	17
Relación de la hipertensión arterial sistémica con la funcionalidad familiar	24
Instrumento para evaluar la funcionalidad familiar	27
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
JUSTIFICACIÓN	30
OBJETIVOS	32
Objetivo general	32
Objetivos específicos	33
HÍPÓTESIS	33
Hipótesis de trabajo	33
Hipótesis alterna	33
Hipótesis nula	34
MATERIAL Y METODOS	34
Diseño del estudio:	34
Universo de trabajo:	34
Tamaño de la muestra	34
Criterios de selección	35
Operacionalización de las variables	36
Descripción general del estudio	38
Análisis estadístico	39
Aspectos éticos	39
Recursos, financiamiento y factibilidad	41
RESULTADOS	41
DISCUSION	48
CONCLUSIONES	49
**BIBLIOGRAFIA	50
ANEXOS	52

MARCO TEÓRICO

La palabra “familia”, proviene del latín familiae, que significa “grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la gens”, “conjunto de personas que se alimentan juntas en la misma casa y a los que un pater familiar tiene la obligación de alimentar”. La familia es más que una sociedad, es una unión, que integra espacios y aspectos, tanto visibles como desconocidos para las personas. Sus integrantes comparten necesidades psicoemocionales y materiales, luchan por cumplir sus objetivos, tiene intereses en comunes de desarrollo, las metas de cada uno son compartidas por los demás, ninguno de los integrantes hace caso omiso a las necesidades psicológicas y materiales de los demás miembros del grupo. ⁽¹⁾

La salud familiar es un proceso único e irrepetible que se caracteriza por no ser la suma de la salud individual de sus miembros, y por tener un origen multicausal donde intervienen elementos socioeconómicos, sociopsicológicos, la propia salud individual de los miembros y el funcionamiento familiar, los elementos internos y externo del grupo familiar. La salud familiar puede considerarse como el ajuste o equilibrio entre los elementos internos y externos del grupo familiar, incluye el estado de salud física y mental individual, y el nivel de interacción entre los miembros de la familia. Se describe como familia saludable a aquella en donde está presente la salud física y mental de sus integrantes, con adecuada integración estructural, funcional, psicodinámica, semántica y ecológica entre ellos y con el ambiente. ⁽²⁾

Para poder comprender a esa familia, se requiere primero entender que es la familia, algunas de las definiciones más importantes son las siguientes:

La Real Academia Española de la Lengua define el término de familia como *“un grupo de personas emparentadas entre sí, que viven juntas o en lugares diferentes y como conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje”*.

La ONU la define como *“Grupo de personas del hogar que tiene cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al jefe de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos”*.

La Organización Mundial de la Salud define a la familia como: *“un grupo de personas emparentadas entre sí, hasta un grado determinado ya sea por sangre, adopción o matrimonio”*.

El Consenso Canadiense la define como: *“Familia.- grupo compuesto por un marido, una esposa, con o sin hijos o un padre o madre con uno o más hijos que viven bajo un mismo techo”*.

El Consenso Norteamericano la define como *“grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción”*.

Friedman la define *“como una unidad con estructura y organización que interactúa con su medio ambiente, es un sistema social con subsistemas interpersonales definidos por uniones emocionales y responsabilidades comunes, sujeta a cambios que pueden afectar a su estabilidad.”* ⁽³⁻⁵⁾

A partir de estas definiciones, se reconocen ahora dos elementos básicos que las reglas que gobiernan las relaciones entre hombre y mujer y el reconocimiento de los deberes y derechos de los padres para con los hijos, es por ello que en estos tiempos se llega a otra definición de familia: *“Grupo de personas que se relacionan o se determina un parentesco mediante el matrimonio o la existencia de redes de interacciones personales que permiten al individuo sentirse cómodo y seguro, es decir en familia”*. ⁽⁵⁾

Minuchín considera a la familia como: *“El grupo en el cual el individuo desarrolla sus sentimientos de identidad y de independencia, el primero de ellos fundamentalmente influido por el hecho de sentirse miembro de una familia y el segundo por el hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y por su participación con grupos extra familiares”*.⁽⁵⁾

Minuchín y Fishman definen a la familia como: *“un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción”*. Constituyendo a la Estructura Familiar.

- Componentes de la Estructura familiar: subsistemas y los límites.

Subsistemas

Están constituidos por miembros de la familia que se agrupan por generaciones, sexo, intereses o funciones. El sistema familiar se diferencia y realiza sus funciones mediante estos subsistemas: conyugal (esposa-esposo), parental (padres-hijos) y fraterno (hermana-hermano).⁽⁵⁻⁷⁾

Límites

Constituidos por las reglas que definen quiénes y cómo participan. Su función es proteger la diferenciación del sistema. Todo subsistema familiar tiene funciones específicas y plantea demandas también específicas de sus miembros.

Luis de la Revilla comenta que la familia tiene 3 puntos característicos: Es una unidad biopsicosocial integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad matrimonio y/o unión estable y que viven en un mismo hogar, es una organización grupal intermedia entre la sociedad y el individuo pero que responde a la clase social a la que pertenece y es un subsistema social

abierto, en constante interacción con el medio natural, cultural y social, y en donde cada uno de sus integrantes interactúa como micro grupo.

Salvador Minuchin, define a la Estructura familiar como el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia, considera a esta como un sistema que opera mediante pautas transaccionales en un contexto y momento determinado, regulan las conductas de los miembros de la familia y son mantenidas por dos sistemas de coacción: El primero es genérico e implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar, el segundo sistema de coacción es idiosincrásico e implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia, el origen de estas expectativas está sepultado por años de negociaciones explícitas e implícitas entre los miembros de la familia, relacionadas a menudo con los pequeños acontecimientos diarios. ⁽⁵⁾

Funciones de la familia

El principal papel social de conformarse como familia es el de proveer individuos productivos en una convivencia social.

Existen diversos autores y clasificaciones que describen las funciones de la familia, entre ellos están los de Duvall que corresponden los deberes básicos de la familia, Geyman como los de la socialización y los FF-SIL (Instrumento para medir la funcionalidad familiar).

Deberes básicos de Duvall

Conservación Física.- La familia tiene la responsabilidad de proporcionar un hogar adecuado, ropa apropiada y suficientes nutrimentos, junto con los cuidados de la salud.

Distribución de recursos.- Incluyen ingresos monetarios, tiempo, energía y relaciones personales.

División del trabajo.- Los miembros de la familia deciden quién asumirá determinadas responsabilidades: proveer recursos económicos, realizar las tareas de la casa, cuidar a los miembros jóvenes, los ancianos o los incapacitados de la familia y otras tareas.

Socialización de los miembros de la familia.- Asumiendo la responsabilidad de guiar el desarrollo de patrones maduros y aceptables de conducta social al comer, eliminar, dormir, de relaciones sexuales, de la agresión y de la interacción con otros.

Reproducción, incorporación y liberación de los miembros de la familia.- La maternidad, la adopción y la crianza de los niños son responsabilidades familiares junto con la incorporación de nuevos miembros a causa del matrimonio.

Conservación del orden.- Se mantiene a través de las comunicaciones de una conducta aceptable.

Ubicación de los miembros en el núcleo social mayor.- Arraigando en la sociedad donde viven a través de las relaciones en el templo, escuela, sistema político, económico y otras organizaciones. Asumiendo también la responsabilidad de proteger la familia a sus miembros de influencias externas indeseables y puede prohibirles reunirse con grupos censurables.

Mantenimiento de la innovación y la moral.- Los miembros de la familia se recompensan mutuamente por sus logros y se preocupan por las necesidades individuales de aceptación, estímulo y afecto. La familia desarrolla una filosofía de la vida y el sentido de unidad y lealtad familiar, capacitando a sus miembros para adaptarse a las crisis personales y familiares. ⁽⁵⁾

Para Maslow el comportamiento humano está motivado, controlado e influido por una jerarquía de necesidades que son: Fisiológicas, seguridad, sociales, estima y realización personal. ⁽³⁾

Con lo anterior se desprende que son de acuerdo a los diversos autores dos las grandes funciones que asume la familia: asegurar la supervivencia de sus miembros y forjar sus cualidades humanas.

La familia debe fomentar y satisfacer las necesidades recíprocas y complementarias de sus miembros fomentando la libre relación entre ellos, permitiendo y estimulando la individuación a través del respeto y del reconocimiento de cada uno de sus integrantes y mantener la unión y la solidaridad en la familia con sentido positivo de la libertad.

Funciones familiares según Geyman

Socialización.- Transformar en un tiempo determinado a un individuo dependiente en una persona totalmente independiente, socialmente útil, capaz de participar y desarrollarse en la sociedad.

Cuidado.- Satisfacer sus necesidades físicas y sanitarias: vestido, alimentación seguridad física, apoyo emocional.

Afecto.- Necesidad de pertenencia y reconocimiento hacia nuestros semejantes. Está estrechamente relacionado con el cuidado.

Reproducción.- Proveer nuevos miembros a la sociedad con compromiso y responsabilidad, incluyendo la salud reproductiva y educación sexual.

Status.- Tráferencia de derechos, obligaciones con el objetivo de perpetuar privilegios y logros familiares. ⁽⁵⁾

Dinámica familiar

Es el conjunto de fuerzas motrices (físicas, emocionales, intelectuales) y patrones de actividad (crecimiento, organización, comunicación, dotación) al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar, dentro del cual estas fuerzas operan de manera positiva o negativa y son determinantes de su buen o mal funcionamiento.

Una familia funcional es capaz de cumplir las tareas que se le están encomendando de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo. Siendo aquella en que los hijos no presentan trastornos graves de conducta y donde la pareja no está en lucha constante. En otras palabras, la dinámica familiar es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre los miembros de la familia que le permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo infundiéndole el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás. ⁽⁴⁾

La dinámica familiar es una parte de un sistema mayor, que se define por las relaciones de los miembros individuales entre sí. Las familias existen como su propia estructura compuesta de personas que comparten vínculos, y se esfuerzan por satisfacer las necesidades de cada uno. Así la familia es un contexto complejo e integrador, en el que interaccionan los sistemas biológicos, psicosocial y ecológico. Desde este punto de vista se puede mencionar que la familia es el principal recurso de los individuos para mantener y recuperar juntos su salud, y en ocasiones, es el origen de sus síntomas y de sus problemas de salud. ⁽⁸⁾

Tipos de familia

La familia es un sistema abierto en constante interacción con los entornos históricos, social, económico, y cultural, no es una unidad homogénea en su conformación, lo cual indica que no todas están integradas de igual manera.

Por lo tanto hay una gran variedad de tipos de familia y que se pueden catalogar según su desarrollo (moderna, tradicional, arcaica), según su demografía (urbana, rural), según las regiones geográficas del país, según su composición (nuclear, extensa, compuesta, extensa compuesta), según su ocupación (campesinas, obreras, profesionales), su cultura (indígena, rural, urbana), nivel socioeconómico (marginado o su proletario, popular o proletario, medio, elitario o de dominio), según el sentido de desarrollo en el cambio y en la evolución familiar (subdesarrolladas, en coyuntura, en desarrollo estructural, superestructural), según la división de funciones y tareas (económica masculina, económica femenina, económica compartida, según edad, género, estatus familiar, disgregación múltiple o compartida) según la dinámica de interacción de sus miembros (integradas y solidarias, desintegradas o con conflicto, de cooperación o subnuclearización, alianzas), familias según el ejercicio de autoridad (autoritarias o impositivas, democrática, con autoridad masculina, con autoridad femenina, con autoridad alterante), según la clase social (rural, urbana popular, urbana burguesa), según el sistema de poder de acuerdo al género (extensas o consanguíneas, extensas de tipo caso patriarcal, extensas ambivalente o alternante, extensas de tipo maternalista), según la etapa de desarrollo familiar, nuclear, monoparental rígida, sobreprotectora, amalgamada, centrada, neo-familia, evitadora, pseudodemocrática y según su funcionalidad, clasificándose según su funcionalidad en funcionales y disfuncionales. ⁽⁴⁾

Funcionales.- Aquellas que cumplen todas sus funciones, además de permitir un mayor o menor desarrollo de sus integrantes, en una mejor manera de atención de

los problemas relacionales y de dinámica familiar en sus diferentes áreas y según sus interacciones personales. ⁽⁴⁾

El funcionamiento familiar saludable es aquel que socialmente e históricamente tiene preestablecidas, de las que se encuentran las necesidades afectivas, emocionales, transmisión de valores éticos y morales, mantener la armonía del ciclo vital de la familia, fomentar relaciones interpersonales, crear condiciones para la identificación personal y sexual de los individuos de la familia. Función biosocial, económica, cultural y afectiva, educativa, (10).

Disfuncionales.- Son las familias que en mayor o menor grado no actúan según de ellas se espera en relación con las funciones que se le tienen asignadas. ⁽⁴⁾

El funcionamiento familiar es la forma en que la familia contribuye a la salud o enfermedad de sus miembros a través del desempeño de actividades, tareas o funciones básicas relacionándose con la presencia o control de una patología en uno o varios de sus integrantes. ⁽¹⁰⁾

Factores psicosociales que interfieren en el adecuado control metabólico:

1. Funcionalidad familiar
2. Nivel Socioeconómico
3. Escolaridad
4. Instrucción del paciente sobre su enfermedad.

La comunicación, la afectividad, el desarrollo, la adaptabilidad, el apoyo emocional, económico y de información son funciones sociales que hace un efecto positivo en la recuperación de la salud. Una consecuencia probable de la disfunción familiar es la alta frecuencia de enfermedades crónicas degenerativas siendo uno de los padecimientos más frecuentes no solo como enfermedad, sino como motivo de morbilidad la hipertensión arterial. ^(11,12)

Hipertensión arterial sistémica

La hipertensión arterial sistémica es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras mayores o iguales a 140/90 ml/Hg. ⁽¹³⁾

Clasificación de la hipertensión arterial

En el proyecto de norma oficial mexicana 030-SSA2-2017, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica, se clasifica a las cifras de tensión arterial tomadas en el consultorio de la siguiente manera:

CATEGORIA	PA SISTOLICA (mmHg)	PA DIASTOLICA (mmHg)
Presión Arterial Óptima	< 120	< 80
Presión Arterial Subóptima	120 - 129	80 - 84
Presión Arterial Limítrofe	130 - 139	85 - 89
Hipertensión Grado 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensión Grado 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensión Grado 3	> 180	> 110

Con fines de clasificación siempre se tomará la cifra sistólica o diastólica más alta.

(14)

De acuerdo al séptimo informe sobre Hipertensión Arterial (Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VII), en el año 2004, se clasifica la T/A en los adultos mayores de 18 años de la siguiente manera: ⁽¹⁵⁾

Asociación Norteamericana del Corazón: JNC 7			
Nivel de Presión Arterial (mmHg)			
Categoría	Sistólica		Diastólica
Normal	Menor 120	Y	Menor 80
Pre hipertensión	120-139	O	80-89
Hipertensión Arterial			
Hipertensión estadio I	140-159	O	90-99
Hipertensión arterial estadio II	Mayor o igual 160	O	Mayor o igual 100

Cabe mencionar que aunque ya fue publicado el octavo informe “JNC VIII”, esta solamente emite recomendaciones, sin realizarse modificaciones a la clasificación emitida en el “JNC VII”.

De acuerdo a la Guía de Práctica Clínica Mexicana IMSS-076-08 para el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión Arterial en el primer nivel de atención. Actualización 2014, se clasifica en: ⁽¹³⁾

CATEGORÍA	PASISTÓLICA (mmHg)	PA DIASTÓLICA (mmHg)
Optima	Menos 120	Menos 80
Normal	120-129	80-84
Normal Alta	130-139	85-89
Hipertensión Grado 1	140-159	90-99

Hipertensión Grado 2	160-179	100-109
Hipertensión Grado 3	Mayor o igual 180	Mayor o igual 110
Hipertensión Sistólica Aislada	Mayor o igual 140	Menor 90

Es necesaria la confirmación de que la elevación de la presión arterial sea genuina, es decir se debe descartar que algunos factores externos pudieran ocasionar una elevación transitoria de la presión arterial, tales como esfuerzo físico o mental previo reciente, ingesta de café, té, o cualquier otra sustancia estimulante por lo menos una hora previa a la toma de la presión arterial, el tipo de personalidad también debe considerarse, en personas muy ansiosas o aprehensivas que al llegar al consultorio, el simple hecho de encontrarse ahí, y ver o hablar con el médico le condiciona tal estrés que puede favorecer una elevación transitoria, sin que se trate de hipertensión arterial sistémica sostenida, conocida como hipertensión de bata blanca.

Por lo anterior cuando se detecten cifras de presión arterial limítrofes o levemente elevadas, independientemente de la causa, debe ser un motivo de búsqueda intencionada para integrar el diagnóstico de Hipertensión Arterial, es preferible realizar varias mediciones (dos o tres veces por semana en condiciones ideales, de preferencia por la mañana).

El monitoreo ambulatorio de la presión arterial es una alternativa útil para los casos limítrofes o con sospecha de HTAS de bata blanca o reactiva. Así mismo, la enseñanza de la auto-medicación de la presión arterial al paciente ha demostrado ser de utilidad, sin embargo, en algunos individuos puede despertar actitudes de ansiedad y obsesión.

La hipertensión arterial tiene especial importancia, no sólo por constituir una de las primeras causas de morbi-mortalidad, sino por las dificultades que enfrentan tanto

el médico como el paciente para llevar a cabo apego a su tratamiento, lograr su control de cifras tensionales y retardar sus complicaciones.

Se sabe que además de la toma de medicamentos, se requieren otras medidas de control, en primer lugar un régimen dietético adecuado, el control de peso en caso de sobrepeso u obesidad, una actividad física adecuada, entre otras.

Dichas medidas deben ser cumplidas a lo largo de su vida y efectuadas en el hogar fuera del campo de la atención médica. La atención médica del paciente hipertenso, se debe individualizar, mejorando su calidad de vida, y estableciendo medidas que favorezcan el control de la enfermedad, buscando una mejor calidad de vida, a pesar de su padecimiento. En esto se incluye a la familia como una parte fundamental del adecuado control de las cifras tensionales. ⁽¹⁶⁾

Epidemiología de la hipertensión arterial sistémica

En 1993 se reportó en México una prevalencia del 25%, sin embargo para el 2000 la prevalencia de HTAS entre los 20 y los 69 años fue del 30.05%, es decir más de 15 millones de mexicanos de dicho grupo de edad la padecían. La Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) 210 reportó que el 31% de los mexicanos tenía hipertensión arterial, es decir para el 2014 se estimó que aproximadamente 24 millones de adultos mayores de 20 años fueran portadores de HTAS.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se reportaron en 2012 los resultados de la carga por enfermedad en 2010; según estos el 27% del total de mortalidad fue secundario a enfermedades cardiovasculares.

En pacientes que se sabían portadores de HTAS solo la mitad se encontraba bajo control farmacológico antihipertensivo, y de estos solo el 14.6% mostro cifras consideradas de control (<140/90 mmHg). De manera que solo el 10% de la población hipertenso en México está realmente en control óptimo. ⁽¹⁶⁾

En México la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) 2016 reportó que la prevalencia actual de hipertensión arterial es de 25,5%, y de estos el 40.0% desconocía que padecía esta enfermedad. La proporción de adultos con diagnóstico previo de hipertensión arterial y cifras de tensión arterial controlada (<140/90 mmHg) es de 58.7%.

Dentro de la proporción de adultos con diagnóstico previo de hipertensión arterial, el 79.3% reportó tener tratamiento farmacológico para controlar sus valores de tensión arterial. En los hombres la prevalencia de hipertensión arterial es de 24.9%, de los cuales el 48.6% ya conocían que tenían hipertensión antes de participar en la encuesta porque un médico previamente les había dado el diagnóstico. En las mujeres, la prevalencia de hipertensión arterial es de 26.1%, de las cuales el 70.5% ya había recibido previamente el diagnóstico médico de hipertensión.

La prevalencia de hipertensión arterial por hallazgo de la encuesta fue 4.1 veces más baja en el grupo de 20 a 29 años de edad que en el grupo de 80 ó más años de edad. ⁽¹⁷⁾

Fisiopatología de la hipertensión arterial

Son muchos los factores fisiopatológicos que han sido considerados en el origen de la hipertensión arterial esencial: el incremento en la actividad del sistema nervioso parasimpático tal vez relacionado con la excesiva exposición al estrés psicosocial, es decir, el impacto de la vida moderna, el incremento de la producción de hormonas ahorradoras de sodio y vasoconstrictoras, la alta ingesta de sodio, la inadecuada ingesta de potasio y calcio; el incremento en la secreción o inadecuada actividad del sistema renina angiotensina aldosterona, la deficiencia de vasodilatadores como las prostaciclina, el óxido nítrico y los péptidos natriuréticos; la alteración en la expresión del sistema kinina-kalikreína que afecta el tono vascular y el manejo renal del sodio, las anomalías en los vasos de

resistencia: la disfunción endotelial el incremento del estrés oxidativo, la remodelación vascular y la reducción de la complacencia vascular.

Genética. La hipertensión arterial esencial es un síndrome de compromiso multifactorial, poligénico y familiar, entre las raras formas de hipertensión arterial, la mayoría relacionadas con la regulación renal del sodio y el manejo del agua figuran: el síndrome de Liddle, el pseudohermafroditismo masculino y femenino, el síndrome de Gordon, la hipertensión debida a feocromocitoma, también hay relación con los genes del sistema renina angiotensina aldosterona como la variante M235T en el gen de angiotensinógeno, el cual se asocia con el incremento de los niveles de angiotensinógeno circulante y elevación de la presión arterial. Sistema nervioso simpático.

El incremento de la actividad del sistema nervioso central incrementa la presión sanguínea y contribuye al desarrollo y mantenimiento de la hipertensión arterial a través de la estimulación del corazón, vasculatura periférica y riñones ocasionando el incremento del gasto cardíaco, incremento de las resistencias periféricas y en la retención de agua y sodio, un factor que pudiera contribuir a este mecanismo fisiopatológico es el desbalance autonómico. Reactividad vascular. Los pacientes hipertensos presentan una respuesta mayor a la infusión de norepinefrina que en los controles normotensos.

La exposición al estrés incrementa la actividad simpática y su repetida activación induce vasoconstricción arteriolar, lo que origina hipertrofia vascular y en consecuencia incremento progresivo de las resistencias periféricas y de la presión arterial. Remodelación vascular y arterioesclerosis. Las resistencias periféricas elevadas en los pacientes hipertensos esta relacionadas con la disminución en el número de vasos y disminución en su luz sin incrementar el grosor de la pared arterial.

La presión sistólica y la presión de pulso se incrementan con la edad, debido a la pérdida de elasticidad en las grandes arterias, la arterioesclerosis de estas arterias resulta en calcificación, depósitos de colágeno, hipertrofia de células musculares lisas, así como fragmentación de fibras elásticas de la capa media además de alteraciones funcionales debidas a disminución del óxido nítrico, el endurecimiento arterial contribuye a la ampliación de la presión diferencial o presión de pulso en los ancianos.

Ácido Úrico. La hiperuricemia se asocia con vasoconstricción renal y se correlaciona positivamente con la actividad de la renina plasmática.

Angiotensina II y estrés oxidativo. La hipertensión arterial crea un círculo vicioso de retroalimentación donde la hipertensión activa el sistema, y este produce mayor hipertensión.

Aldosterona. Mineral corticoide que actúa en el epitelio renal y en otros epitelios incrementando la reabsorción de sodio y la excreción de potasio e iones hidrógeno, el agua retenida junto con el sodio causando expansión del volumen extracelular, es el mineral corticoide más importante teniendo acciones autócrinas y paracrinas en el corazón y en la vasculatura estimulando la fibrosis intra y perivascular además de la fibrosis intersticial en el corazón.

Endotelina. El estrés, la hipoxemia, las catecolaminas y la angiotensina II estimulan la producción vascular de las endotelinas, la endotelina 1 produce contracción de la vasculatura, contracción del mesangio, inhibición de la reabsorción de sodio y agua por la nefrona, además estimula la secreción de aldosterona por las glándulas adrenales, produciendo vasoconstricción de la arteriola renal aferente se postula que la endotelina participa en mecanismos que conducen a la hipertensión arterial, principalmente en pacientes con enfermedad renal crónica. Enfermedad renal microvascular. El desarrollo de la hipertensión

arterial inicia con pequeños daños renales subclínicos que conducen a un desarrollo selectivo de una arteriopatía aferente y enfermedad túbulo intersticial.

Estos factores resultan en vasoconstricción renal, la cual puede evolucionar a isquemia renal, El daño renal estimula la generación local de angiotensina II, la cual da lugar al desarrollo de enfermedad renal microvascular con efectos glomerulares manifiestos al incrementar la resistencia arteriolar eferente, además de reducir el coeficiente de ultrafiltración y reducir la excreción de sodio lo cual conduce a la hipertensión arterial.

El estrés es también un factor importante para la descompensación de enfermedad, el investigador húngaro Hans Selye en 1934, al estudiar el efecto de extracto ovárico en ratas descubrió el síndrome de adaptación general, el cual lo definió como el proceso bajo el cual el cuerpo confronta el estrés y consta de tres etapas universales : primero hay una señal de alarma a partir de la cual el cuerpo se prepara para la defensa o huida, una segunda etapa que consiste en la resistencia para poder sobrevivir a la primera, finalmente si la duración del estrés es suficientemente prolongada entra en la tercera etapa que es de agotamiento.

(18)

Relación de la hipertensión arterial sistémica con la funcionalidad familiar

Los sucesos diarios, obligan a adaptarnos con mayor o menor éxito a las situaciones estresantes, pero a veces, estamos ante estímulos que suponen una fuerte demanda y aquí nos enfrentamos a un estrés que es posible que provoque respuestas físicas y psicológicas que originen problemas de salud. Además el estrés puede incrementar la secreción de catecolaminas, aumentar la frecuencia cardíaca y la presión arterial.

La hipertensión arterial es una enfermedad silenciosa que frecuentemente pasa inadvertida, sin ser controlada, con complicaciones en forma temprana, por lo que

es importante integrar el diagnóstico médico, iniciar el tratamiento integral y se cree que es importante identificar la presencia de disfunción familiar percibida por algún miembro de la familia, logrando que el médico familiar otorgue una atención más integral enfocándose no únicamente en el padecimiento físico del paciente, sino conocer el entorno familiar en que se encuentra el paciente y tomar como base la funcionalidad familiar. ⁽¹⁹⁾

La aparición de una enfermedad en un miembro de la familia genera una serie de desajustes en la manera de funcionar de ésta y cuestiona la habilidad que tienen sus integrantes para hacer frente a una situación difícil de sobrellevar.

La enfermedad, la discapacidad y la muerte son experiencias universales que ponen a las familias frente a uno de los mayores desafíos de la vida. El enfermo al final de la vida experimenta una situación única, la cual está marcada por la presencia de una muerte que se vislumbra cada vez más cercana; ante esta situación la familia debe, además de enfrentarse a su propia angustia y dolor, proveer de apoyo emocional y cuidado físico al paciente sin olvidarse de su funcionamiento cotidiano.

El impacto familiar ante el diagnóstico de una enfermedad crónica depende de diversos aspectos entre los que se encuentran la estructura familiar, el rol que ocupa el enfermo en la familia, la intensidad del vínculo entre él y los demás integrantes y la comunicación que se establece entre ambas instancias. La enfermedad crónica supone una profunda crisis familiar a la que las familias podrán responder mejor cuanto más flexibles puedan ser. La familia entonces, desbordada por las emociones que produce la enfermedad, puede ser incapaz de controlar las múltiples tareas y problemas prácticos indispensables para mantener la integridad del grupo, lo cual puede traer consecuencias negativas para la calidad de vida del enfermo y la misma familia. ⁽²⁰⁾

Las crisis no implican sólo la vivencia de circunstancias negativas o la máxima expresión de un problema, sino también la oportunidad de crecer y superar las

contradicciones. No son señales de deterioro, suponen riesgos y conquistas, son motores impulsores de los cambios y del desarrollo. El hecho de atravesar una crisis no es necesariamente causa de disfunción familiar, sí puede constituir un riesgo para la salud familiar, pero la afectación o no ante la misma va a depender del impacto de los acontecimientos, de su modo de afrontamiento y de los recursos protectores con que cuente la familia en su interior y en el entorno social.

La necesidad de cambios o reajustes no necesariamente tiene que ser igual en las diferentes áreas que conforman o intervienen en la salud familiar (lo socioeconómico, lo sociopsicológico, su funcionamiento interno y la salud individual de sus miembros).

Algunas áreas pueden tener una gran necesidad de modificación, mientras que otras no necesiten reajuste alguno, debido a las características propias de las eventualidades que están atravesando. Así como también puede ser beneficioso en un aspecto y perjudicial para otro, por ejemplo, un acontecimiento por incremento podría imponer a la familia reajustes en cuanto a los espacios habitacionales, acrecentar el índice de hacinamiento, lo cual podría considerarse como una repercusión desfavorable para el equilibrio familiar, sin embargo, a su vez, esa persona que se incorporó al sistema puede asumir roles que posibiliten una mayor participación social a la familia, o una reincorporación laboral o escolar a otro miembro que hasta ahora se veía limitado en su integración social, por lo que constituye esto un aspecto favorable al desarrollo del sistema familiar y a su equilibrio. ⁽²¹⁾

Los factores de riesgo –hipertensión, tabaquismo, obesidad, estrés y desinformación– están relacionados con la dinámica familiar; y su incidencia es mucho menor si se abordan desde una perspectiva que incluya el problema en el contexto familiar, puesto que las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar desequilibrio emocional y descompensación en el estado de salud de las personas. Existen evidencias documentadas de que, cuando una persona

presenta algún tipo de enfermedad crónica como diabetes o hipertensión, la evolución y respuesta al tratamiento depende en buena medida del funcionamiento de la familia.

Debido al alto porcentaje de pacientes diabéticos e hipertensos que no logran alcanzar niveles de compensación en sus patologías, y que por tanto tienen un riesgo 43 veces mayor de presentar eventos cardiovasculares a futuro, se estima necesario visualizar al individuo desde un enfoque más integral, que involucre a su entorno más próximo, como es la familia, para observar desde allí aspectos del funcionamiento familiar que pudieran estar incidiendo o no en su compensación o descompensación. ⁽²²⁾

Instrumento para evaluar la funcionalidad familiar

Para medir el funcionamiento o la disfunción familiar se cuenta con el Test de FF-SIL, es un instrumento validado en la década de los 90 para evaluar cualitativamente la función familiar.

El Test de funcionamiento familiar (FF-SIL) es un instrumento construido por Máster en Psicología de Salud para evaluar cuanti-cualitativamente la funcionalidad familiar, mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. Se validó con α de Cronbach ($\alpha=0,779$) y prueba de mitades de Spearman Brown ($r=.825$). La prueba fue sometida en el año 1994 y en el 2000 a varios procedimientos que evidenciaron su confiabilidad y validez.

El funcionamiento familiar es considerado como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia, la escala de FF-SIL se evalúa a través de 7 categorías.

- **Cohesión:** Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
- **Armonía:** Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- **Comunicación:** Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.
- **Permeabilidad:** Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
- **Afectividad:** Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- **Roles:** Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- **Adaptabilidad:** Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

Este instrumento consiste en 14 situaciones que pueden ocurrir o no a una determinada familia. Correspondiendo 2 a cada uno de las 7 variables que mide este cuestionario.

PREGUNTAS	VARIABLES QUE MIDE
1 y 8	Cohesión
2 y 13	Armonía
5 y 11	Comunicación
7 y 12	Permeabilidad
4 y 14	Afectividad
3 y 9	Roles
6 y 10	Adaptabilidad

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas casi nunca 1 punto, pocas veces 2 puntos, a veces 3 puntos, muchas veces 4 puntos y casi siempre 5 puntos, la cual debe ser marcada por una X por el encuestado, al final

se realiza una suma de los puntos y se realiza la interpretación de acuerdo a la siguiente tabla:

Familia funcional	De 70 a 57 puntos
Familia moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos
Familia disfuncional	De 42 a 28 puntos
Familia severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Hipertensión arterial es un padecimiento frecuente y constituye uno de los principales problemas de salud pública. El control adecuado de las cifras de presión arterial en los pacientes aumenta su esperanza y calidad de vida.

La hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo para enfermedad arterial coronaria y accidente vascular cerebral. Se calcula que 1.5 % de todos los hipertensos mueren cada año por causas directamente relacionadas a hipertensión arterial. De esta manera el fracaso en la terapia antihipertensiva es común y se relaciona con la falta de apego al tratamiento, así como a diversos factores, y entre ellos se encuentra la disfunción familiar; sin embargo, aun cuando durante la práctica médica se percibe de que pudiera existir un impacto importante en el tratamiento y control del padecimiento no se cuenta con información objetiva de esa relación, por lo que es prioritario conocer la magnitud del problema para desarrollar estrategias para la intervención del grupo de salud y de la familia.

Al respecto, se considera que el paciente con hipertensión arterial percibe a 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 y su conducta. Cuando la familia se “enferma”, se utiliza el termino de familia disfuncional por que ésta se hace ineficiente y no puede ejercer sus funciones; el buen o mal funcionamiento de la familia es un factor dinámico

que influye en la conservación de la salud o en la aparición de una enfermedad así como en el curso de esta; por lo anterior surge la siguiente pregunta:

¿La disfunción familiar es un condicionante del descontrol del paciente hipertenso que acude a consulta externa de medicina familiar del HGZMF No 1 de Pachuca, Hgo?

JUSTIFICACIÓN

La hipertensión arterial sistémica, es una de las enfermedades crónicas más frecuentes, afectando aproximadamente a 1 billón de personas en el mundo, y su importancia clínica es que indica un futuro riesgo de enfermedad vascular; la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia están considerados entre los más importantes factores de riesgo cardiovascular, y su importancia radica en que los efectos arterioescleróticos de ambas patologías se potencian exponencialmente cuando se dan en un mismo sujeto. La hipertensión arterial tan solo en México afecta al 30.8% de la población de entre 20 y 69 años de edad.

Por otra parte, es importante recordar que la hipertensión arterial, es una enfermedad silenciosa que frecuentemente pasa inadvertida a pesar de los riesgos que tienen los individuos de padecerla, y que al no ser controlada, existe mayor riesgo de encontrarse expuestos a sus complicaciones en forma temprana, por lo que es importante integrar el diagnóstico médico e iniciar el tratamiento integral de una manera temprana y adecuada; se considera que una parte esencial del tratamiento es el apoyo familiar para la toma de medicamentos y las modificaciones en el estilo de vida para lograr el buen control de la enfermedad, por lo tanto es de suma importancia realizar investigaciones para identificar la presencia de disfunción familiar percibida por el paciente, y saber si esta disfunción es un factor que condicione que el paciente no logre que sus cifras tensionales se encuentren en niveles de control, con los resultados que se obtengan se podrá lograr que los médicos familiares otorguen una atención

integral, enfocándose no únicamente en el padecimiento físico o biológico del paciente, sino en conocer el entorno familiar en el que se encuentra el paciente y tomar como base la disfunción familiar para establecer un plan de intervención encaminado a la implementación de estrategias de prevención y promoción de la salud que pueden ayudar a incorporar a la familia en el control de la hipertensión arterial al lograr un mejor apego a las medidas terapéuticas, evitando así complicaciones, hospitalizaciones y por ende costos a la institución de salud por las incapacidades que generan.

Por lo anterior y en vista de que no se cuenta con información específica de la disfunción familiar como condicionante del descontrol del paciente hipertenso adscrito a la consulta externa de medicina familiar del HGZMF No. 1 de Pachuca, Hgo, se considera justificable abordar este proyecto con un enfoque científico.

Actualmente el médico familiar otorga consulta a su población adscrita sin poder realizar actividades para lo cual es formado, al estudiar si la disfunción familiar es un factor condicionante en el descontrol de la hipertensión arterial, se podrán realizar estrategias en el hospital en donde el médico familiar realice estudios de salud familiar, identificando pacientes con disfunción familiar para que por medio de estrategias terapéuticas como la terapia familiar se realicen cambios en dicha situación, y se incida en la dinámica familiar logrando con ello que los pacientes logren un adecuado control de su enfermedad, previendo complicaciones y hospitalizaciones por descompensaciones agudas de la enfermedad, así mismo lograr realizar acciones de educación en los otros miembros de la familia para en un futuro disminuir la incidencia de enfermedad hipertensiva al lograr cambios en el estilo de vida en los otros miembros de la familia.

ASPECTOS ESPECÍFICOS

Trascendencia: Las estadísticas señalan que para las sociedades modernas la posibilidad de pertenecer a una familia disfuncional, es de aproximadamente 77%,

por lo que se considera importante la investigación de la magnitud de dicha asociación. Una vez conocida la magnitud de la relación disfunción familiar como condicionante del descontrol del paciente hipertenso el médico familiar podrá realizar intervenciones para disminuir el impacto que el incremento del problema genera, utilizar la información generada del presente como herramienta fundamental con fines de mejora de las acciones de control y prevención, así como una mayor promoción para el apego a las medidas terapéuticas, farmacológicas y no farmacológicas, involucrando a todo el núcleo familiar.

Magnitud: Una vez que se establezca la disfunción familiar como factor condicionante para el descontrol hipertensivo, la trascendencia del estudio radica en la atención del primer nivel de atención, específicamente para establecer un plan de intervención personalizado en base al nivel de disfunción familiar, donde el médico familiar juega un papel primordial, encaminado a lograr un control hipertensivo óptimo con participación del núcleo familiar completo, con lo cual lograremos incidir en la modificación de factores de riesgo cardiovasculares, para limitar el daño y con ello disminuir la carga económica para la institución debido al manejo de las complicaciones.

Factibilidad: En el HGZMF No. 1 se dispone con personal médico capacitado en clínica y en metodología para apoyar y asesorar el proceso de la investigación, así como apoyo de personal multidisciplinario altamente capacitado; además se cuenta con la infraestructura adecuada, así como con todas las facilidades de parte de las autoridades y comité de ética e investigación.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar si la disfunción familiar es condicionante del descontrol del paciente hipertenso en la consulta externa de medicina familiar del HGZMF NO. 1 de Pachuca, Hgo.”

Objetivos específicos

1. Determinar el indicador de cohesión de la funcionalidad familiar en pacientes en edad de 20 a 70 años con hipertensión arterial descontrolada.
2. Determinar el indicador de armonía de la funcionalidad familiar en pacientes en edad de 20 a 70 años con hipertensión arterial descontrolada.
3. Determinar el indicador de comunicación de la funcionalidad familiar en pacientes en edad de 20 a 70 años con hipertensión arterial descontrolada.
4. Determinar el indicador de permeabilidad de la funcionalidad familiar en pacientes en edad de 20 a 70 años con hipertensión arterial descontrolada.
5. Determinar el indicador de afectividad de la funcionalidad familiar en pacientes en edad de 20 a 70 años con hipertensión arterial descontrolada.
6. Determinar el indicador de los roles de la funcionalidad familiar en pacientes en edad de 20 a 70 años con hipertensión arterial descontrolada.
7. Determinar el indicador de adaptabilidad de la funcionalidad familiar en pacientes en edad de 20 a 70 años con hipertensión arterial descontrolada.
8. Determinar los indicadores de: Familias funcionales, familias moderadamente funcionales, familias disfuncionales, familias severamente disfuncionales en pacientes en edad de 20 a 70 años con hipertensión arterial descontrolada.

HÍPÓTESIS

Hipótesis de trabajo

La disfunción familiar es un condicionante del descontrol del paciente hipertenso.

Hipótesis alterna

La disfunción familiar es un condicionante del descontrol del paciente hipertenso en la consulta externa de medicina familiar en el HGZMF No 1 de Pachuca, Hgo.

Hipótesis nula

La disfunción familiar no es un condicionante del descontrol del paciente hipertenso en la consulta externa de medicina familiar en el HGZMF No 1 de Pachuca, Hgo.

MATERIAL Y METODOS

Diseño del estudio:

- ✓ Prolectivo: La recolección de la información de acuerdo con los criterios del investigador para los fines específicos de la investigación, se realizó después de la planeación de esta.
- ✓ Transversal: La recopilación de los datos se realizó en una sola ocasión y sin seguimiento posterior.
- ✓ Analítico: Se evaluó la relación causal entre la disfunción familiar y el descontrol de la hipertensión arterial.

Universo de trabajo:

Pacientes de ambos sexos con edad entre 20 y 70 años, con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica descontrolada adscritas a la consulta externa de medicina familiar ambos turnos del HGZMF No.1 Pachuca, Hidalgo.

Tamaño de la muestra

Muestra: El cálculo de la muestra se obtuvo mediante la aplicación de la fórmula para el cálculo de una muestra en estudios de población finita, a partir de los datos obtenidos en el área de estadística del HGZMF No.1 de Pachuca Hidalgo la cual fue 190.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

$$d^2 (N-1) + Z^2 p \cdot q$$

n= pacientes

N= población total

Z = 1.96 (la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 5%) = 0.05

q = 1-p = 0.95

d= precisión (en este caso deseamos un 3%)

$$n = \frac{3066 (1.96)^2 (0.05) (0.95)}{(0.03)^2}$$

$$(3066-1) + (1.96)^2 (0.05) (0.95)$$

$$n = \frac{3066 \cdot 3.8416 \cdot 0.0475}{0.0009 \cdot 3065 + 3.8416 \cdot 0.047}$$

$$0.0009 \cdot 3065 + 3.8416 \cdot 0.047$$

$$n = \frac{559.471416}{2.940976}$$

$$2.940976$$

$$n = 190.2324$$

Muestreo: Se realizó de manera no probabilística, al tomar de la agenda de consulta de medicina familiar, el número de pacientes según el fenómeno a estudiar.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- ✓ Pacientes de 20 a 70 años de edad de ambos sexos.
- ✓ Con diagnóstico de hipertensión arterial y que cursaron con cifras de tensión arterial de 140/90 mmHg o más.
- ✓ Que acudieron a consulta externa de medicina familiar ambos turnos durante el período de la investigación.
- ✓ Que aceptaron participar en el estudio previa firma del consentimiento bajo información.

Criterios de exclusión:

- ✓ Pacientes con discapacidad intelectual.
- ✓ Pacientes que no sepan leer ni escribir.

Criterios de eliminación:

- ✓ Cuestionarios incompletos.
- ✓ Pacientes que inicialmente hayan aceptado participar en el estudio, pero que en alguna etapa del mismo externaron su deseo de retirarse.

Operacionalización de las variables

Variable independiente.

Disfunción familiar

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Disfunción familiar	Es cuando el funcionamiento familiar que es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia están teniendo fallas en su dinámica.	Aplicación del instrumento	Cualitativa Nominal	Suma de puntajes de preguntas: 1 y 8 Cohesión 2 y 13 Armonía 5 y 11 Comunicación 7 y 12 Permeabilidad 4 y 14 Afectividad 3 y 9 Roles 6 y 10 Adaptabilidad Funcional.....De 70 a 57 puntos Moderadamente funcional.....De 56 a 43 puntos Disfuncional... De 42 a 28 puntos Severamente disfuncional....De 27 a 14 puntos

Variable dependiente.

Descontrol de la hipertensión arterial

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Hipertensión arterial descontrolada	Elevación de las cifras de las presiones arteriales por arriba de 140 mmHg en la sistólica y 90 mmHg en la diastólica.	Medición de la presión arterial	Cuantitativa Discreta	TA sistólica > 140 mmHg TA diastólica > 90 mmHg

Variables sociodemográficas.

Edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
----------	-----------------------	------------------------	--------------------	-----------

Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento que ha vivido una persona hasta el momento actual.	Años de vida referidos por el paciente en la ficha de identificación.	Cuantitativa Discreta De intervalo	20-24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49 50-54 55-59 60-64 65-69 70 y mas
Sexo	Características biológicas que definen a un ser humano como hombre o una mujer.	Identificación del fenotipo de una persona que lo ubique como masculino o femenino	Cualitativa Nominal	Hombre Mujer
Escolaridad	Nivel de escolaridad cursado. Grado máximo de estudios.	Se registrará en la ficha de identificación	Cualitativa Ordinal	1. Analfabeta 2. Sabe leer y escribir 3. Primaria completa 4. Secundaria completa 5. Preparatoria 6. Licenciatura 7. Maestría
Ocupación	Trabajo que una persona realiza en un determinado tiempo y a cambio de algún tipo de pago.	Se registrará en la ficha de identificación	Cualitativa Nominal	1. Ama de casa 2. Empleado 3. Obrero 4. Comerciante 5. Profesionista 6. Otros
Estado civil	Condición de una persona en el orden social	Se registrará en la ficha de identificación	Cualitativa Nominal	1. Soltero (a) 2. Casado (a) 3. Unión libre 4. Divorciado (a)

Descripción general del estudio

El presente estudio se llevó a cabo en el HGZMF No 1, previa aprobación por el Comité de Investigación local (CLIES); se realizó mediante la aplicación de un breve cuestionario, la Escala de FF-SIL, la cual mide la funcionalidad familiar, se basa en 7 variables que se definen al calce del cuestionario; y que permite identificar el factor causante del problema familiar, consta de 14 items.

El cuestionario se aplicó en el área de consulta externa de ambos turnos del HGZMF No. 1, durante el periodo de la encuesta, se tomó de la agenda de los consultorios, a los pacientes hipertensos descontrolados, previa explicación e información del estudio, se les invitó a participar en él, puntualizando el carácter de confidencialidad, una vez que aceptaron participar, se solicitó su consentimiento bajo información por escrito, procediendo a otorgarles la escala de FF-SIL, para ser respondido por los paciente previa explicación del mismo. De esta manera, con el presente estudio se estimó si la disfunción familiar es un factor condicionante para el descontrol hipertensivo.

En todo momento se efectuó el control de la calidad de la información registrada en todos los documentos, verificando que el paciente no se encontrara influenciado al momento de contestar la encuesta, así como resolviendo las dudas que pudieran presentar, a manera de que no por ello se pudiera desvirtuar los resultados de la investigación. Toda vez que se contó con los registros completos, se procedió a la clasificación, recuento, presentación y análisis de los resultados.

Análisis estadístico

Con base a las variables del estudio y previa codificación, se diseñó la base de datos en el paquete Excel para obtener las frecuencias, se elaboraron los cuadros de salida, así como los gráficos en función al tipo de escala y variable.

Se calcularon las medidas de tendencia central y las de dispersión para las variables cuantitativas, y para las cualitativas se utilizaron porcentajes y cifras absolutas comparando y jerarquizando los resultados para su posterior interpretación clínica. Se utilizó el paquete estadístico SPSS.

Aspectos éticos

Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este reglamento, la investigación a realizar se clasifica en la siguiente categoría:

Investigación de mínimo riesgo

Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes decíales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros.

Se trata de una investigación, en la que los sujetos de estudio no serán identificados ante ningún tipo de comunidad, sin embargo se expondrá al paciente a un instrumento de evaluación en donde se identificará si existe en su familia algún grado de disfuncionalidad, actuando con aspectos sensitivos de su conducta, hecho que puede condicionar sentimientos de frustración o depresión. Por lo tanto, la investigación se clasifica con “riesgo mínimo” para los pacientes.

Recursos, financiamiento y factibilidad

- a. **Recursos humanos:** Personal médico, asesor en metodología y asesor clínico con amplia experiencia y disponibilidad de tiempo, médicos familiares y médico residente de medicina familiar que laboran en el Hospital General de Zona 1, de Pachuca, Hgo.
- b. **Recursos materiales:** Baumanómetro, expediente clínico, hojas de consentimiento informado, cuestionarios, papelería (hojas, lapiceros, corrector, gomas), computadora, impresora, USB.
- c. **Recursos financieros:** Los gastos generados por la presente investigación serán cubiertos por los investigadores que participan en la misma.

RESULTADOS

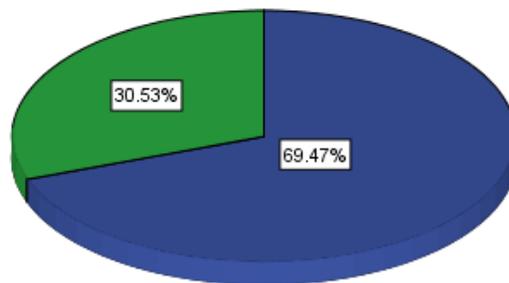
Se estudiaron 190 pacientes con hipertensión arterial sistémica descontrolada, de los cuales 132 (69.5%) fueron femeninos y 58 (30.5%) fueron masculinos.

Género del paciente			
Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado

Válido	FEMENIN O	132	69.5	69.5	69.5
	MASCULIN O	58	30.5	30.5	100.0
	Total	190	100.0	100.0	

GÉNERO DEL PACIENTE

■ FEMENINO
■ MASCULINO

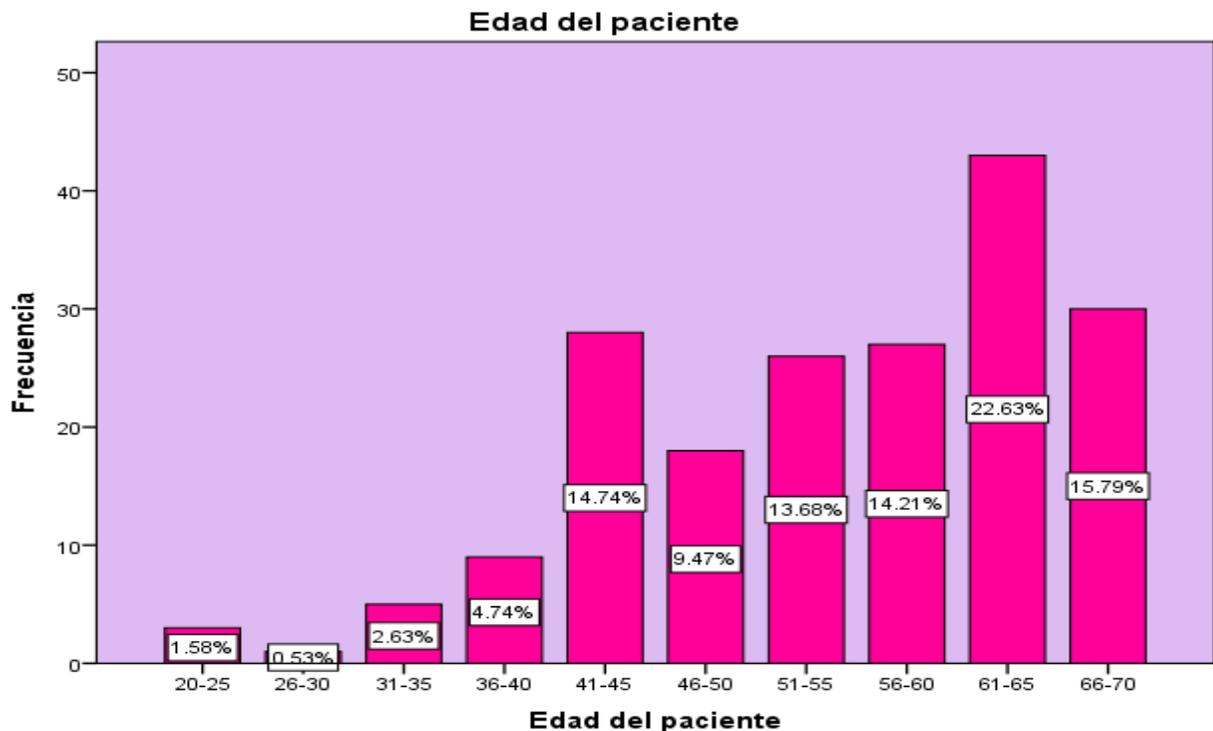


De los 190 pacientes estudiados, se clasificaron por rangos de edad, los resultados se muestran en la siguiente tabla.

Edad del paciente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	20-25	3	1.6	1.6	1.6
	26-30	1	.5	.5	2.1
	31-35	5	2.6	2.6	4.7
	36-40	9	4.7	4.7	9.5

41-45	28	14.7	14.7	24.2
46-50	18	9.5	9.5	33.7
51-55	26	13.7	13.7	47.4
56-60	27	14.2	14.2	61.6
61-65	43	22.6	22.6	84.2
66-70	30	15.8	15.8	100.0
Total	190	100.0	100.0	



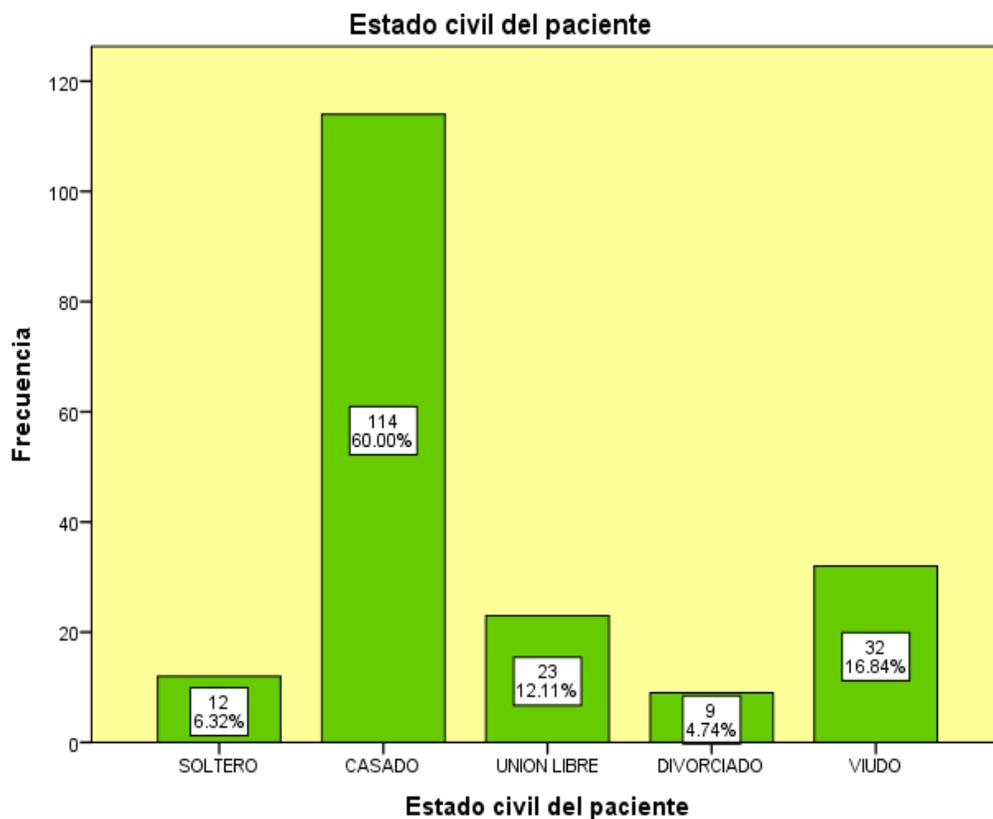
El mayor porcentaje del 22.63%, que representa 43 individuos, se encontró en el rango de 61 a 65 años de edad.

En cuanto al estado civil, 12 (6.3%) fueron solteros, 114 (60%) fueron casados, 23 (12,1%) se encuentran en unión libre, 9 (4.7) fueron divorciados y 32 (16.8) fueron viudos.

Estado civil del paciente

Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
------------	------------	-------------------	----------------------

Válido	SOLTERO	12	6.3	6.3	6.3
	CASADO	114	60.0	60.0	66.3
	UNION LIBRE	23	12.1	12.1	78.4
	DIVORCIADO	9	4.7	4.7	83.2
	VIUDO	32	16.8	16.8	100.0
	Total	190	100.0	100.0	

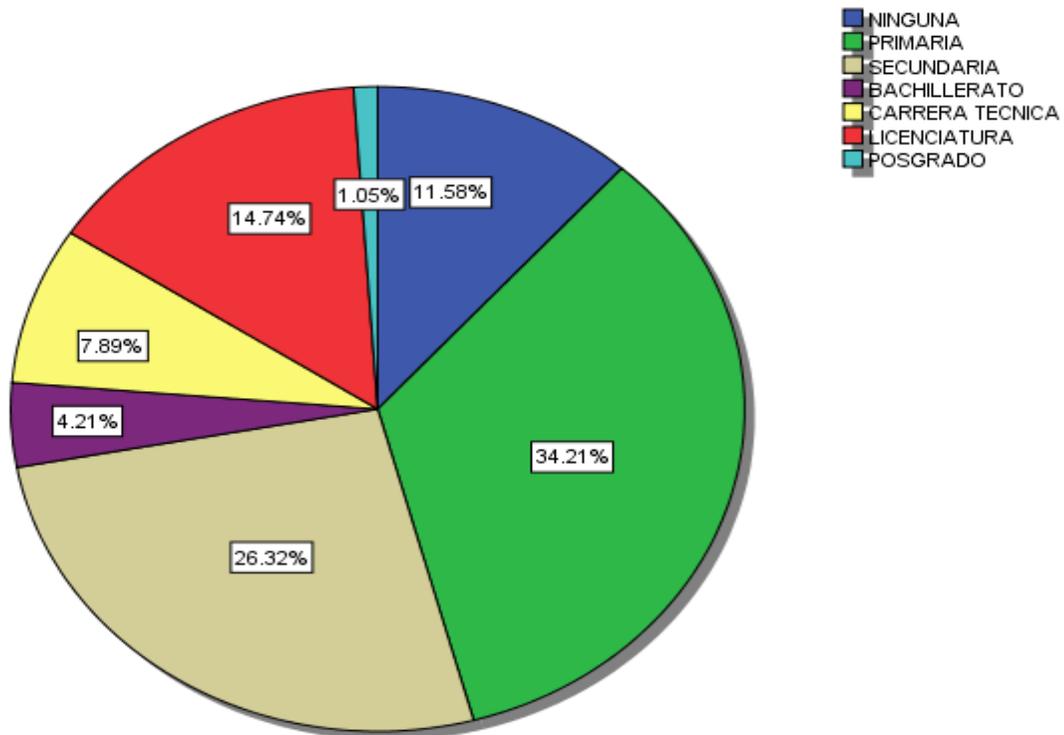


En cuanto a la escolaridad, la mayor parte de los pacientes estudiados con un total de 65 que representa el 34.2% cuentan con primaria, los resultados se muestran en la siguiente tabla:

Escolaridad del paciente

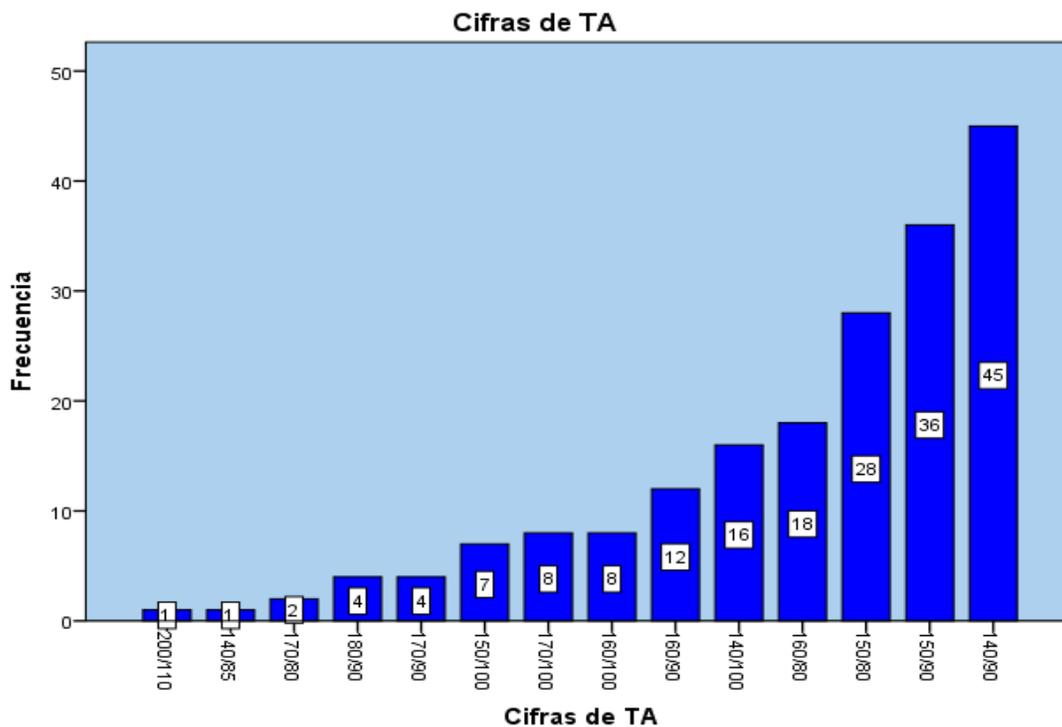
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje e válido	Porcentaje acumulado
Válido	NINGUNA	22	11.6	11.6	11.6
	PRIMARIA	65	34.2	34.2	45.8
	SECUNDARIA	50	26.3	26.3	72.1
	BACHILLERATO	8	4.2	4.2	76.3
	CARRERA TECNICA	15	7.9	7.9	84.2
	LICENCIATURA	28	14.7	14.7	98.9
	POSGRADO	2	1.1	1.1	100.0
	Total	190	100.0	100.0	

Escolaridad del paciente



Las cifras de tensión arterial registrada, varió desde 140/90 mmHg hasta una máxima de 200/110 mmHg, el mayor porcentaje se registró en pacientes que cursaban con cifras tensiones de 140/90 mmHg, con el 23.7%.

		Cifras de TA			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	140/90	45	23.7	23.7	23.7
	150/80	28	14.7	14.7	38.4
	160/80	18	9.5	9.5	47.9
	140/85	1	.5	.5	48.4
	150/90	36	18.9	18.9	67.4
	170/100	8	4.2	4.2	71.6
	140/100	16	8.4	8.4	80.0
	160/90	12	6.3	6.3	86.3
	160/100	8	4.2	4.2	90.5
	170/80	2	1.1	1.1	91.6
	150/100	7	3.7	3.7	95.3
	180/90	4	2.1	2.1	97.4
	200/110	1	.5	.5	97.9
	170/90	4	2.1	2.1	100.0
	Total	190	100.0	100.0	

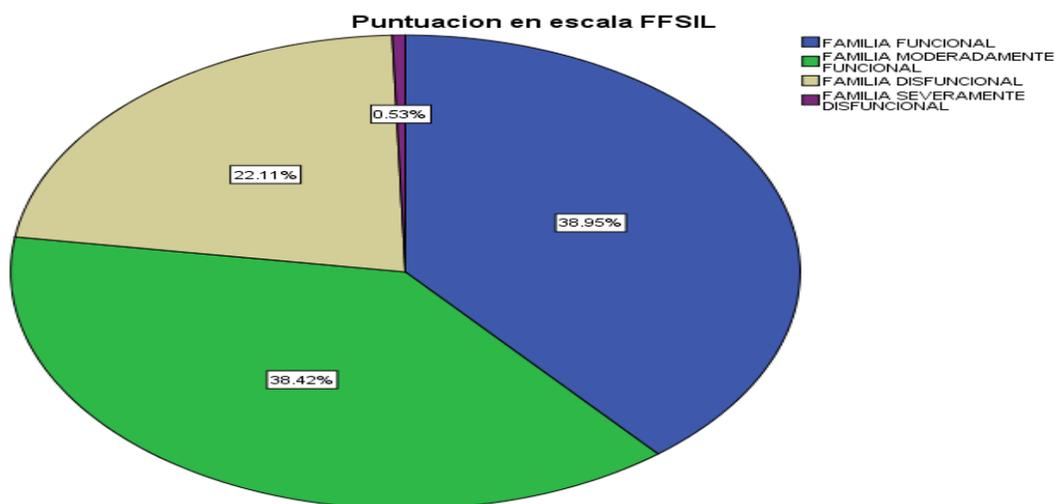


En cuanto a la funcionalidad familiar, de los 190 pacientes estudiados, 74 (38.95%) de ellos presentaron una puntuación entre 57 y 70 puntos en la escala FFSIL, lo que representa una familia funcional, 73 (38.42%) presentaron una

puntuación entre 43 y 56 puntos, que las clasifica como una familia moderadamente funcional, 42 (22.11%) obtuvieron una puntuación entre 28 a 42 puntos lo que representa una familia disfuncional, y 1 (0.53%) presento una puntuación entre 14 a 27 puntos, lo que representa una familia severamente disfuncional.

Puntuacion en escala FFSIL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FAMILIA FUNCIONAL	74	38.9	38.9	38.9
	FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL	73	38.4	38.4	77.4
	FAMILIA DISFUNCIONAL	42	22.1	22.1	99.5
	FAMILIA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	1	.5	.5	100.0
	Total	190	100.0	100.0	



De acuerdo a la puntuación obtenida podemos observar que 116 pacientes se encuentran con familia moderadamente funcional, disfuncional o severamente disfuncional, lo que representa el 61.06% de nuestra muestra.

Estos resultados apoyan la hipótesis de nuestro estudio, ya que se observa en los pacientes estudiados con descontrol de las cifras tensionales, al aplicar la escala de funcionalidad familiar FFSIL, el 61% presenta algún grado de disfuncionalidad familiar, lo que demuestra que la disfuncionalidad familiar mostrada en estos pacientes, parece contribuir de cierta forma a que estos pacientes a pesar de llevar un tratamiento farmacológico no logren un control adecuado de su enfermedad.

DISCUSION

Existen estudios previos en nuestro país en donde se ha estudiado por medio de la aplicación de instrumentos de funcionalidad familiar como lo son el APGAR FAMILIAR, la escala de FACES y la escala FFSIL, a pacientes que cursan con patologías crónico degenerativas como lo son la hipertensión arterial sistémica, la diabetes mellitus y la insuficiencia renal crónica, en los que se ha visto que el ambiente familiar en el que se desarrollan y la existencia de redes de apoyo familiar, influye en gran medida en el control de su enfermedad.

Al cursar con una enfermedad crónico degenerativa como lo es la hipertensión arterial sistémica, el paciente tiene que llevar a cabo modificación en su conducta, en su alimentación, en su estilo de vida, estos cambios afectan a los demás miembros del grupo familiar, esto puede traer alteraciones en la dinámica familiar, al no poder adaptarse a dichos cambios, lo que puede traer como consecuencia que la familia puede caer en cierto grado de disfuncionalidad familiar. Así mismo se ha demostrado que cuando una persona se desenvuelve en un núcleo familiar funcional, en donde la armonía es parte de su vida diaria y se cuenta con el apoyo

de los demás integrantes de la familia, el paciente se encontrará motivado para el buen control de su patología.

En el presente se demuestra que al estudiar una muestra representativa de los pacientes que cursan con hipertensión arterial sistémica descontrolada en nuestra unidad, el Hospital General de Zona número 1, de la Ciudad de Pachuca Hidalgo, se encontró que el 61%, presento un grado de disfunción familiar, y solo el 38%, presento una familia funcional, por lo que se deduce que la disfunción familiar presentada en la mayoría de los pacientes estudiados es un factor que puede condicionar el descontrol de la presión arterial presentada en estos pacientes.

Ante esta situación, se demuestra que el papel de la familia podría jugar un papel muy importante en el control de la enfermedad, desde la aceptación de su condición hasta el apoyo que pudiera brindar el núcleo familiar para la toma de sus medicamentos, el cambio en los estilos de vida que debe llevar acabo el paciente que cursa con hipertensión arterial sistémica.

Considero es necesario realizar estudios más profundos en nuestra unidad de medicina familiar para determinar por medio de otros instrumentos de funcionalidad familiar si se encuentran resultados similares, con la finalidad de establecer de manera contundente este resultado, y de esta manera poder realizar estrategias y encontrar las herramientas adecuadas que pudieran utilizar los médicos familiares en la consulta externa para poder integrar a la familia al tratamiento de estos pacientes, y así mismo los médicos familiares puedan llevar a cabo estudios de salud familiar, para poder brindar apoyo a estas familias disfuncionales que se identifiquen y lograr que esta condición mejore.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se realizó una encuesta de auto aplicación denominado escala de FFSIL a 190 pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Hospital General de Zona número 1, de la Ciudad de Pachuca, Hidalgo, quienes

acuden a la consulta externa y que se encontraron con cifras tensionales mayores a 140/90 mmHg, que indica descontrol de su patología, de los cuales 132 (69.5%) fueron femeninos y 58 (30.5%) fueron masculinos, de los cuales el 61% presento algún grado de disfuncionalidad familiar de acuerdo a la interpretación del puntaje obtenido en dicha escala.

Con dichos resultados me permito sugerir que al predominar la disfunción familiar en los pacientes hipertensos descontrolados, esta disfunción familiar puede ser un factor condicionante de dicho descontrol.

****BIBLIOGRAFIA**

1. Oliva Gómez Eduardo, Villa Guadiola Vera Judith. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. Justicia Juris, ISSN 1692-8571, Vol. 10. Enero-Junio 2014, Pág. 11-20.
2. Cid Rodríguez María del Carmen, Montes de Oca Ramos Rebeca, Hernández Díaz Ofelia. La familia en el cuidado de la salud. Rev. Med. Electrónica. Vol. 36, No. 4, Matanzas Julio-Agosto 2014.
3. Huerta J, Medicina Familiar, La familia en el proceso salud enfermedad, 2005, 19-56.
4. Membrillo A, Familia, Introducción al estudio de sus elementos, 2008, 37-87.
5. Anzures R, Chávez V, Medicina familiar, 2ª Ed, 2013: 109-162, 211-298.
6. Medina J, Díaz de León E. Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento en los adultos Vulnerables, 2013.
7. Coronel Ma, Carmona B, et al. Deterioro cognitivo en ancianos en un hospital de segundo nivel de atención en México, Enfermería Neurológica, 2013, vol. 12(1): 1-9.
8. Cerón Morales A, Gutiérrez Sánchez L. Cambios en las dinámicas familiares, y apoyo social percibido por cuidadores de niños con leucemia. Pontificia Universidad Javeriana, Cali. 2016.
9. Bustos S, Bustos M, et al. Falta de conocimiento como factor de riesgo en el paciente adulto, Archivos de Medicina Familiar, 2011,13:1, 62-74.

10. Arjona R, Esperón R, Herrera G, Albertos N, deterioro cognitivo en adultos mayores, *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2014,52(4): 416-21.
11. Goodwin J, Howrey B, Zhang D, Kuo Y, Risk of Continued Institutionalization after Hospitalization in Older Adults, *Journal of Gerontology* 2011; (129:1321-1327).
12. Hoogerdujin J, Buuman B, Korevaar J, Grobde D, Rooij S, Schuurmans M, The prediction of functional decline in older hospitalized patients, *Age and ageing* 2012; 41:381-387.
13. Guía de Práctica Clínica IMSS-076-08. Diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión Arterial en el primer nivel de atención. Actualización 2014.
14. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-2017, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
15. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VII). U.S. Department of Health and Human Services. 2004.
16. Rosas Peralta M. et al. Consenso de Hipertensión Arterial sistémica en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2016. Supl 1: S6-51.
17. Encuesta nacional de salud y nutrición 2016. Instituto Nacional de Salud Pública.
18. Gamboa Raúl. Fisiopatología de la hipertensión arterial. *Acta Med Per*. 2006; 23: 76-82.
19. Ocaña-Méndez MC. Síndrome de adaptación general, la naturaleza de los estímulos estresantes. *Escuela Abierta* 2011; 2: 41-50.
20. Díaz Verónica et al. Impacto familiar del diagnóstico de muerte inminente. *Revista de psicología Universidad de Antioquia*. Vol. 5. No. 2. Julio-Diciembre del 2013.
21. Herrera Santi Patricia María. Factores de riesgo para la salud familiar: acontecimientos significativos. *Humanidades medicas* 2012; 12 (2): 184-191.
22. Concha Toro M, Rodríguez Garcés C. Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. *Theoria*. Vol 19 (1): 41-50, 2010.

ANEXOS

FOLIO _____

REGISTRO _____

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO CONDICIONANTE DEL DESCONTROL DEL PACIENTE HIPERTENSO EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZMF NO. 1 DE PACHUCA, HGO

DATOS GENERALES

Edad _____ Género _____ Estado civil _____ Escolaridad _____

Ocupación _____

Cifras de la tensión arterial: Sistólica _____ Diastólica _____

Años de evolución de la tensión arterial _____

CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF-SIL

A continuación le presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. Clasifique, PUNTÚE su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

Casi nunca (1), Pocas veces (2), A veces (3), Muchas veces (4), Casi siempre (5)

Pregunta	Casi nunca (1)	Pocas veces (2)	A veces (3)	Muchas veces (4)	Casi siempre (5)
1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familia ante situaciones diferentes					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor					
12. Ante una situación familiar difícil somos					

capaces de buscar ayuda en otras personas					
13.Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14.Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

PUNTUACION

- De 70 a 57 puntos. Familia funcional
- De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional
- De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional
- De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional

NÚMERO DE PREGUNTA Y LAS SITUACIONES VARIABLES QUE MIDE

- 1 y 8..... Cohesión
- 2 y 13..... Armonía
- 5 y 11..... Comunicación
- 7 y 12..... Permeabilidad
- 4 y 14.....Afectividad
- 3 y 9..... Roles
- 6 y 10..... Adaptabilidad

Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas

Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.

Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

Afectividad: capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Roles: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

PUNTUACION FINAL: _____ Diagnostico final: FUNCIONAL _____ MODERADAMENTE FUNCIONAL _____ DISFUNCIONAL _____ SEVERAMENTE DISFUNCIONAL _____

El FF-SIL es un instrumento validado en la década de los 90 para evaluar cualitativamente la función familiar. Test de funcionamiento familiar (FFSIL) es un instrumento construido por Máster en Psicología de Salud para evaluar cuanti-- cualitativamente la funcionalidad familiar, el cual mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. El cuestionario FF-SIL para estimar el funcionamiento familiar, que previamente se validó con a de Cronbach (a=0,779) y prueba de mitades de Spearman Brown (r=.825). La prueba fue sometida en el año 1994 y en el 2000 a varios procedimientos que evidenciaron su confiabilidad y validez.



**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:	"DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO CONDICIONANTE DEL DESCONTROL DEL PACIENTE HIPERTENSO EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZMF NO. 1 DE PACHUCA, HGO"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Pachuca, Hidalgo
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Es de suma importancia realizar investigaciones para identificar la presencia de disfunción familiar percibida por el paciente, y saber si esta disfunción es un factor que condicione que el paciente no logre que sus cifras tensionales se encuentren en niveles de control. El objetivo del presente estudio es determinar si la disfunción familiar es un condicionante del descontrol del paciente hipertenso que acude a consulta externa de medicina familiar en el HGZMF No 1, Pachuca, Hgo.
Procedimientos:	La participación en este estudio consiste en la aplicación de la escala de FF-SIL, a los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial descontrolada; la que se analizará para poder determinar la presencia de disfunción familiar en los participantes y si esta se asocia al descontrol hipertensivo, previa firma del presente consentimiento.
Posibles riesgos y molestias:	El presente estudio se considera con riesgo mínimo, de acuerdo a la ley general de salud en materia de investigación. La aplicación de los cuestionarios puede generar incomodidad o inquietud en el participante, si existe alguna situación que le incomode, puede expresarla libremente al encuestador quien le brindará apoyo en caso de requerirlo.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Apoyar en la investigación y contar con un estudio que en un futuro podría ayudarnos a plantear estrategias de mejora en la atención del paciente hipertenso descontrolado buscando la integración de la familia en su tratamiento
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y que los datos obtenidos serán manejados en forma confidencial, también se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que obtenga durante el estudio, aunque pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a la permanencia del mismo.
Participación o retiro	Entiendo que conservo el derecho de no aceptar, participar o retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que se recibe en la unidad médica y en Instituto Mexicano del Seguro Social.
Privacidad y confidencialidad:	El Investigador responsable me ha dado la seguridad y confianza de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos que deriven de este estudio serán tratados en forma confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica): **No aplica en el presente estudio**

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): **No aplica**

Beneficios al término del estudio: Aportará información para investigaciones futuras

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

Investigador Responsable:	Dra. Sandra Aidee Baca Rodríguez, HGZMF No. 1. TELÉFONO 7712405597 MATRÍCULA 10834494
Colaboradores:	Dra. María Esther Hernández Hernández, HGZMF No. 1. TELÉFONO 7712405597 MATRÍCULA 10997654 Dra. Rosa Elvia Guerrero Hernández. HGZMF No. 1. TELÉFONO 771192985 MATRÍCULA 9730435 Dra. Ariadna Rodríguez Vargas HGZ Y MF No. 1 TELEFONO 7711277888 matricula 99136109

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

<p>_____</p> <p>Nombre y firma del sujeto</p>	<p>_____</p> <p><u>Dra. Sandra Aidee Baca Rodríguez</u></p> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>
<p>Testigo 1</p> <p>_____</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>Testigo 2</p> <p>_____</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio