



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACION DE EDUCACION EN SALUD
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 162

***LA DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO FACTOR LIMITANTE PARA LOGRAR
UN ADECUADO CONTROL HIPERTENSIVO EN UMF/UMAA 162***

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

JIMENEZ CRUZ MIRIAM

DRA. ROSA MADRIGAL MORAN
IMSS - UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 162

DRA. MONICA ROJAS ARRIEGA
IMSS – UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 162

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. SEPTIEMBRE 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA N°162**

ANTEPROYECTO PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**"LA DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO FACTOR LIMITANTE PARA LOGRAR UN ADECUADO CONTROL
HIPERTENSIVO EN UMF/UMAA N° 162"**

N° REGISTRO: R-2022-3609-045

PRESENTA

**JIMENEZ CRUZ MIRIAM
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

AUTORIZACIONES

**DRA. ELIZABETH MEDINA RODRIGUEZ
DIRECTOR MEDICO DE LA UMF/UMAA N° 162**

**DRA. ROSA MADRIGAL MORAN
COORDINADOR CLINICO EN EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD UMF/UMAA N° 162**

ASESOR

**DRA. MONICA ROJAS ARRIAGA
MEDICO AMILIAR. ADSCRITO A LA UMF/UMAA N° 162**



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR / UMAA 162

"LA DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO FACTOR LIMITANTE PARA LOGAR UN ADECUADO CONTROL HIPERTENSIVO EN UMF/UMAA N° 162"

Presenta:

JIMENEZ CRUZ MIRIAM

Residente de Medicina Familiar

AUTORIZACIONES

DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162**

ANTEPROYECTO PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**“LA DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO FACTOR LIMITANTE PARA LOGRAR UN ADECUADO CONTROL
HIPERTENSIVO EN UMF/UMAA 162”**

Presentado por:

Jimenez Cruz Miriam

Residente de Segundo Año de Medicina Familiar

Matrícula 97377536

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 162, Órgano de operación administrativa desconcentrada de la Ciudad de México. IMSS Avenida Tláhuac

Sitio de trabajo: Consulta Externa

Cel. 5539568593 // **e-mail:** miriamjc05@outlook.com. **Fax:** Sin fax

Rosa Madrigal Moran.

Matrícula

Adscripción:

Médico Familiar adscrito a la UMF/UMAA 162

99374239

Unidad de Medicina Familiar/Unidad de Medicina Ambulatoria N°162.

Órgano de operación administrativa desconcentrada de la Ciudad de México.

Avenida Tláhuac N° 5662, Colonia Los Olivos. Delegación Tláhuac. Ciudad de

México, C.P: 13300

C.P. 9830, Delegación Iztapalapa, Ciudad de México.

Sitio de trabajo:

Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud

Celular:

5520926948

Fax:

Sin Fax

e-mail:

Rosa.madrigal@imss.gob.mx.

Mónica Rojas Arriaga.

Matrícula

Adscripción:

Médico Familiar adscrito a la UMF/UMAA 162

99374746

Unidad de Medicina Familiar/Unidad de Medicina Ambulatoria N°162.

Órgano de operación administrativa desconcentrada de la Ciudad de México.

Avenida Tláhuac N° 5662, Colonia Los Olivos. Delegación Tláhuac. Ciudad de

México, C.P: 13300

C.P. 9830, Delegación Iztapalapa, Ciudad de México.

Sitio de trabajo:

Consulta Externa

Fax:

Sin Fax

Celular:

5545953321

e-mail:

monroj79@yahoo.com.mx

INDICE

	Página
1. RESÚMEN.....	3
2. ANTECEDENTES.....	4
2.1 Marco epidemiológico.....	4
2.2 Marco conceptual.....	6
2.3 Marco contextual.....	6
3. JUSTIFICACIÓN.....	12
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	13
5. OBJETIVOS	14
6. HIPÓTESIS	
6.1 General.....	15
6.2 Secundarios.....	15
7. MATERIAL Y MÉTODOS.....	16
7.1 Periodo y sitio de estudio.....	16
7.2 Universo de trabajo.....	16
7.5 Criterios de selección.....	17
7.5.1 Criterios de inclusión.....	17
7.5.2 Criterios de exclusión.....	17
8. MUESTREO.....	21
8.1 Cálculo del tamaño de muestra.....	21
9. VARIABLES.....	23
9.1 Operacionalización de variables.....	23
10. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.....	26
11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	27
12. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	28
12.1 Conflictos de interés.....	28
13. RECURSOS.....	30
13.2 Materiales.....	31
13.3 Económicos.....	31
13.4 Factibilidad.....	31
14. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	31
15. BENEFICIOS ESPERADOS Y USO DE RESULTADOS.....	32
16. CRONOGRAMA.....	25
17. BIBLIOGRAFÍA.....	26
18. ANEXOS.....	27
18.1 HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	29
18.2 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	29
19. ANALISIS DE DATOS.....	30
20. DISCUSIÓN.....	53
21. CONCLUSIONES	57

1. RESUMEN

“LA DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO FACTOR LIMITANTE PARA LOGRAR UN ADECUADO CONTROL HIPERTENSIVO EN LA UMF/UMAA 162”

*M.R. Jimenez Cruz Miriam. ** M.F. Rosa Madrigal Moran. *** M.F. Mónica Rojas Arriaga

* Residente de Tercer Año de Medicina Familiar.

** Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

*** Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar. UMF/UMAA 162 del IMSS.

Antecedentes: La hipertensión arterial sistémica constituye uno de los principales motivos de atención primaria y es el principal factor de riesgo cardiovascular y de mortalidad en todo el mundo. Es un síndrome de causas múltiples caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial $\geq 140/90$ mmHg. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas de ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar, está dependiente del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible, que puede propiciar un impacto menor de enfermedad. La disfunción se presenta cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés.

Objetivo: Determinar la disfunción familiar como factor desencadenante de descontrol hipertensivo en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica en la UMF 162 en un rango de edad de 40 a 50 años.

Material y Métodos: Se realizará el estudio en un periodo de 6 meses en la Unidad de Medicina Familiar/ UMAA 162 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Basándonos en una población que comprende 4517 pacientes. Pacientes usuarios que cumplen con los criterios de inclusión: Ser derechohabientes con antecedente de Hipertensión Arterial en descontrol.

Recursos e infraestructura: Recurso humano y materiales.

Experiencia del grupo: Se cuenta con la asesoría y orientación clínica.

Tiempo a desarrollar del protocolo: Este estudio se desarrollará en un tiempo estimado de 2 años.

Palabras clave: Hipertensión arterial, Funcionalidad familiar, Disfunción familiar, Descontrol Hipertensivo, control hipertensivo.

2. MARCO TEÓRICO

La hipertensión arterial sistémica es una enfermedad crónica, de causas múltiples, que produce daño vascular sistémico e incrementa la morbilidad y mortalidad de diversas enfermedades cardiovasculares.^{1, 2}

México registra la prevalencia más alta de hipertensión arterial en todo el mundo, esto se debe a la falta del diagnóstico oportuno y de información acerca de los factores de riesgo que pueden desencadenar que se eleve la presión arterial. Sin embargo, se debe considerar que muchos de los pacientes desconocen tener esta enfermedad.³ Esto es de sumo riesgo en la población mexicana porque el paciente acude al médico cuando ya pasaron varios años del inicio de la enfermedad y muy probablemente cuando ya existe algún daño a órganos blanco.

La hipertensión arterial sistémica es un síndrome de causa múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial $\geq 140/90$ mmHg (NOM-030-SSA2-1999).^{3,4}

La hipertensión arterial primaria está provocada por la interacción de diversos factores genéticos y ambientales que alteran el funcionamiento de uno o de más de los sistemas participantes en la regulación de la presión arterial, lo que provoca que la presión se mantenga en un nivel más elevado.⁵ La hipertensión arterial secundaria conlleva distintos factores o causas comunes, como lo son: Enfermedades del parénquima renal, Estenosis arterial renal, Hiperaldosteronismo primaria, Feoromicitoma, Síndrome de Cushing, Síndrome de apnea del sueño, inducida por sustancias y coartación de la aorta, entre otros.^{6,7}

La hipertensión arterial se clasifica mediante grados de hipertensión: Hipertensión Arterial Grado I donde la TAS es 140-159 mmHG y/o TAD 90-99 mmHg, Grado II, TAS 160-179 mmHg y/o TAD 100-109 mmHG, Grado III, TAS >180 y/o TAD >110 mmHg. Sin dejar de lado la presión normal alta donde TAS 130-139 mmHg y/o TAD 85-89 mmHg.^{3,5,8}

La meta principal del tratamiento de la hipertensión arterial es eliminar la morbilidad y mortalidad.

La falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo afecta aproximadamente hasta el 75% de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica en Estados Unidos, los cuales no logran un control óptimo de la presión.⁹ La adherencia al tratamiento se entiende como la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente para seguir y complementar adecuadamente su tratamiento.¹⁰

Hay múltiples factores que influyen para el descontrol hipertensivo, desde la creencia de los pacientes sobre la salud, la enfermedad y el tratamiento, contribuyendo a la terapia de adherencia.¹¹ La adherencia es dependiente de algunos factores tales son: Estatus socioeconómico (pobreza), el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de apoyo familiar / social efectivo, la percepción psicológica, la alimentación, la actividad física, el olvido de tratamiento, las características del tratamiento, la automedicación. ^{12,13}

La disfunción familiar como factor desencadenante de descontrol hipertensivo para que de esta manera podamos identificar y llevar a cabo medidas preventivas.¹⁴ Y así disminuir la incidencia de hipertensión arterial a mediano y largo plazo, para evitar complicaciones cardiovasculares. Se busca tener un panorama actual sobre el descontrol y los factores desencadenantes.

La familia es un sistema abierto en constante interacción con los entornos históricos, sociales, económicos y culturales; no es una unidad homogénea en su conformación, lo cual indica que no todas están integradas. La composición familiar no es un fenómeno estático, sino un proceso dinámico que cambia tanto en relación con el momento histórico que se estudia como con la etapa del ciclo de vida en que se encuentra o con determinados acontecimientos importantes a los que se ve sometida.¹⁵

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), podemos definir a la familia como el “conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) La familia satisface las necesidades que están en función de la conservación, fomento y recuperación de la salud, cuando uno de sus integrantes es afectado por alguna enfermedad, la funcionalidad del núcleo familiar se ve amenazada. La adecuada sinergia emocional y empatía familiar conllevan al aporte recíproco entre individuo-núcleo familiar como eje de sustentación, caso contrario cuando los integrantes del núcleo mantienen relaciones disfuncionales, las cuales generan desajustes del paciente y el entorno familiar ^{2,14,15} lo que dificulta el camino a la estabilidad y pone en juego la adherencia terapéutica, modificando la calidad de vida y de sus familiares.

“Funcionalidad familiar en la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica en primer nivel de atención - Eli Nahim Becerra Partida”, establece una tendencia en el aumento de la presión arterial sistémica relacionado a la disfunción familiar representada por el 7.1% de los casos, siendo una tensión arterial promedio de 130/75 mmHg donde aquéllos con familia disfuncional y 130/78 mmHg para familia severamente disfuncional. ^{14,16}

2.1 MARCO EPIDEMIOLÓGICO

La hipertensión arterial es un problema de salud pública que afecta al 29.1% de los adultos en Latinoamérica. La prevalencia de hipertensión con tensión arterial controlada en México es de solo 45.6%, la cual es considerablemente más baja que la de países como Cuba (85.8%), Estados Unidos (65.4%) y Chile (56.8%)^{9,17}. Se estima que en el mundo hay 11.30 millones de personas con hipertensión, y la mayoría de ellas (cerca de dos tercios) vive en países de ingresos bajos y medianos.^{2,18}

Es una enfermedad crónica producida por diversos factores, entre los que destacan; los genéticos, la ingesta excesiva de sodio, la edad avanzada, el tabaquismo, la inactividad física, las enfermedades crónicas como la obesidad, las dislipidemias y la diabetes, así como el estrés psicológico que condiciona un aumento de la tensión del sistema nervioso simpático.¹⁹

Se estima en 450 mil el número de nuevos casos de hipertensión diagnosticados en nuestro país cada año, cifra que puede duplicarse si se considera que hasta el 47.3% de las personas hipertensas desconoce su padecimiento.^{8,20}

La hipertensión es el principal factor de riesgo para sufrir una enfermedad cardiovascular. Cada año ocurren 1.6 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares en la región de las Américas, de las cuales alrededor de medio millón son personas menores de 70 años,^{11,16} lo cual se considera una muerte prematura y evitable. La hipertensión afecta entre el 20 y 40% de la población adulta.²¹

En México existen 5 millones de pacientes con hipertensión, de los cuales se estiman en un 24.9% son hombres y un 26.1% son mujeres. Y un 45.6% son pacientes hipertensos en control. Se estima que en México hay 22.4 millones de adultos de 20 años o más que padecen esta patología, de los cuales 11.2 millones tiene diagnóstico médico.

La Hipertensión es el factor de riesgo número uno de muerte. La proporción de adultos con diagnóstico previo de hipertensión arterial y cifras de tensión arterial controlada (<140/90 mmHg) es de 58.7%.

Tradicionalmente se ha clasificado la Hipertensión Arterial en Primaria o Esencial, que corresponde a más del 90% de los hipertensos adultos, en que el mecanismo inicial del proceso se desconoce. Y, por otra parte, en la hipertensión secundaria, que corresponde aproximadamente a menos del 10% de los hipertensos, en que las Hipertensión Arterial tiene una causa identificable. En México cuatro de cada 10 hogares son disfuncionales de los cuales las principales causas se atribuyen a la falta de empleo, pobre economía y alcoholismo. Muchos de estos casos implican otras consecuencias como el fenómeno de la migración, el adulterio o la violación intrafamiliar. Según “Eli Nahim Becerra Partida” el descontrol hipertensivo y la disfunción familiar se relacionan en un 7.1% de los casos.^{2,4,14,22}

2.2 MARCO CONCEPTUAL

La hipertensión arterial se define como una condición médica, caracterizada por un incremento permanente de los valores de presión arterial: Sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mmHg. o el nivel de presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mmHg. Según la OMS la hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta. ^{2,23}

En ocasiones, la hipertensión causa síntomas como dolor de cabeza, dificultad respiratoria, vértigos, dolor torácico, palpitaciones del corazón y hemorragias nasales. ²⁴ En su etapa crítica el aumento de cifras tensionales puede provocar un infarto de miocardio, una cardiomegalia y a la larga insuficiencia cardíaca lo que condiciona una complicación grave y progresivamente letal. ^{16,25}

Los vasos sanguíneos pueden desarrollar protuberancias (aneurismas) y zonas débiles que los hacen más susceptibles de obstruirse y romperse. La hipertensión también puede provocar insuficiencia renal, ceguera y deterioro cognitivo. ²⁶

Síntomas: La mayoría de los hipertensos no tienen síntomas. Está muy difundida la idea incorrecta de que las personas con hipertensión siempre tienen síntomas, pero la realidad es que la mayoría no los tiene en las etapas iniciales. Sin embargo, en ocasiones puede presentar: Cefalea, dificultad respiratoria, mareo, dolor torácico, palpitaciones, hemorragia nasal. ²⁷

La hipertensión es una grave señal de advertencia de la necesidad de modificar significativamente el estilo de vida. Esta afección puede matar en silencio.

Existen múltiples factores predisponentes de Hipertensión Arterial que generalmente coexisten en cada individuo: Edad, aumento de peso, sedentarismo, Raza, Factores psicosociales, Peso al nacer, Fármacos, Ingesta de sal, Alimentación y hábitos, Consumo exagerado de alcohol, Tabaquismo, Suplementación de potasio, Obesidad, Antecedentes genéticos. ^{2, 14, 28}

Causas Principales

- Edad: Uno de los factores que contribuye a la hipertensión arterial es el envejecimiento de la población, especialmente en los países industrializados. Sin embargo, no es una condición inherente al envejecimiento, sino que se relaciona con el aumento de peso, sedentarismo y al aumento en la rigidez de las arterias de mediano y gran calibre.
- Factores psicosociales: Parece lógico pensar que los marcados contrastes psicosociales serían el factor decisivo para explicar estas diferencias en la evolución de la presión arterial.
- Alimentación y hábitos: El consumo exagerado de alcohol, el sobrepeso y el tabaquismo contribuyen a aumentar la prevalencia de las cifras altas de presión arterial. El potasio también jugaría un rol, ya que mientras mayor sea la excreción en 24 horas de potasio urinario, menor es la presión sistólica y diastólica.
- El sedentarismo: Es un factor que también contribuye a la aparición de hipertensión arterial.
- Obesidad: Conlleva a un aumento de la insulina plasmática y de leptina, con aumento de las cifras tensionales, presumiblemente a través del sistema nervioso simpático. La hipertensión es parte del síndrome de resistencia insulínica, con alteración de los lípidos, de la homeostasis y del metabolismo de la glucosa. ^{27,29,30}

La familia es un sistema, el cual a su vez se subdivide en subsistemas: Subsistema conyugal (padre y madre) fraterno-filial (padres e hijos), y fraternal (hermanos) los cuales unidos forman parte de un todo y que para su correcto funcionamiento es necesario que existan interacciones.³¹Todas las familias presentan características que las hacen diferentes o parecidas unas a otras como son su composición, desarrollo, demografía, ocupación, integración. Pero hay otras características

fundamentales para poder evaluar la dinámica familiar: Límites, roles, jerarquía, modelos psicosexuales, alianzas, expresión de afectos, modos y normas de salud.³²

Donde la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas de ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar, está dependiente del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible,³³ que puede propiciar un impacto menor de enfermedad. Se presenta cuando la familiar no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor al del síntoma.³⁴

Los instrumentos de atención integral a la familia ofrecen una apreciación gráfica y esquemática de la familia y sus relaciones, permite desarrollar una visión integrada de las interacciones actuales, los puntos débiles y fuertes de la familia, así como su desarrollo histórico, son un elemento importante de diagnóstico para el médico familiar. Promueven el interés o expresión de sentimientos entre el informante que es el paciente y el profesional de salud, permitiendo la comprensión del entorno y el contexto de su familia para buscar el mejor modo de ayuda que se puede brindar a la persona como un todo.

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil. Es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado.

Donde:

- Adaptación: Es la utilización de los recursos intra y extrafamiliares, para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un cambio o período de crisis.
- Participación: En cuanto se refiere a compartir la toma de decisiones y responsabilidades como miembro de la familia. Define el grado de poder y participación de cada uno de los miembros de la familia.

- Crecimiento: Es el logro en la maduración emocional, física y en la autorrealización de los miembros de la familia a través de soporte y fuerza mutua.
- Afecto: Es la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia.
- Recursos: Es el compromiso o determinación de dedicar (tiempo, espacio, dinero) a los demás miembros de la familia ^{30, 35}

La última modificación del Apgar Familiar fue realizada por la Dra. Liliana Arias, en donde se decide agregar a los amigos; ya que estas respuestas son útiles para ver si existe este recurso y de esa manera ver si se puede acudir en caso de que el paciente viva lejos de su familia o haya gran disfuncionalidad. De acuerdo con los estudios de Cobb Cohen y Smilkstein, lo fundamental es contar con una persona hacia la cual se pueda recurrir en caso necesario. La prueba cuenta con una sensibilidad y especificidad del 70 y 96% respectivamente. ³⁶

2.3 MARCO CONTEXTUAL

La hipertensión arterial sistémica constituye uno de los principales motivos de atención primaria. A nivel mundial se estima que existen más de mil millones de personas con hipertensión. ³⁷ En México, se habla de 30 millones y el IMSS atiende 6 millones de personas que acuden periódicamente a la consulta externa de Medicina Familiar para tratarla. ³⁸

En el IMSS se detectan diariamente 480 personas con hipertensión arterial. Se otorgaron 18.1 millones de consultas a 4.8 millones de derechohabientes para atender esta enfermedad, conocida como el “asesino silencioso”, ya que la mayoría de quienes la padecen no muestran ningún síntoma, a pesar de que los aqueja desde años atrás. ^{12,39}

Un diagnóstico a tiempo es fundamental. A diario, un promedio de 43 pacientes fallece por las complicaciones asociadas a la presión alta, que puede desencadenar infarto agudo al miocardio y derrame cerebral, así como diversos daños en arterias, corazón, cerebro y riñones. El especialista del Instituto indicó que hay riesgo de sufrir hipertensión o ya se tiene, cuando al tomar la presión de una persona los valores son igual o mayores de 140 de sistólica y 90 de diastólica (140/90 mmHg).

“Chécate. Mídete. Muévete” en una campaña que promueve entre la población estilos de vida saludable para evitar el sobrepeso y la obesidad. Y de esta manera la prevención de riesgo cardiovascular. En nuestra clínica contamos con una población total para este año de 6942 total, donde 4517 resultan ser pacientes con hipertensión arterial sistémica. ^{16, 40} El conocer estas cifras nos conlleva a tener un panorama general sobre donde nos encontramos, sabemos de la gran importancia de esta patología y de las repercusiones que presenta en donde se denotara que grado de funcionalidad familiar hay.

3. JUSTIFICACIÓN

La hipertensión es el principal factor de riesgo cardiovascular y de mortalidad en todo el mundo, y es responsable del 13% del total de muertes y del 7% de la carga mundial de morbilidad. Esto debido a los múltiples factores a los cuales se encuentra sometido la población. Factores que desencadenan una progresión imparable y silenciosa que propician a una cronicidad y posible complicación de esta.

Se pretende conocer los motivos por los cuales un paciente no logra la adherencia a su tratamiento. Esto resulta ser de mucho interés e importancia para lograr un adecuado control ya que el factor social puede influir de una manera relevante, esto debido a que la funcionalidad familiar representa un eslabón emocional primordial en nuestra población.

La disfunción familiar resulta ser una de las alteraciones psicosociales que se han comenzado a incrementar en los últimos tiempos, esto debido a que los núcleos familiares se han visto afectados por la convivencia mutua de las familias. Es decir, años anteriores las familias nucleares no contaban con una adecuada interacción ya sea por el trabajo, la escuela, los horarios o algún otro factor que impidiera la interacción de esta.

Sin embargo, en el último año ocurrió un cambio radical en el mundo. El SARS-COV2 nos orilló a quedarnos en casa y convivir de una forma más estrecha, lo que pudo propiciar que la falta de interacción previa nos limita y causara que la familia comenzara a quebrantarse y/o agudizara la notoriedad de una disfunción preexistente.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Debido a que la hipertensión arterial resulta ser una enfermedad crónico-degenerativa de suma importancia y de importante riesgo cardiovascular. Se pretende que todo paciente que cuente con hipertensión tenga un adecuado control de sus cifras tensionales. Sin embargo, se denota que en la actualidad hay diversos factores que limitan esta acción y uno de ellos es la disfuncionalidad familiar.

Por lo que se pretende determinar si la funcionalidad familiar es un factor desencadenante del control hipertensivo y conocer el grado de disfunción familiar más frecuente que causa mayormente un descontrol. Así que la cuestión es:

¿Cuál es el grado de disfunción familiar que actúa como factor desencadenante de descontrol hipertensivo en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica?

5. OBJETIVO GENERAL:

Conocer cuál es el grado de disfunción familiar que actúa como factor desencadenante de un descontrol hipertensivo en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica en la UMF 162

5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar el tipo de percepción de funcionalidad familiar que presentan los pacientes hipertensos
2. Identificar los pacientes con hipertensión arterial controlada
3. Identificar los pacientes con hipertensión no controlada
4. Establecer la relación entre el tipo de percepción de la funcionalidad familiar y el control de la hipertensión de los pacientes
5. Establecer la relación entre la adherencia y la disfunción familiar.

6. HIPÓTESIS:

- Hipótesis 0. La disfunción familiar no es un factor limitante para lograr un adecuado control hipertensivo en la UMF/UMAA 162.
- Hipótesis 1. La disfunción familiar es un factor limitante para lograr un adecuado control hipertensivo en la UMF/UMAA 162.

7. MATERIAL Y MÉTODO

7.1 Periodo y sitio de estudio.

Se realiza estudio en un periodo de 6 meses en la Unidad de Medicina Familiar/ UMAA 162 del Instituto Mexicano del Seguro Social

7.2 Universo de trabajo.

Pacientes con hipertensión arterial en UMF/UMAA 162. Con una población que comprende en 4517 pacientes.

7.3 Unidad de análisis.

Pacientes usuarios que cumplen con los criterios de inclusión

7.4 Diseño de estudio. Se trata de un estudio no experimental, observacional, transversal.

7.5 Criterios de inclusión:

- Paciente derechohabiente con diagnóstico de hipertensión arterial en UMF/UMAA 162
- Haber aceptado participar en este estudio, por medio del consentimiento informado
- Pacientes que convivan con su grupo familiar
- Estado cognitivo intacto: sin alteraciones en la orientación, memoria y juicio, así como en la comprensión y expresión del lenguaje verbal.
- Pacientes que tenga tratamiento farmacológico o no farmacológico durante un tiempo mínimo de 6 meses

7.6 Criterios de exclusión.

- Pacientes hipertensos que no quieren formar parte del estudio.
- Pacientes que no cuenten con un núcleo familiar
- Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial secundaria o en investigación
- Adultos mayores que están pasando por una crisis hipertensiva
- Adultos mayores hipertensos que estén al cuidado de un profesional de la salud

7.7 Maniobras para evitar y controlar el sesgo.

- Definir claramente los objetivos para obtener una determinación clara de qué pacientes se elegirán.
- Muestreo intencional, donde se tomarán en cuenta los sujetos de investigación de acuerdo con los criterios de inclusión, eligiendo los que son adecuados para el tiempo de estudio.
- Establecer qué nomenclatura utilizar para la recolección de datos y evitar elegir datos que no corresponden a las variables de estudio.
- Utilizar las metodologías estadísticas establecidas, donde se analizan los datos de acuerdo con las metodologías establecidas en este protocolo para evitar sesgos.
- Verificación de datos previos a la inclusión de la base de datos para evitar errores por transcripción incorrecta durante la recopilación

Prueba piloto

Se tomará una muestra previa de 10 pacientes para verificar que el instrumento para aplicar sea claro.

8. MUESTREO.

No Probabilístico por cuotas

8.1 CÁLCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA.

La proporción que se desea poder detectar: Ese dato proviene de la proporción mundialmente reportada, y utilizaremos estas cifras como referencias para anotar en nuestra fórmula en términos de fracciones de la unidad.

El nivel de confianza deseado: Usualmente corresponde a un 95%, que corresponde a un valor d: 0.05, este valor indica el grado de confianza que se tendrá del verdadero valor del parámetro, en la población y estén dentro de los intervalos obtenidos.

Se realizará un estudio de tipo no probabilístico por cuotas, analítico donde se presenta una población finita en la Unidad de Medicina Familiar N° 162. Se requieren los siguientes datos para el cálculo de tamaño de muestra requerido para estos estudios.

La población que se desea poder detectar:

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

n=Muestra

N=Total de la población a estudiar (Paciente Hipertenso).

Z=Índice de riesgo deseado (para una confianza del 95%, la Z es de 1.96)

p=Prevalencia del fenómeno en estudio.

q= 1-p

d=precisión del estudio (2-10%), en este caso se utilizará una precisión del 5%.

Datos

n=Muestra

N= 4517 (Pacientes con Hipertensión Arterial)

Z=1.96 de tablas

p=0.071 (7.1%)

q= 1- 0.071= 0.929

d = 0.05

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

$$n = (4517) (1.96)^2 (0.071) (0.929) / (0.05)^2 (4517-1) + (1.96)^2 (0.071) (0.929)$$

$$n = 4517(3.84) (0.0659) / (0.0025) (4516) + (3.84) (0.0659)$$

$$n = (17345.28) (0.0659) / 11.29 + 0.253$$

$$n = 1143.053 / 11.543$$

$$n = 99.0$$

El tamaño de muestra que se necesita es: **99.0 Pacientes**

9. VARIABLES.

Variables dependientes: Pacientes con descontrol Hipertensivo

Variables independientes: Pacientes con disfunción familiar, Pacientes con mal apego al tratamiento, Grado de disfunción familiar.

Variables sociodemográficas: Edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación,

9.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	TIPO DE VARIABLES	ESCALA DE MEDICION	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	VALORES
EDAD	Cuantitativa	Discontinua	Tiempo que ha vivido una persona desde el nacimiento, hasta el momento del estudio	Años cumplidos al momento de la entrevista	1= 20-39 Años 2= 40 -59 Años 3= 60 -79 Años 4= 80 -99 Años 5= > 100Años
SEXO	Cualitativas	Nominal dicotómica	Conjunto de caracteres biológicos, físicos, fisiológicos y anatómicos que definen a los seres humanos como hombre y mujer	Diferencia constitutiva del hombre y la mujer	1=Femenino 2=Masculino
ESTADO CIVIL	Cualitativa	Nominal	Es la relación en que se encuentran las personas que viven en sociedad respecto a los demás miembros de esta misma	Interrogatorio	1=Soltero 2=Casado 3=Unión Libre 4=Viudo 5=Divorciado
ESCOLARIDAD	Cualitativa	Ordinal	Nivel educativo	Nivel de escolaridad hasta el momento del estudio	1=Sin estudios 2=Primaria 3=Secundaria 4=Bachillerato 5=Licenciatura 6=Posgrado
OCUPACION	Cualitativa	Nominal politómica	Actividad diaria realizada en el campo de lo profesional	Interrogatorio	1=Empleado 2=Comerciante 3=Campesino

					4=Hogar 5=Área de la salud 6=Pensionado 7=Desempleado 8=Otro
PRESION ARTERIAL	Cuantitativas	Continua	Es la presión con que la sangre circula por los vasos sanguíneos cuando sale del corazón	Toma al momento de la entrevista	1= <120/80 mmHg 2= 120/80 – 129/84 mmHg 3= 130/85 – 139/89 mmHg 4= 140/90 – 159/99 mmHg 5= 160/100 – 179/109 mmHg 6= >180/110 mmHg
PA SISTOLICA	Cuantitativa	Continua	Es la presión causada cuando el corazón se contrae y empuja la sangre hacia afuera	Toma al momento de la entrevista	1= <120 mmHg 2=120-129 mmHg 3=130-139 mmHg 4=140-159 mmHg 5=160-179 mmHg 6=>180 mmHg
PA DIASTOLICA	cuantitativa	continua	Presión que corre cuando el corazón se relaja y se llena de sangres	Toma al momento de la entrevista	1=<80 mmHg 2=80-84 mmHg 3=85-89 mmHg 4=90-99 mmHg 5=100-109 mmHg 6=>110 mmHg
CLASIFICACION DE HIPERTENSION ARTERIAL	Cualitativa	Ordinal	Grado que se le da cuando uno o ambos números de la presión arterial son mayores.	En base a las cifras tensionales reportados en la entrevista	1=Optima 2=Normal 3=Alta normal 4=Hipertensión Grado I 5=Hipertensión Grado II 6=Hipertensión Grado III
CONTROL HIPERTENSIVO	Cualitativo	Dicotómicas	Paciente hipertenso bajo tratamiento y con adecuadas cifras tensionales	Al momento de tomar Presión en la consulta y que este reporte cifras dentro de parámetros normales	1=Si 2=No
DESCONTROL HIPERTENSIVO	Cualitativa	Dicotómicas	Paciente hipertenso bajo tratamiento y con cifras tensionales fuera de los rangos normales	Al momento de toma de presión en consulta	1=Si 2=No
FACTOR FAMILIAR DE DESCONTROL HIPERTENSIVO	Cualitativa	Dicotómica	Condición, conducta, estilo de vida o situación que exponen a mayor riesgo de presentar descontrol hipertensivo	Al interrogatorio en la entrevista	1=Si 2=No
TIPO DE FACTORES	Cualitativa	Ordinal	Condición, conducta, estilo de vida o situación que exponen a mayor riesgo de	Al interrogatorio	1=Trabajo 2=Olvido 3=Problemas Familiares

			presentar descontrol hipertensivo		4=Estrés 5=Otros
DISFUNCION FAMILIAR	Cualitativa	Nominal	La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas de ciclo de vital y los eventos críticos que se puedan presentar	Pacientes que refieran problemas familiares	1=Si 2=No
GRADO DE DISFUNCION FAMILIAR	Cualitativa	Ordinal	Paciente con algún grado de disfunción familiar	Resultado del Test de Abgar Familiar para la determinación de disfunción familiar	1=Normal 2=Disfunción Leve 3=Disfunción Moderada 4=Disfunción Severa

10. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:

Se realizará un estudio transversal en un periodo de 6 meses. El cual se efectuará a los pacientes de la UMF N° 162. Se adecuará a la consulta de medicina familiar, en donde se les hará la invitación para participar en el estudio a aquellos pacientes que cumplan con los criterios de inclusión mediante la aplicación de la prueba de Apgar familiar, el cual determina los grados de disfunción familiar.

Se explicará al paciente el proceso que llevará el estudio de investigación, por lo que se proseguirá a la entrega del consentimiento informado. Posterior a la lectura y firma del consentimiento informado con previa explicación de este, se tomarán las medidas antropométricas necesarias para la toma de presión arterial bajo los procedimientos recomendados por la NOM030-SSA2 -2009 y la American Health Association.

La presión arterial se tomará cuando el paciente se encuentre sentado con un buen soporte para la espalda y el brazo deberá estar descubierto y en extensión a la altura del corazón. De misma manera se recolectarán 4 cifras previamente anotadas en su carnet de salud, las cuales fueron registradas en consultas anteriores.

Los valores se expresarán en números pares, los resultados obtenidos serán manejados con confidencialidad y sólo serán de conocimiento del investigador y del paciente. Y posterior se continuará con el llenado del cuestionario el cual se contestará de forma tranquila y sin presiones.

La duración de todo este proceso se llevará a cabo en un lapso de 15 minutos. La recolección de datos se realizará de lunes a viernes en un horario de 10:00 a 13:00 hrs, realizando un aproximado de 10 a 15 cuestionarios en promedio por día. Los datos obtenidos se recolectarán en programa de Excel 360 para el posterior vaciamiento en SPSS 23.0 para su análisis estadístico.

11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizará un análisis bivariado de las variables:

Donde se estudiará la relación entre dos tipos de variables con el fin de determinar las relaciones empíricas entre ellas.

- I. Se utilizará mediante el diagrama de dispersión donde nos permitirá visualizar la relación en una forma visual.
- II. Se utilizará chi cuadrada de Pearson donde se analizarán la relación de variables dicotómica y cualitativas.

12. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Este estudio se considera de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en material de investigación, el cual es publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 07 de febrero de 1984, establecido en el artículo 17, como investigación sin riesgo.

Se realizará un cuestionario sobre datos sociodemográficos, toma de tensión arterial, así como datos relacionados con la funcionalidad familiar. Considerados temas sensibles para los pacientes, cuidando el anonimato y la confidencialidad de todos los datos obtenidos en la investigación.

Además de cumplir en lo estipulado por la ley general de salud en los artículos 98 el cual estipula la supervisión del comité de ética para y durante la realización de la investigación y se cumple con las bases del artículo 100, en materia de la salud.

De la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, apartado 25. En la pauta 8 la investigación en que participan seres humanos se relaciona con el respeto por la dignidad de cada participante, así como el respeto por las comunidades y la protección de los derechos y bienestar de los participantes.

Se ejercerá el cumplimiento de los 3 principios éticos de Belmont, los cuales están basados en la justicia, el respeto por los individuos y la beneficencia de cada uno. Mediante el Código de Nuremberg se establece que a todo paciente se les solicitará de forma esencial sus consentimientos para contar con resultados positivos para el bien social de nuestra población, en donde se tendrá en cuenta el adecuado apego de los principios éticos básicos para la prevención y evitar toda lesión, sufrimiento mental o físico y así proteger todos los principios de todo participante.

Se aclara que no existen conflictos de intereses por parte de todos los investigadores involucrados. Donde la investigación que se realizará sólo posee un valor social y científico de acuerdo con al CIOMS con la intención de generar

conocimiento y los medios necesarios para promover la salud de las personas. De acuerdo a las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos elaboradas por el CIOMS, en el consentimiento informado se brinda en un lenguaje que sea claro para el participante, la información relevante de la investigación, los beneficios de su participación en el estudio y los datos de los investigadores para que puedan ser contactados en caso de tener preguntas, de esta manera los participantes brindan su consentimiento de manera libre e informada.

En cumplimiento con las recomendaciones anteriores, la confidencialidad de los datos personales de los pacientes estará garantizada en todo momento.

13. RECURSOS.

- Recursos materiales: Expedientes clínicos electrónicos, material de papelería, computadora, programas: Excel, Word, Memoria USB, hojas de papel, plumas. Estetoscopio, baumanometro consentimiento informado.
- Recursos humanos: El propio investigador, residente de Medicina Familiar de tercer año.
- Financiamiento: El presente estudio no tiene financiamiento institucional ni extrainstitucional. La unidad cuenta con las instalaciones donde se puede entrevistar al paciente. Los consumibles serán financiados por los recursos económicos del investigador
- Factibilidad: La Unidad de Medicina Familiar 162 cuenta con la infraestructura, los recursos materiales y humanos para la realización de este estudio, por lo que podría realizarse en el tiempo programado.

ANÁLIS DE RESULTADOS

Una vez obtenidos los datos de nuestro instrumentó de recolección, son ingresados en el programa de Microsoft Exel. Donde se obtuvo una base de datos en la cual se incluyeron 16 variables, las cuales se encuentran relacionadas con la disfunción familiar y la relación con el descontrol hipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica, en la UMF/UMAA 162 de la Ciudad de México, en un periodo de 6 meses.

Se exporto la información al programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) donde se realizó el análisis de datos los cuales posteriormente fueron tabulados y graficados (Tabla 1).

CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA		
VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEXO		
Femenino	59	59.6%
Masculino	40	40.4%
EDAD		
20-39	9	9.0%
40-59	35	35.3%
60-79	39	39.3%
80-99	16	16.1%
ESTADO CIVIL		
Soltero	18	18.1
Casado	28	28.2
Unión libre	23	23.2
Divorciado	9	9.0
Viudo	21	21.2
ESCOLARIDAD		
Sin estudios	2	2.02
Primaria	17	17.1
Secundaria	29	29.2
Bachillerato	28	28.2
Licenciatura	22	22.2
Posgrado	1	1.0
OCUPACIÓN		
Empleado	38	38.3

Comerciante	1	1.01
Hogar	20	20.2
Área de salud	5	5.05
Pensionado	17	17.1
Oficinista	5	5.05
Estudiante	3	3.03
Otros	10	10.1
CLASIFICACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL		
Optima	28	28.2%
Normal	23	23.2%
Alta normal	19	19.2%
Grado I	26	26.3%
Grado II	3	3.0%
Grado III	0	0
DESCONTROL		
Si	44	44.4%
No	55	55.5%
FACTORES FAMILIAR COMO CAUSA DE DESCONTROL HIPERTENSIVO		
Si	40	40.40%
No	59	59.6%
GRADO DE DISFUNCIÓN FAMILIAR		
Normal	48	48.4%
Leve	31	31.3%
Moderado	14	14.1%
Severo	6	6.06%

Tabla 1. Características de la muestra.

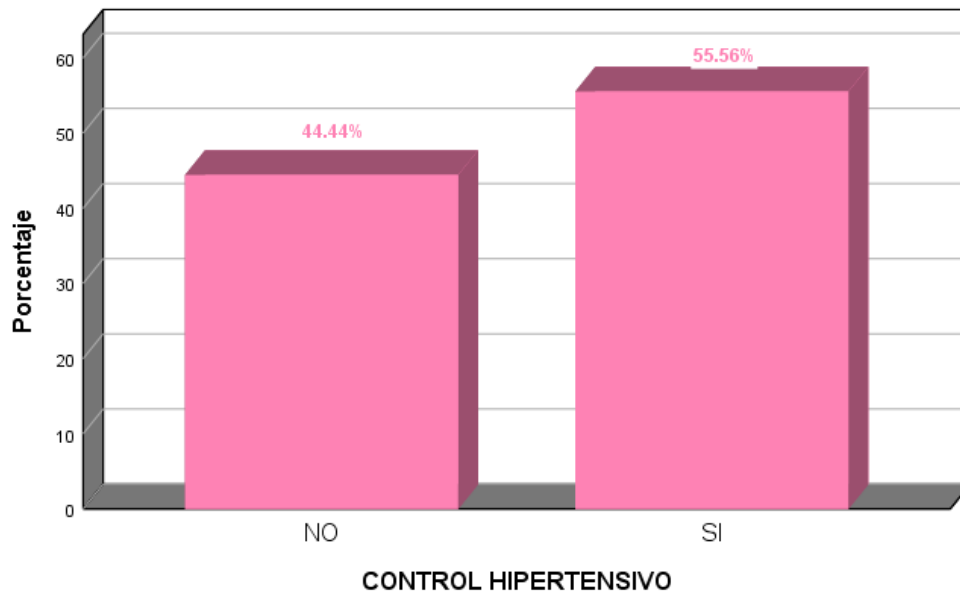
En este estudio nuestra población correspondió a 99 paciente con diagnóstico de hipertensión arterial en actual tratamiento. De los cuales el sexo femenino con 59 pacientes represento un 59.6% y el sexo masculino con 40 pacientes represento un 40.4%, encontrándose una leve discrepancia, ya que hay un predominio del sexo femenino con diagnóstico de hipertensión arterial. (Tabla 2.)

Tabla 2. SEXO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	F	59	59.6%	59.6	59.6
	M	40	40.4%	40.4	100.0
	Total	99	100.0%	100.0	

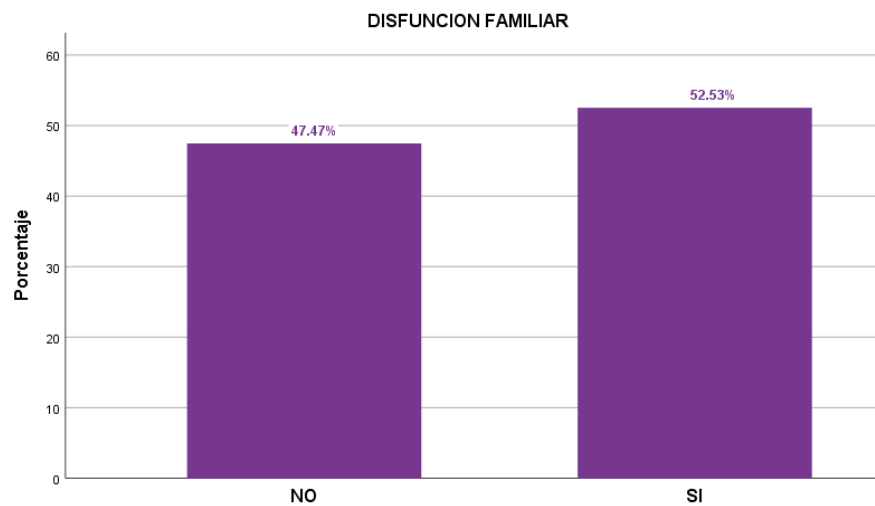
Tabla 2. Relación del sexo de pacientes hipertensos

Se clasifico en pacientes con control hipertensivo, los cuales representaron un 55.5% del total, al igual que se apreció que los pacientes con descontrol hipertensivo representaron una minoría con una equivalencia del 44.4% del total. (Grafica 1)

Grafica 1.
Relación del control hipertensivo con el que cuentan los pacientes



Para poder obtener un mejor panorama, se clasifico a la población en relación a la disfunción familiar que pudieran estar presentado. En donde se pudo observar que el 52.5% de ellos, vive con algún grado de disfuncionalidad, siendo esto independiente de si se encuentran con aun adecuado apego de su tratamiento hipertensivo. (Grafica 2.)

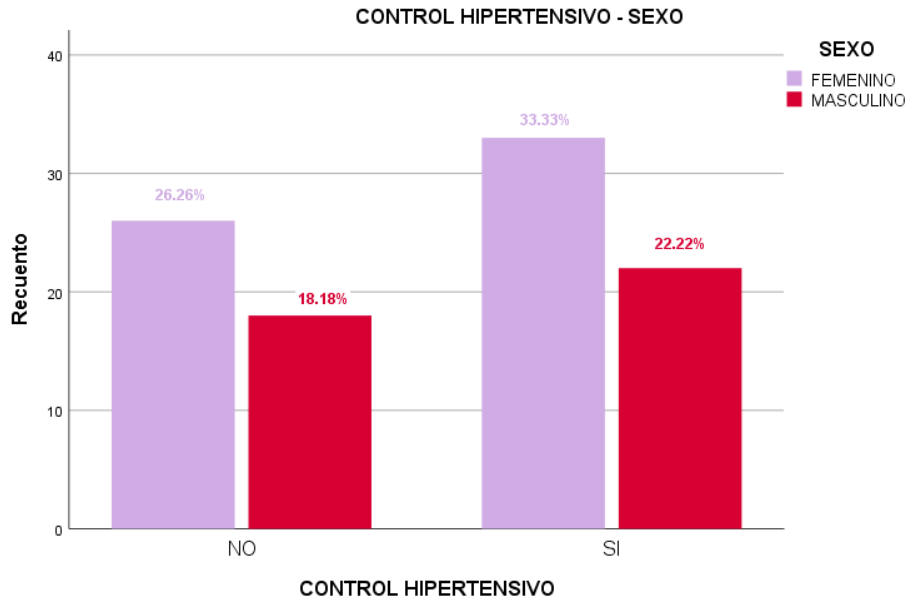


Grafica 2. Relación de la disfunción familiar con la que cuentan los pacientes hipertensos

Al analizar algunas de las variables asociadas al control hipertensivo se pudo destacar que el grupo etario con mejor control de presión arterial fue el sexo femenino con un total 33 pacientes (33.3%), que en comparación con el sexo masculino quienes representaron el 22.2% del total evaluado. Por lo que se puede apreciar que el género femenino es más apegado a su tratamiento, lo cual condiciona a que tengan un adecuado control. (Grafica 3.)

Sin embargo, cabe destacar que de igual manera es el mismo sexo femenino quienes cuenta con la mayor prevalencia de descontrol tensional con un 26.2% de la población y es el sexo masculino quien nuevamente representa una minoría con un 18.1%. (Tabla 3.) (Grafica 3.)

Esto puede estar dado en relación con que estadísticamente la población del género femenino es la predominante.

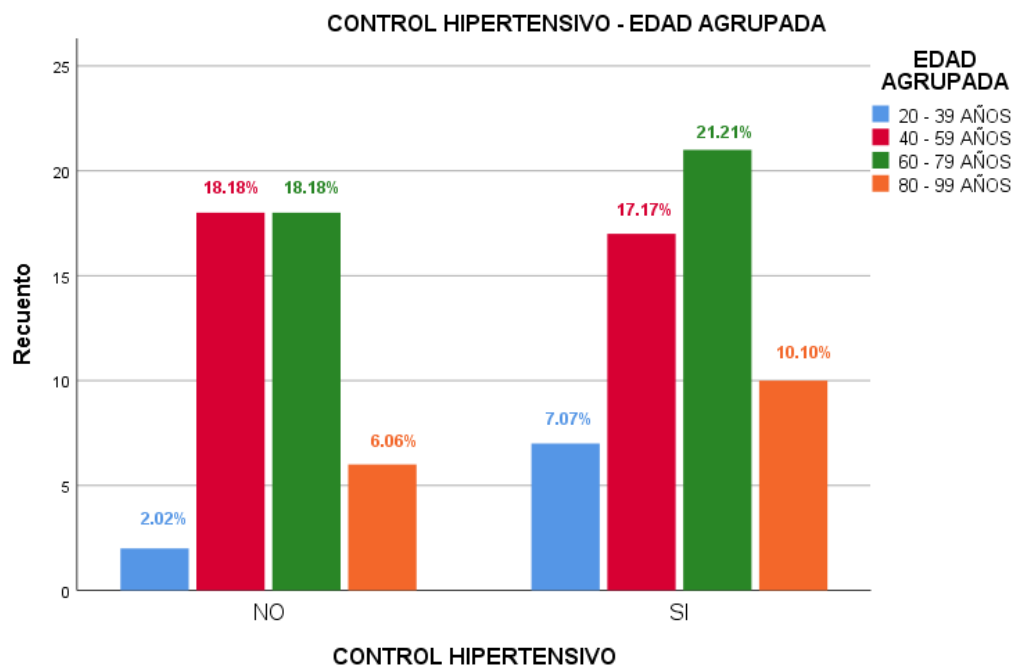


Grafica 3. Relación del control hipertensivo con el sexo de los pacientes con hipertensión Arterial.

			SEXO		Total
			F	M	
CONTROL HIPERTENSIVO	NO	Recuento	26	18	44
		% dentro de CONTROL HIPERTENSIVO	59.1%	40.9%	100.0%
		% dentro de SEXO	44.1%	45.0%	44.4%
		% del total	26.3%	18.2%	44.4%
	SI	Recuento	33	22	55
		% dentro de CONTROL HIPERTENSIVO	60.0%	40.0%	100.0%
		% dentro de SEXO	55.9%	55.0%	55.6%
		% del total	33.3%	22.2%	55.6%
Total	Recuento	59	40	99	
	% dentro de CONTROL HIPERTENSIVO	59.6%	40.4%	100.0%	
	% dentro de SEXO	100.0 %	100.0 %	100.0%	
	% del total	59.6%	40.4%	100.0%	

Tabla 3. Relación del control Hipertensivo y el grupo etario

De igual manera al evaluar al grupo de edad en relación con el control o descontrol hipertensivo, se pudo observar que el grupo de edad con mayor control se encuentra dado por el grupo de edad entre 60- 79 años, representando el 21.2% de nuestra población. Que, en comparativa con los grupos de edad en pacientes con descontrol hipertensivo, se destacó los grupos entre 40-59 años y 60-79 años con un 18.1% respectivamente. (Grafica 4.)

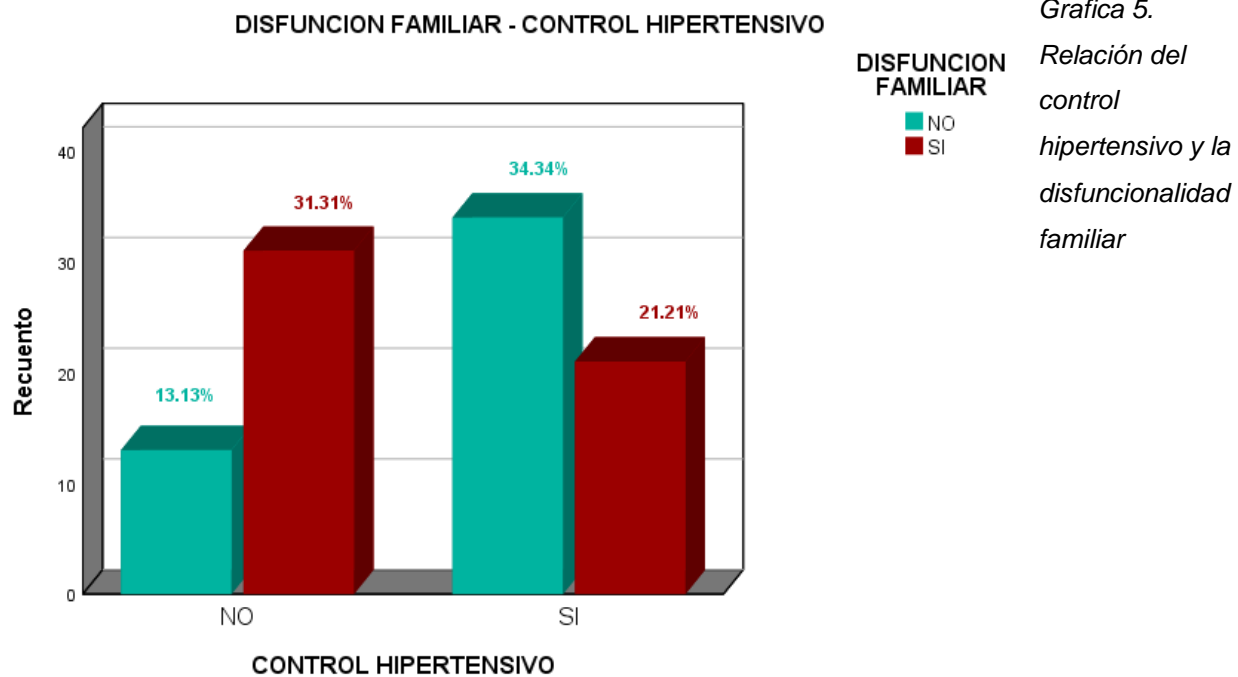


Grafica 4. Relación del control Hipertensivo en base a los grupos de edad de los pacientes con Hipertensión Arterial.

Se evaluó el control y descontrol hipertensivo de nuestra población de estudio y cuál es la relación que esta tiene en base a la disfuncionalidad familiar.

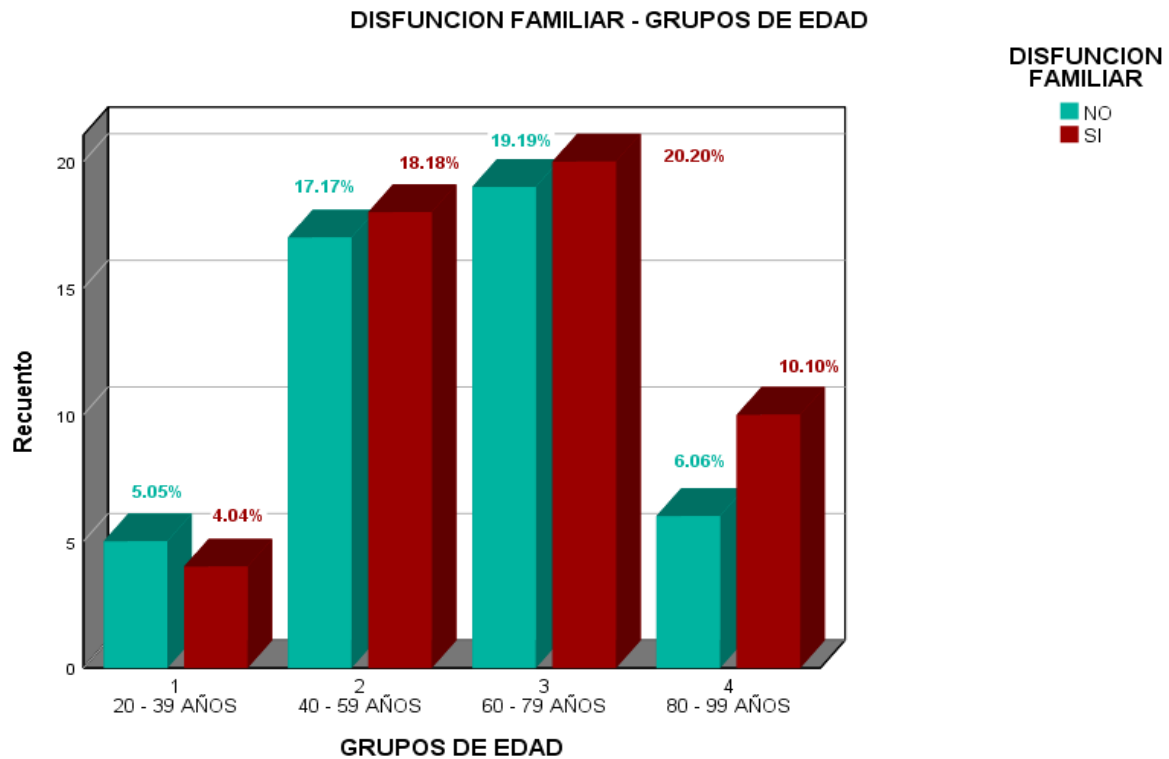
Por lo que se decidió realizar un análisis cruzado en donde se encontró que los pacientes que contaban con un control adecuado de sus cifras de presión arterial, en su mayoría no contaban con datos de disfuncionalidad familiar, sin embargo, el

21.2% se encontraba ante alguna situación disfuncional en su grupo familiar. Por lo que podemos denotar que vivir en un hogar disfuncional no nos deslinda de contar con un adecuado control hipertensivo. (Grafica 5.)



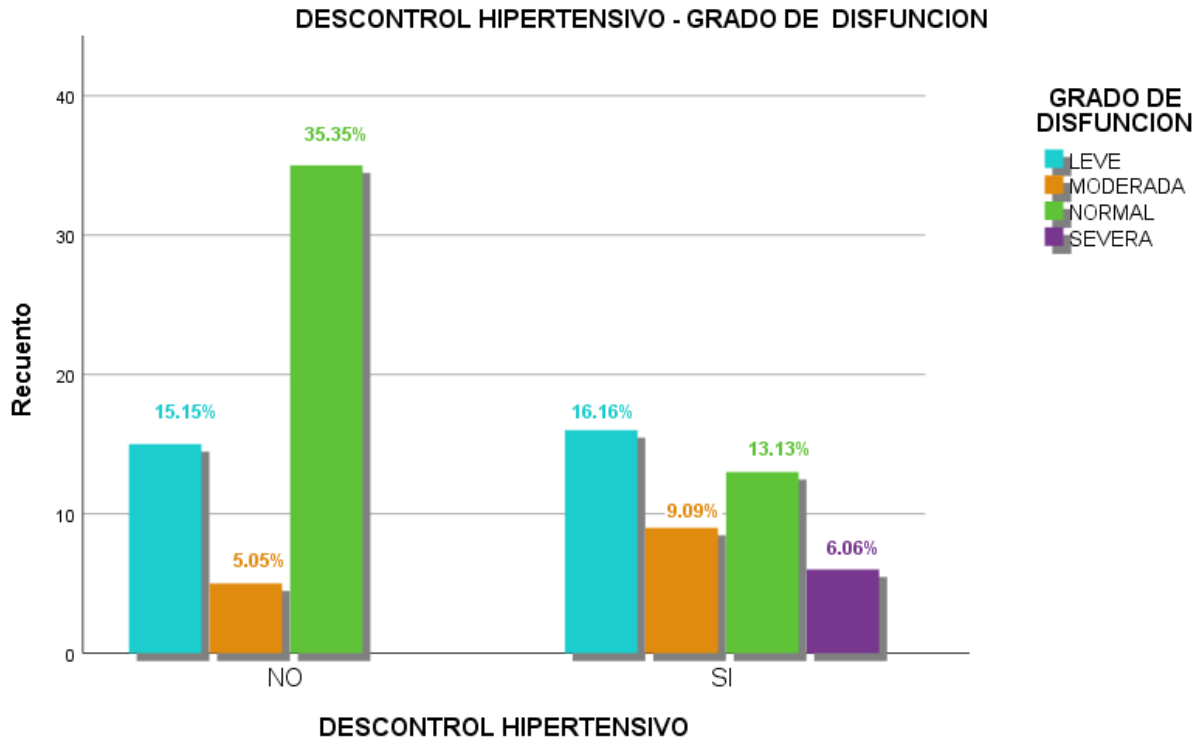
Que al ser comparado con los pacientes se encuentran con descontrol hipertensivo se pudo observar que el 31.3% de pacientes presentan datos de disfuncionalidad familiar. Donde se puede entender, que la disfunción familiar se encuentra ligada un descontrol en los pacientes, lo que resulta de relevancia para estes estudio. (Grafica 5.)

De igual manera se decidió evaluar la disfunción familiar que presentaron los pacientes y la relación que tiene en base a los grupos de edad. Esto para conocer cuáles son los grupos de edad más propensos a vivir en un hogar disfuncional. Pudiéndose observar que la edad entre 60-79 años es la que cuenta con esta predisposición correspondiente al 20.2%. seguida por las edades de 40-59 años con un 18.1% del total. (Grafica 6.)



Grafica 6. Relación de la disfunción familiar con los grupos de edad más propensos.

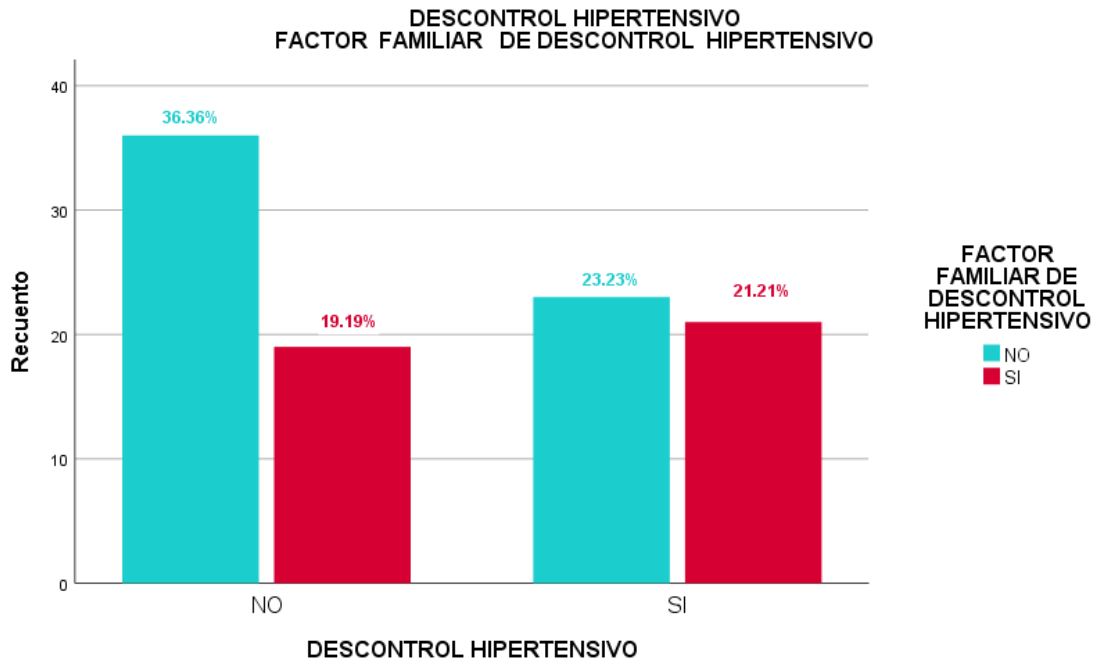
De igual manera nos enfocamos en el descontrol hipertensivo y la relación que presenta en base a los grados de disfuncionalidad familiar por la cual algunos pacientes se encuentran cursando, Analizando que la población con descontrol hipertensivo tiene una relación con los distintos grados de disfunción familiar. Apreciándose un predominio del 16.1% con relación al Grado I (Disfunción Leve), seguido por la funcionalidad normal con un 13.1% y dejando, por último, pero no menos importante a la disfunción severa la cual represento un 6.06% de los pacientes. (Grafica 7.)



Grafica 7. Relación del descontrol Hipertensivo y los grados de disfuncionalidad familiar

Es decir que los pacientes que se encuentra en descontrol hipertensivo tienden a estar estrechamente relacionados con la disfuncionalidad leve.

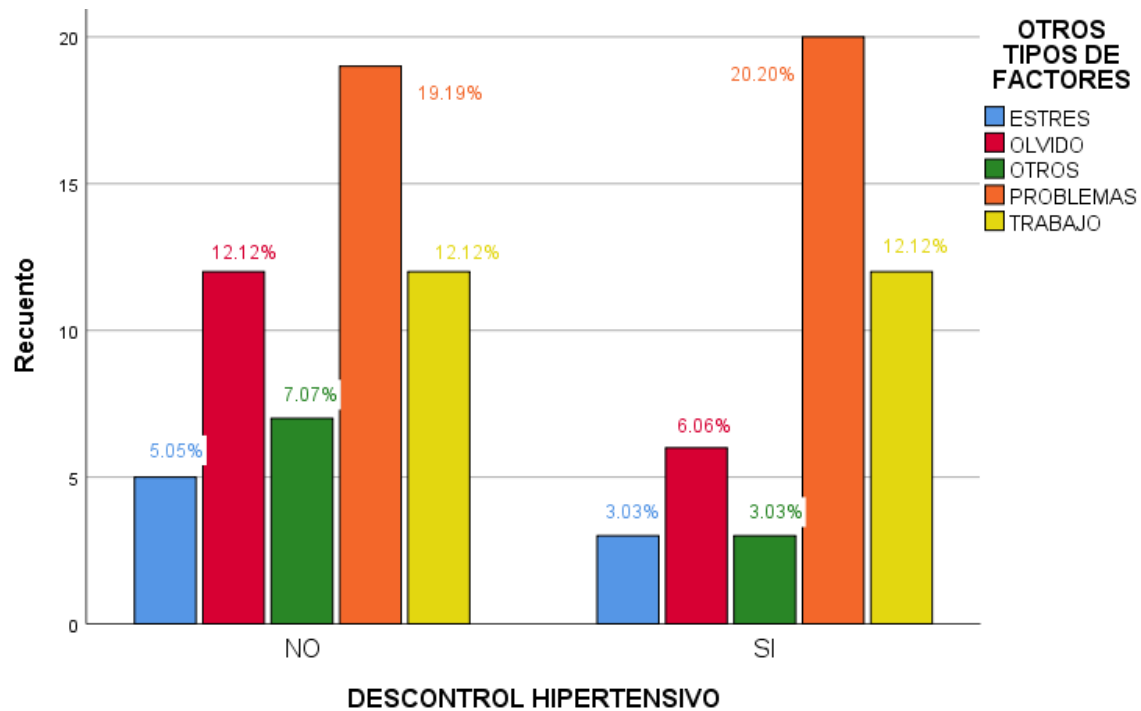
En base a las variables de factor familiar como causante de descontrol hipertensivo se obtuvo que los pacientes en descontrol tienen una relación con este factor en un 21.2%, sin embargo, no es el factor predominante, ya que el 23.2% lo representan algunos otros factores causales. (Grafica 8.)



Grafica 8. Relación del Descontrol Hipertensivo y la factora familiar de descontrol hipertensivo.

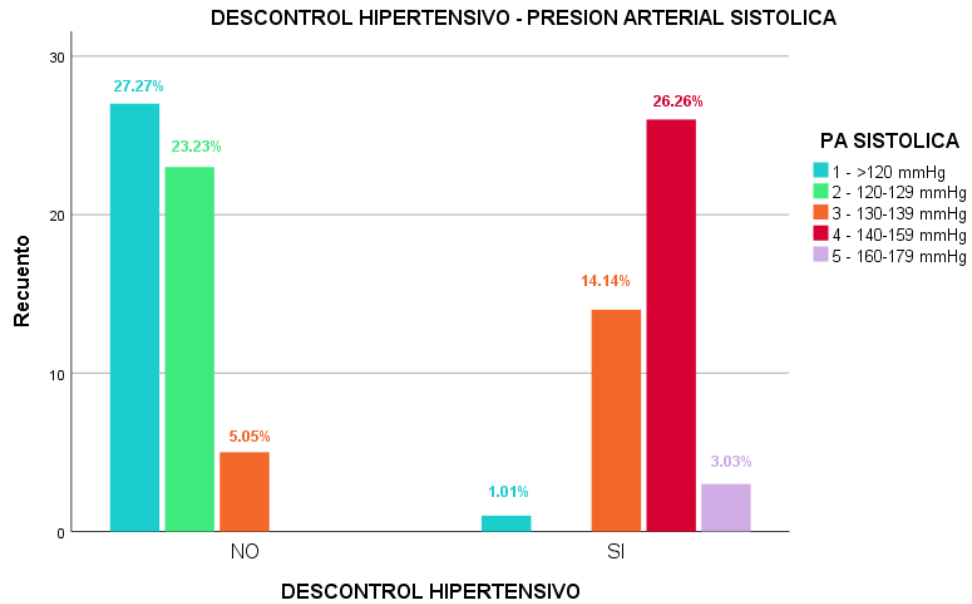
Por lo que se decide evaluar cuales son los otros factores de riesgo, para él no adecuada apego y control hipertensivo en los pacientes hipertensos de la UMF 162.

Se observo que hay múltiples factores causantes, de los cuales en este caso se pudo destacar a 3 de ellos; Comenzando con el factor “Otros problemas no especificados” el cual representa el principal causante con un 20.2%, seguido por el factor “Trabajo” con un 12.1% de los pacientes y por último el factor “Olvido” al momento de la toma con un 6.0%. Es aquí en donde se puede corroborar que el descontrol hipertensivo es resultado multi factorial. (Grafica 9.)

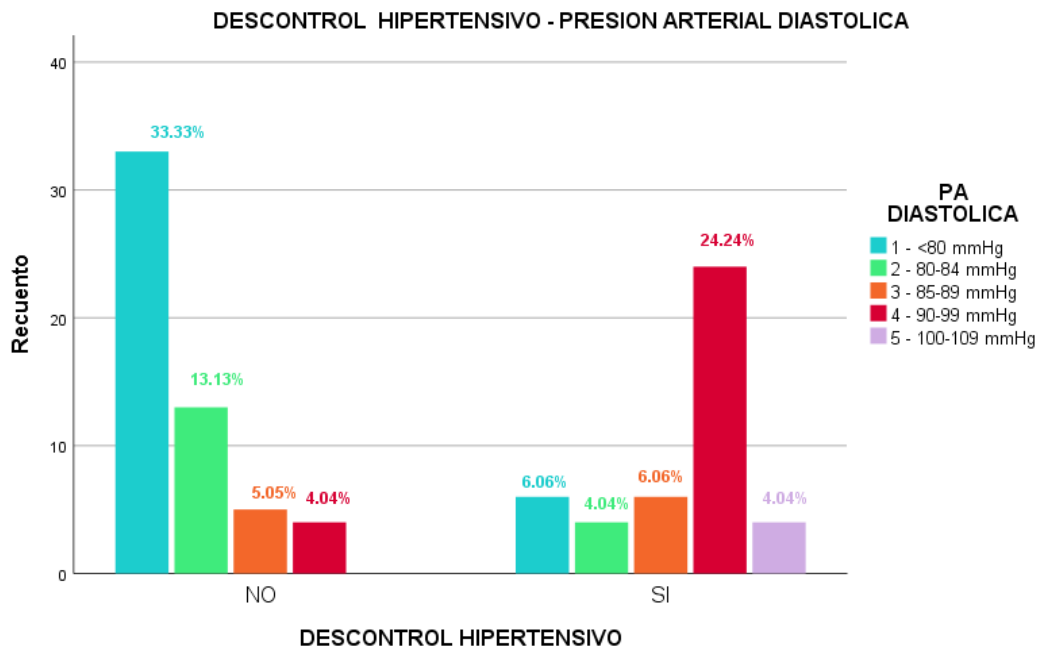


Grafica 9. Relación del descontrol hipertensivo y otros factores desencadenantes.

Al momento de la entrevista como parte del protocolo se les fue tomada de presión arterial y se les es solicitado su cartilla de consultas, para que de esta forma pudiéramos identificar y estadificar el control o descontrol hipertensivo de cada paciente. Por lo que se decide dividir la variable de cifra de presión a arterial en: Presión arterial sistólica y diastólica en relación con el descontrol hipertensivo. Donde se observó que la presión arterial sistólica con mayor nivel de descontrol es representada por las cifras entre 140-159 mmHg con un 26.2% y la presión arterial diastólica con las cifras 90-99 mmHg con el 24.2%. (Grafica 10.) (Grafica 11.)



Grafica 10. Relación del descontrol hipertensivo y la presión arterial sistólica

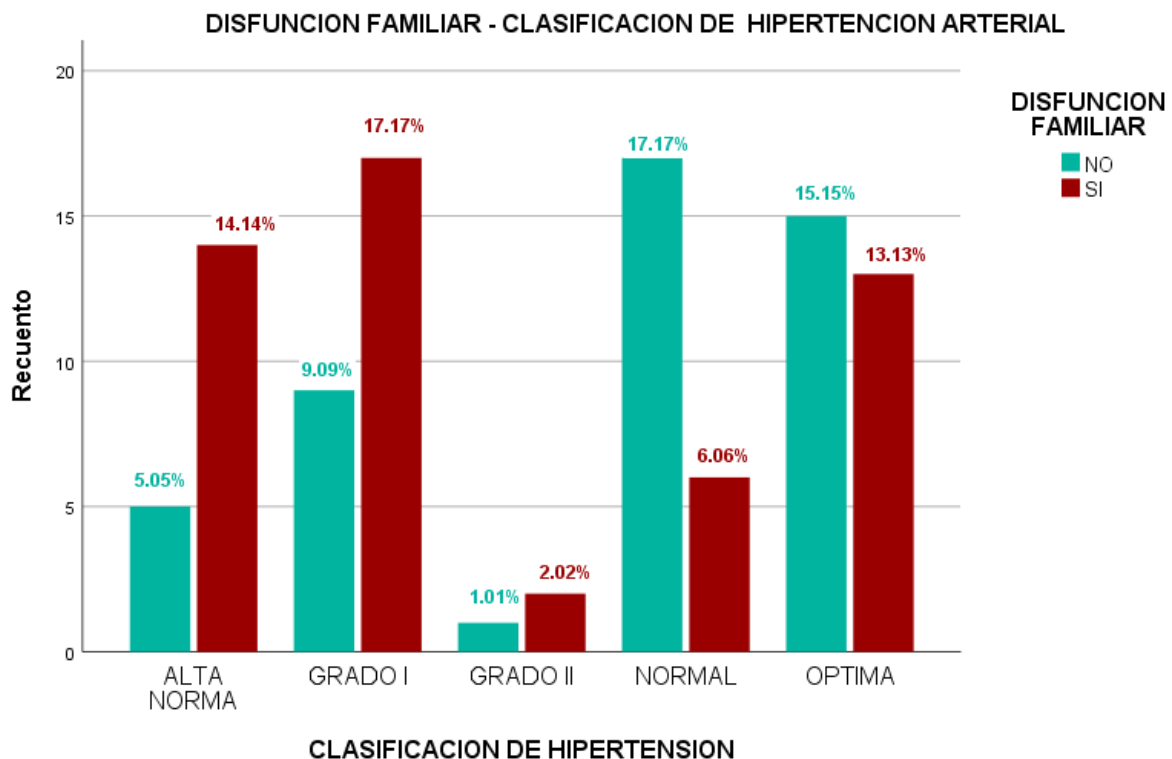


Grafica 11. Relación del descontrol hipertensivo y la presión arterial diastólica

Cifras que en base a la clasificación de Hipertensión Arterial que determina la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la American Heart Asociación, se pueden clasificar en Hipertensión Grado I. Por lo que se denota que la cifra de descontrol que predomina en nuestra población de pacientes descontrolados es 140-159 / 90-99 mmHg. (Grafica 10) (Grafica 11)

Y al ser evaluada la Hipertensión Grado I que presenta nuestra población de estudio en relación con la disfunción familiar se encontró una prevalencia del 17.1% de la población en comparación con otra clasificación como lo sería la Alta normal con un 14.1%, seguida de la clasificación Optima con el 13.1%. (Grafica 12.)

Observándose una prevalencia de hipertensión arterial grado I, con mayor dato de disfunción familiar.



Grafica 12. Relación de la disfunción familiar y la clasificación de Hipertensión Arterial

DISCUSIÓN

El estudio tuvo el objetivo de determinar cuál es el grado de disfunción familiar que funge como factor limitante para un adecuado control hipertensivo. Donde se analizó mediante el análisis bivariado en donde se comparan las variables previamente descritas.

Se requirió una muestra poblacional de 99 pacientes derechohabientes de la UMF/UMAA 162, con previo diagnóstico de hipertensión arterial, al cual se le realizó un cuestionario en relación con la funcionalidad familiar que tienen y como esa afecta o beneficia su control hipertensivo.

Se presentó una población en la cual hubo un predominio del sexo femenino sobre el género masculino con el 59.6% de total, en edades entre 60-79 años (39.3%), con una escolaridad básica en secundaria con un (29.3%), empleados como ocupación predominante (38.4%).

El control Hipertensivo representó un 55.5% del total que en comparación con los pacientes con descontrol los cuales representaron solo el 44.4%. Por lo que se puede observar que la mayor parte de la población de pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial en la UMF/UMAA 162, se encuentra en control.

Se decidió la evaluación de la disfunción familiar por la cual se encuentran cursando nuestros pacientes, esto independiente del control o descontrol, en donde se pudo observar que la mayor parte de ellos se encuentra bajo núcleos familiares con algún grado de disfuncionalidad familiar representado por el 52.5%.

Resultando estas estadísticas como focos de alarma social, ya que no es de esperarse que la mayoría de nuestra población se encuentre viviendo en un hogar disfuncional. Por lo que, nosotros como médicos de primer contacto debemos saber identificar los datos de alarma sobre estas situaciones que en su mayoría nuestros pacientes no suelen decir.

Al desglosar las variables, se destacó que el grupo etario con mayor control hipertensivo fue dado por el sexo femenino, sin embargo, también represento ser el genero con mayor estadística de descontrol hipertensivo. Por lo que se puede deducir que esta relación pueda estar dada a que la mayor parte de la población a nivel mundial esta dada por el sexo femenino en relación con el sexo masculino o por que el género femenino tiende a tener un poco más compromiso al saberse diagnosticadas con alguna enfermedad crónica. Y a su par los grupos de edad con mayor apego al control hipertensivo se presentan en aquellos que se encuentra entre los 60-79 años. Que al ser comparados con los pacientes con descontrol que se encuentran dados por los grupos de edad entre los 40- 79 años.

Es decir que la mayor parte de los pacientes que se encuentra ligados a un descontrol, son los pacientes de la tercera edad los cuales en su mayoría necesitan algún tipo de ayuda para cubrir sus necesidades físicas y sociales por lo que en muchas ocasiones dependen de algún familiar para poder llevar un adecuado apego a sus enfermedades de base.

Durante el estudio se denoto que el factor de control y descontrol hipertensivo, asociado a la disfunción familiar, no deslinda que cualquier paciente que se encuentre con cifras de presión arterial dentro de las metas estándar establecidas, no garantiza que se encuentre viviendo en un hogar disfuncional, ni viceversa.

Sin embargo, se apreció que los pacientes con control hipertensivo en su mayoría se encuentran viviendo en un hogar funcional y los pacientes con disfunción familiar en su mayoría se encuentra viviendo en un hogar disfuncional. Por lo que se puede entender que la disfunción familiar si se encuentra ligada a un descontrol en nuestros pacientes hipertensos.

La cifra de presión que predomina en nuestra población de pacientes descontrolados es 140-159 / 90-99 mmHg. Que en comparativa con estudios previos hay una similitud en los rangos de presión. Y al ser clasificada se encuentra con el Grado I de hipertensión

Y al realizar el análisis del descontrol hipertensivo y su relación con el grado de disfuncionalidad familiar se encuentra que en su mayoría se encuentra cursando con un grado de disfuncionalidad leve, seguidas por la funcionalidad normal, y dejando en último lugar y representada por una minoría a la disfuncionalidad severa.

Y por último se analizó el factor familiar como causante de descontrol, en donde se pudo observar una frecuencia de 21.2%. Que a pesar de que cualquier factor sea el desencadenante de descontrol, la familia resulta ser un eslabón importante en cada individuo, lo que si se ve afecta de forma significativa.

Así que sabiendo todo esto ya se puede responder a la cuestión:

¿Cuál es el grado de disfunción familiar que actúa como factor desencadenante de descontrol hipertensivo en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica?

Y en base a nuestro estudio y a la frecuencia se establece que el grado de disfuncionalidad en donde se inicia con descontrol hipertenso es el grado de disfunción leve.

Por lo que con esto se confirma nuestra hipótesis donde se aprecia que la disfunción familiar si es un factor limitante para un adecuado control hipertensivo, sin embargo, también se hace hincapié en que existen múltiples factores desencadenantes, como por ejemplo el ambiente laboral, el mal apego al tratamiento (olvido), el estrés generalizado, entre otras causas que lo pueden desencadenar. Pero en este caso denotamos que la familia representa un eslabón lo bastante fuerte como para descuidar la salud si este núcleo se ve afectado.

CONCLUSIONES

- La hipertensión arterial es una enfermedad crónica que afecta a muchas personas a nivel mundial e institucional. Por lo cual es necesario tener el conocimiento de cuáles son los factores principales que funcionan como causantes de un mal apego al tratamiento y por ende de un descontrol hipertensivo.
- En este estudio se concluyó que la mayoría de los pacientes de la UMF/UMAA 162 con diagnóstico de Hipertensión Arterial cuenta con un adecuado control hipertensivo.
- Se destaca que, en su mayoría, los pacientes en control hipertensivo cuentan con una integración familiar que funge como precursor de una mejor adherencia terapéutica
- Sin embargo, independiente de control o descontrol hipertensivo, nuestra población cuenta con algún grado de disfuncionalidad familiar. Y que esto, no es necesariamente exclusivo de los pacientes con descontrol hipertensivo. Lo que nos denota una alerta a nivel psicosocial a la cual se le debe prestar atención.
- Los pacientes con hipertensión arterial descontrolada percibieron que actualmente se encuentra con inestabilidad familiar y esto les propicia a tener un descontrol en sus cifras.
- El género con mayor descontrol hipertensivo y con principal grado de disfuncionalidad familiar es representado por el sexo femenino entre los 60 y 79 años.
- La disfunción familiar si represento ser un factor limitante para lograr un adecuado control hipertensivo y aunque no represento el principal factor causante, se presentó una relación considerable.
- El grado de disfuncionalidad familiar leve actúo como el principal desencadenante de un descontrol hipertensivo.

- La clasificación hipertensiva con mayor disfunción familiar fue representada por la hipertensión en descontrol Grado I y Alta normal.
- Las cifras de tensión arterial que causan mayor descontrol y mayor disfuncionalidad familiar fueron representadas por el grupo de PA Sistólica con 130-139 mmHg y 140-159 mmHg y por la PA diastólica con <80 mmhg.
- Independientemente de que la disfunción familiar resultara ser un factor limitante para un adecuado control hipertensivo, representa una minoría en comparación con otros tantos factores, por lo que no hay que pasar por alto al momento de realizar la anamnesis en una consulta. Ya que la mayoría de los pacientes tiende a omitir este tipo de situaciones.
- Los resultados obtenidos durante la prueba de Apgar Familiar pueden ser poco factibles para la determinación de la exactitud de la existencia de algún grado de disfunción familiar. Ya que en mucho caso las respuestas de los pacientes pueden no ser 100% confiables, esto debido a la subjetividad de cada persona y al posible temor, negación, pena y/o aceptación con respecto a que su núcleo familiar esta dañado, o que sufre algún tipo de violencia, así como el poco apoyo de la familia. Al igual que cual es el motivo real por el cual no se ha estado apegando a su tratamiento.
- Es necesario implementar técnicas y orientación sobre cómo lograr un adecuado control y seguimiento terapéutico. Además de saber derivar de forma oportuna en todos los casos, en los que no haya una respuesta favorable o haya un retroceso en el control de su enfermedad.
- Se concluye la importancia que como médicos de primer nivel contar con la capacidad para identificar a pacientes con problemas de descontrol, al igual que a los pacientes con altos factores de riesgos relevantes para sufrir disfuncionalidad familiar.

14. CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD

LA DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO FACTOR LIMITANTE PARA LOGRAR UN ADECUADO CONTROL HIPERTENSIVO EN UMF 162.

*M.R. Jimenez Cruz Miriam. ** M.F. Rosa Madrigal Moran. *** M.F. Mónica Rojas Arriaga

* Residente de Tercer Año de Medicina Familiar.

** Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

*** Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar. UMF/UMAA 162 del IMSS.

Actividad	Mes																																		
	2021						2022						2023																						
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Planeación del Proyecto	■	■																																	
Planteamiento del problema		■	■																																
título		■	■																																
objetivos			■	■	■																														
Marco Teórico				■	■																														
Hipótesis y variables					■	■																													
Material y Métodos						■	■	■																											
Cálculo de muestra							■	■	■	■																									
Presentación ante el comité de ética										■	■																								
Registro y autorización del proyecto (comité de ética)											■	■	■	■	■	■	■	■																	
Etapa de ejecución (Recolección de datos)																			■	■	■														
Análisis de datos																				■	■	■	■												
Descripción de los Resultados																					■	■	■												
Discusión de los resultados																						■	■	■											
Conclusiones																							■	■	■										
Reporte final																							■	■	■	■									
Presentación de Tesis																								■	■	■	■	■	■						

PROGRAMADO REALIZADO

15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Cruz Aranda J. Enrique. Management of hypertension in the elderly. Med Int Méx.2019 (4): 515-524.
2. Información general sobre la Hipertensión en el mundo [Internet]: Suiza. Printed by the WHO Document Production Services. c 2013 **[Citado 4 Abril 2019]**. Organización Mundial de la Salud. Día mundial de la salud; **[aprox. 40 p.]**. **Disponible** en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?sequence=1.
3. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial Sistémica. México. Diario Oficial de la Federación, 2009. [Citado 5 mayo 2021]. Disponible en: [NORMA Oficial Mexicana NOM \(salud.gob.mx\)](http://www.salud.gob.mx/normas/nom030ssa22009.html)
4. Martínez Fajardo Erendira, García Valdez Ruth, Álvarez Villaseñor Andrea. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial de un consultorio auxiliar. Rev.Med.Gen.Fam. 2019: 56-61.
5. Tagle Rodrigo. Hypertension Diagnosis. Med. Clin. Condes. 2019 (29): 12-20.
6. Luna-Breceda Ulises, Del Rocío Haro Socorro, De Jesús Barajas Teresa. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: Experiencia en una unidad de Medicina Familiar de Zapopan Jalisco, México. Rev.Atem.Fam. 2017: 116-120.
7. Williams Bryan, Giuseppe Marcia, Wilco Spiering, Enrico Agabiti Rosei, Azizi Michel, Burnier Michel, Clement Dalis. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev.Esp.Cardio L. 2019: 160-178.
8. Campos I, Hernández-Barrera L. Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. Salud Publ Mex. 2013(55):144-50.

9. Rodríguez Venegas Elia, Denis Piedra Daniel Alejandro, Ávila Cabreja. José Alejandro. Factores de influyen en la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos. Rev. Cubana de Medicina Integral. 2021: 2-18.
10. Cairo Saez Gilberto, Cepero Hernández Daymara, Pérez Rodríguez Rene. Factores asociados al fracaso del tratamiento en pacientes hipertensos que requieren ingreso hospitalario. Rev. CorSalud. 2018: 294-299.
11. Luis B. Factores que influyen en la adherencia del paciente al tratamiento en adultos mayores con hipertensión. AIMFA. 2017(20): 149-157.
12. Rodríguez Torres A. Artículo Original Descontrol De La Hipertensión Arterial Esencial En Una Unidad De Medicina Familiar De Ciudad. Médico de Familia. México: Herrera I y col. 2017(21):25-30.
13. Aino I S, Hinstsanen M, Hintsa T. Does Compassion Predict Blood Pressure and Hypertension? The Modifying Role of Familial Risk for Hypertension. Rev Int de Med Condt. 2020 (2): 527-538.
14. Nahim Becerra Partida Eli. Funcionalidad familiar en la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica en primer nivel de atención. Rev. Conamed. 2021(26):57-67.
15. Castilla H, Caycho T, Valdivia A. Perception of family functioning: psychometric analysis of Family APGAR Scale in adolescents in Lima. Rev VI. 2014(2): 49-63.
16. Hipertensión Arterial [Internet]. IMSS. 2021 [citado 5 mayo 2021]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/hipertension-arterial>
17. Carrión Contreras María Paz, Mesa Cano Isabel, Ramírez Coronel Andrés Alexis. Adherencia al tratamiento antihipertensivo. Rev. AVFT. 2021: 2610-2618.
18. Marín-Reyes F, Rodríguez-Moran M. Family support and drug therapy compliance in essential hypertension. Salud Publ Mex. 2018(4): 336-9.
19. Saenz MY, Barcelo M.A. Coste de la hipertensión arterial en España. Elsevier Doyma. 2012;29 (4):145–51.

20. Chávez GA, Márquez FG. Factores demográficos y de comorbilidad asociados a prehipertensión arterial. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2016(51): 276-83.
21. Escortell-Mayor E, del Cura-Gonzalez I, Ojeda-Ruiz E, Sanz-Cuesta T, Rodríguez -Salceda I, García -Soltero J. A primary healthcare information intervention for communicating cardiovascular risk to patients with poorly controlled hypertension: The Education and Coronary Risk Evaluation (Educore) study—A pragmatic, cluster-randomized trial. *PLOS ONE.* 2020(15): 1-17.
22. Fernando Poblete, Nicolás Barticevic, Jaime C. Sapag , Pablo Tapia, Gabriel Bastías , Diego Quevedo, Camila Valdés, Claudia Bustamante, Claudia Alcayaga , Gabriel Perea. Apoyo social percibido en pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo II en Atención Primaria y su relación con autopercepción de salud. *Rev Med Chile* 2018: 1135-1142.
23. caballero Villarraso MT, Ruíz García M. Analysis of the determining factors of therapeutic adherence in hypertensive patients. *Enferm Nefrol.* 2017(10): 251-260.
24. Belinda Setters, MD, MS, Holly M. Holmes, MD, MS. Hypertension in the Older Adult. Elsevier Inc. 2017(44): 529–539.
25. James P, Oparil S, Carter BL, et al. Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee. *JAMA.* 2014;31(5):507-520.
26. Robert M. Carey, MD, Paul Muntner, PHD, Hayden B. Bosworth, PHD, Paul K. Whelton, MB, MD, MSC. Reprint of: Prevention and Control of Hypertension. *ELSEVIER*, 2018(72): 2996-3011.
27. Erika P, Delgado A, Soledad X, Aponte Z. Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores. *Rev. Latinoam. Hipertens.* 2020, 15(5). 322-29.

28. Katherine E. Di Palo, PharmD, Nicholas J. Barone, BS. Hypertension and Heart Failure Prevention, Targets, and Treatment. *Heart Failure Clin* 2020(16): 99–106.
29. Gorostidi M.A, Gijon Conde.B, De la Sierra, Rodilla de Eduardo, Rubio. E. Guía practica sobre el diagnóstico y tratamiento de Hipertensión Arterial en España. *Rev.Lucha contra la Hipertensión Arterial*. 2022: 1245-1252.
30. Zurera Delgado Inmaculada, Caballero Villarraso Ma. Teresa. Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. *Rev. Enferm. Nefrol*. 2017: 251-260.
31. Pom J, González J, Carrillo L. Family Functionality and Modifiable Risk Factors for Arterial Hypertension. *Rev Univ Med, CO*. 2018(59) 1. 119-24.
32. Astrid Contreras Orozco. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial de la Unidad Básica de Atención de COOMEVA. *Salud Uninorte*. 2010 (26):201-211.
33. Adela Alba Leonel, Guillermo Fajardo O. El apoyo familiar y la adherencia en el tratamiento de hipertensión arterial. *Med Int Mex*. 2015 (14): 11-17.
34. Poblete F, Lantadilla NB, Sapag JC, Tapia P. Social support, self-rated health, treatment adherence and effectiveness in patients with type II diabetes and hypertension. *Rev Med Cc*. 2018(100): 1135-42.
35. Alcalá Espinoza M, Suarez Cuba MA. APGAR FAMILIAR: Una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev Med La Paz*. 2014(10). 53-57.
36. Daniela Sandoval, Javier Chacón. Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. Resultados de una cohorte del Programa de Salud Cardiovascular de la Región Metropolitana. *Rev Med Chile* 2014 (142): 1245-1252.
37. SteFano V, Quiceno, JM. Apoyo Social Y Adherencia. *Rev Med La Paz*. 2016(8)1: 93.
38. Shrestha S, Shrestha A, P.Koju R. Barreras y facilitadores del tratamiento entre pacientes con hipertensión recién diagnosticada en Nepal. *Rev inform Biomed*. 2018(72): 251-260.

39. Gülcan Bahçeçioğlu Aksoy T, Bahar M Çiftç. Effect of social support on the treatment adherence of hypertension patients. J Vasc Nurs. 2019(37): 46-51.
40. Hipertensión Arterial. IMSS - Sistema de información de Atención integral de la salud/ UMF 162. 2021.

16. CONSENTIMIENTO INFORMADO

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	<i>"LA DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO FACTOR LIMITANTE PARA LOGRAR UN ADECUADO CONTROL HIPERTENSIVO EN UMF/UMAA 162"</i>
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar/ Unidad de Medicina Ambulatoria No. 162, OOAD Sur D.F. IMSS Avenida Tláhuac No. 5662, Colonia Los Olivos. Delegación Tláhuac, Ciudad de México, C.P. 13300
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	El responsable del trabajo me ha informado que el presente estudio es necesario debido a la escasa información que existe en la literatura médica sobre la disfunción familiar y su relación con el descontrol hipertensivo en la población mexicana. Por lo que entiendo que el objetivo del trabajo es determinar por medio de la Escala de APGAR Familiar, en adultos con diagnósticos de Hipertensión arterial.
Procedimientos:	Estoy enterado que se me realizará historia clínica, toma de presión arterial y se me aplicará la prueba APGAR Familiar. Durante un tiempo estimado de 20 a 30 minutos aproximadamente.
Posibles riesgos y molestias:	El responsable del trabajo me ha explicado que los datos e información proporcionado son y serán confidenciales y que no se hará más uso de estos. Los cuales se mantendrán de forma anónima. Se me ha informado que al dar mi autorización se me tomara la presión con baumanometro, el cual puede generarme dolor en el brazo de la toma, al igual que entumecimiento en el brazo de la toma.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Entiendo que se me otorgará una anotación de mi presión arterial al igual que se me proporcionará mi nivel de funcionalidad familiar. Al igual que se me proporcionará orientación familiar sobre mi situación y de ser necesarios se me derivará para recibir ayuda psicológica y/o social de forma oportuna.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El responsable del trabajo se ha comprometido a responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se le plantee acerca de la prueba a realizar.
Participación o retiro:	Es de mi conocimiento que seré libre de no realizar esta prueba de investigación en el momento que así lo desee. En caso de que decidiera abstenerme de contestarlo, la atención que como derechohabiente recibo en esta institución no se verá afectada.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador me ha asegurado, que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autorizo que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Tratamiento oportuno acorde al tipo de neoplasia de columna.
Beneficios al término del estudio:	Detección pronta y oportuna para mi tratamiento.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Rosa Madrigal Moran. Matricula: 99374239 Adscripción: Unida de Medicina Familiar/ Unidad de Medicina Ambulatoria 162. Teléfono: 5520926948 Correo: Rosa.madrigal@imss.gob.mx
Colaboradores:	Mónica Rojas Arriaga. Matricula: 99374746 Adscripción: Unida de Medicina Familiar/ Unidad de Medicina Ambulatoria 162. Teléfono: 5545953321 Correo: monroj79@yahoo.com.mx
Colaboradores:	Jimenez Cruz Miriam. Matricula: 97377536. Adscripción: Unida de Medicina Familiar/ Unidad de Medicina Ambulatoria 162. Teléfono: 5539568593. Correo: miriamic05@outlook.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: "Comisión de Ética de Investigación del IMSS: Hospital General Regional No. 1 "Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro", Calle Gabriel Mancera 222, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, CP 3100. Teléfono (55) 50 87 58-71, Correo electrónico: conbioeticahgr@gmail.com ".	
_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Jimenez Cruz Miriam Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma	_____ Testigo 2 Nombre, dirección, relación y firma
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.	
Clave: 2810-009-013	

17. HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

"LA DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO FACTOR LIMITANTE PARA LOGRAR UN ADECUADO CONTROL HIPERTENSIVO EN UMF 162"

Investigador responsable: M.F. Rosa Madrigal Moran¹. M.F. Mónica Rojas Arrieg². Colaboradores: M.R. Jimenez Cruz Miriam³

1. Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud. 2. Medico Familiar Adscrito en UMF/UMAA 162, 3. Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar.

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SI SE CUENTA CON LOS SIGUIENTES CRITERIOS

1. Pacientes derechohabientes de la UMF 162 ambos turnos
3. Con diagnóstico de Hipertensión Arterial

INSTRUCCIONES

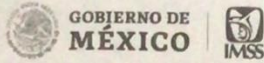
A continuación, usted deberá colocar sexo, edad y seleccionar una de las opciones que se le presentaran a continuación: deberá marcar con una X la opción que más se acerque a su respuesta.

SEXO:		EDAD:				
ESTADO CIVIL:		ESCOLARIDAD:				
N°	PREGUNTAS	Nunca (0)	Casi nunca (1)	Algunas veces (2)	Casi siempre (3)	Siempre (4)
1	Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
2	Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
3	Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades					
4	Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
5	Me satisface como compartimos en la familia:					
6	1. El tiempo para estar juntos					
7	2. Los espacios en la casa					
8	3. El dinero					
9	¿Ustedes tienen un (a) amigo(a) cercano a quien puede buscar cuando necesita ayuda?					
10	Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					
¿Considera que los problemas en su familia son causantes de su descontrol hipertensivo?				SI / NO	TOTAL:	

Interpretación del puntaje

Normal	17-20 Puntos	
Disfunción leve	16-13 Puntos	
Disfunción Moderada	12-10 Puntos	
Disfunción severa	Menor o Igual a 9 Puntos	
TOMA DE PRESION ARTERIAL:		
GRADO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL:		

18. CARTA DE NO INCOVENCIANCIA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN EN SALUD.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR/UMAA No. 162

ATENTA NOTA

Ciudad de México, a 16 de marzo del 2022.

Of: 382409200200/254/2022

**Comité Local de Investigación en Salud
Órgano De Operación Administrativa
Desconcentrada Sur De La Ciudad De México
Presente**

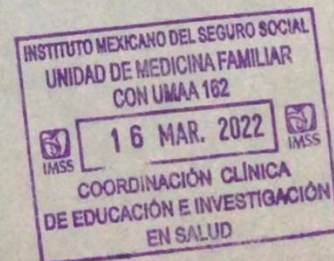
Por medio del presente, manifiesto que **se brindarán las facilidades correspondientes** para que caso de que el proyecto sea "Aprobado" y se asigne un número de Registro por el Comité Local de Investigación, acepto que se lleve a cabo dicho estudio en la Unidad a mi cargo bajo la responsabilidad del investigador **Dra. Rosa Madrigal Moran**, matrícula **99374239**, con adscripción en la **UMF/UMAA 162**, y **Dra. Mónica Rojas Arriaga**, matrícula **99374746** con adscripción en la **UMF/UMAA 162**.

El proyecto tiene como título **"LA DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO FACTOR LIMITANTE PARA LOGRAR UN ADECUADO CONTROL HIPERTENSIVO EN UMF/UMAA 162"**, el cual será realizado por el residente de SEGUNDO año **Jimenez Cruz Miriam** con matrícula **97377536**, el proyecto consiste en realizar medidas antropométricas, toma de cifras tensionales y encuestas a pacientes de 40 a 50 años.

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

Atentamente.

Dra. Elizabeth Medina Rodríguez
Directora de la UMF/UMAA 162
OOAD 4 Sur



Avenida Tláhuac No. 5662, Col. Olivos Alcaldía Iztapalapa, C. P. 13360, Ciudad de México
Tel. 55 58406070, Ext. 21006, DIRECTO 13126283 - www.imss.gob.mx

