



**BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN ESTATAL CHIAPAS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11  
TAPACHULA DE CÓRDOVA Y ORDOÑEZ**



**TITULO:**

**Funcionalidad y tipología familiar en pacientes con hipertensión arterial sistémica en Tratamiento adscritos a la unidad de medicina familiar número 11 del instituto mexicano del seguro social, Tapachula, Chiapas.**

**NOVIEMBRE 2022**

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER  
EL GRADO DE:  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:  
GUILLERMO DE LA LUZ ALEMÁN**



**BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11  
TAPACHULA, CHIAPAS**



**TITULO:**

**Funcionalidad y tipología familiar en pacientes con hipertensión arterial sistémica en Tratamiento adscritos a la unidad de medicina familiar número 11 del instituto mexicano del seguro social, Tapachula, Chiapas.**

**NOVIEMBRE 2022**

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER  
EL GRADO DE:**

**ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**GUILLERMO DE LA LUZ ALEMÁN**

**DIRECTOR Y ASESOR DE TESIS:**

**DR. JULIO CESAR BARRIOS AGUILAR**

**BENEM  
AGRADECIMIENTOS:**



BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA  
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 UNIDAD MEDICA FAMILIAR No. 11  
 TAPACHULA, CHIAPAS



TITULO:

Funcionalidad y tipología familiar en pacientes con hipertensión arterial sistémica en Tratamiento adscritos a la unidad de medicina familiar número 11 del instituto mexicano del seguro social, Tapachula, Chiapas.

AUTORIZACIONES

*[Handwritten signature]*

DR. RICARDO RAMOS MARTINEZ  
 COORDINADOR DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL



*[Handwritten signature]*

DRA. YUNIS LOURDES RAMIREZ ALCANTARA  
 COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACION EN SALUD



*[Handwritten signature]*

DR. HECTOR ARMANDO RINCON LEON  
 COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD



*[Handwritten signature]*

DR. PEDRO SANCHEZ AYALA  
 COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DE LA U.M.F. 11.

*[Handwritten signature]*

DRA. ADRIANA PALACIOS STEMPREISS  
 PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR



A mi familia: agradezco a mi mamá Magda por su apoyo incondicional en cada momento, que fueron importantes para mi superación personal y profesional, sobre todo en los momentos difíciles en los cuales me escuchaba y me daba ánimos de continuar a pesar de las adversidades, me enseñó la perseverancia; gracias por estar en cada etapa de mi formación, en cada viaje en cada logro y en cada reto que se me presentaron. A Nohe que muchas de las cosas del camino recorrido no fuesen sido posible sin su apoyo, su cooperación y su compañía, ambos hicieron un gran papel de Padres que me impulsaron a seguir adelante. Me dieron las armas necesarias, para lograr este objetivo que está por cumplirse. A mis hermanas Diana y Jaqueline, quienes a pesar de la distancia siempre estuvieron al pendiente de mí apoyándome. A mis abuelitos, Gabriel y Francisca quienes siempre confiaron en mí, gracias por sus enseñanzas que sirvieron de molde para mi formación, creando una persona responsable.

A mi pareja, que a pesar de la distancia y de profesiones diferentes, me mostró paciencia, tolerancia, mostrándome su apoyo en todo momento, acompañándome en cada etapa de mi formación de residencia, en cada trabajo, en cada adversidad, siendo un gran apoyo emocional, siempre siendo optimista durante este recorrido.

A mis profesores, gracias a su enseñanza y paciencia, han contribuido a mi formación aprendizaje y conocimientos, motivándome a ser mejor y culminar este estudio de posgrado. Agradezco al Dr. Barrios, quien fue mi guía para la elaboración de este proyecto de tesis, su ayuda en la realización y presentación del mismo.

A mis compañeros, quienes durante este proceso compartí experiencias, buenos y malos momentos que nos dejaron un aprendizaje útil para nuestra formación, y aquellos con quienes formé un lazo de amistad, quienes me dieron ánimos o estuvieron ahí apoyando en los momentos difíciles de este camino.

## INDICE:

CONTENIDO	página
I. Resumen	6
II. Introducción	8
III. Marco teórico	10
Escalas de funcionalidad familiar	16
Tipología familiar	25
IV. Justificación	29
V. Planteamiento del problema	31
VI. Objetivos	32
VII. Hipótesis	33
VIII. Material y métodos	34
IX. Criterios de selección	35
X. Características del instrumento	37
XI. Procedimiento	38
XII. Definición de variables	39
XIII. Operacionalización de las variables	42
XIV. recursos para el estudio	43
XV. Consideraciones éticas	44
XVI. Análisis de datos	49
XVII. Conclusión - recomendaciones	67
XVIII. Bibliografía	69
XIX. Anexos	74
XX. Cronograma	91

## RESUMEN

**Título:** Funcionalidad y tipología familiar en pacientes con hipertensión arterial sistémica en Tratamiento adscritos a la unidad de medicina familiar número 11 del instituto mexicano del seguro social, Tapachula, Chiapas.

**Antecedentes:** la hipertensión arterial es una de las principales causas de morbimortalidad y motivos de consultas en el primer nivel de atención a nivel nacional. Asociado a factores que involucran la funcionalidad y tipología familiar.

**Marco teórico:** la hipertensión arterial se define como cifras superiores de TAS/TAD (140/90 mmHg), y aquellos que debuten con crisis hipertensiva sin antecedentes previos. La familia, un grupo social organizado, constituido por un número variable de personas, la mayoría de los casos viven en un mismo lugar, vinculados por lazos consanguíneos, legales o por afinidad, donde se determina el comportamiento reproductivo, emocional y social, logrando una adecuada funcionalidad familiar; definiendo como conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de ella y le confieren identidad propia.

**Objetivos del estudio:** determinar el grado de funcionalidad familiar y su asociación con la tipología familiar, en pacientes con hipertensión arterial sistémica adscrito a la unidad de medicina familiar número 11 de Tapachula, Chiapas.

**Material y métodos:** Se realizará un estudio descriptivo, de carácter retrospectivo, transversal y diseño analítico, el muestreo se determinará por pacientes que reúnan criterios de selección, (aleatorio y conveniencia), se aplicará instrumentos validados (escala FACES III y escala Espejel). La información será capturada a través de una base de datos JMP versión 5.0.1, SAS INSTITUTE 2003 y Excel 2016, se realizará análisis univariado con medidas de tendencia central; dispersión para variables cualitativas.

**Resultados:** Se reporta una funcionalidad familiar de mayor predominio funcional en ambas escalas establecidas, con un 91.16% para Espejel y 93.64% para FACESIII. En cuanto a pacientes en control de cifras tensionales presentan una mejor función familiar en comparación de los que no lo presentan, con un 60.42%. La tipología familiar más frecuente en pacientes hipertensos de acuerdo a Irigoyen: familias modernas (80.21%); de acuerdo a la demografía, familia urbana (95.76%); de acuerdo a integración, familia integrada (66.08%); en cuanto a composición,

familia nuclear (64.66%); en base a complicación del desarrollo, familia contraída (19.43%) y con respecto a funcionalidad 93.64%.

**Conclusiones:** Al evaluar la funcionalidad familiar con dos escalas diferentes (faces III y Espejel) se obtienen resultados similares, ambos reportando predominio de la función familiar en pacientes portadores de hipertensión arterial; no existe diferencia significativa, entre los pacientes en control y la función familiar, se observa predominio de tipología familiar moderna en pacientes con adecuada función familiar.

**Palabras claves:** Hipertensión arterial, funcionalidad familiar, tipología familiar, tratamiento farmacológico.

## I. INTRODUCCION

La funcionalidad familiar se refiere a la capacidad que tienen los miembros de la familia en enfrentar y superar las diferentes etapas del ciclo vital, cumpliendo exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados,<sup>28</sup> por medio la cual, el grupo humano que la integra internamente se relacionan, generando un conjunto de relaciones interpersonales que le confieren identidad propia a cada familia. <sup>(41)</sup>

Entre las funciones destacan la satisfacción de necesidades afectivas, emocionales y físicas de los integrantes; transmitiendo valores, que facilite la socialización entre ellos, logrando un equilibrio para enfrentar problemáticas que se presenten en algún momento del desarrollo, etapa o ciclo de la vida familiar. Lo cual permite establecer patrones que mejoran las relaciones interpersonales para una adecuada convivencia. <sup>(41)</sup>

En conjunto estas características logran promover el desarrollo integral de sus miembros, así como un estado de salud favorable en ellos, donde los miembros de la misma perciben el funcionamiento familiar manifestando el grado de satisfacción, cumpliendo las funciones básicas como son: cuidado, socialización, afecto, reproducción y estatus (según John P. Geyman). Creando condiciones propicias para el desarrollo de la identidad familiar y personal, así como la adquisición de la identidad sexual. <sup>(41)</sup>

Los problemas de salud familiar afectan el estado de bienestar de cada integrante o toda la familia, considerando factor de riesgo al modificar el estatus de las personas, que son determinadas por prácticas saludables o patógenas. La salud familiar se ve influenciada con la salud individual y viceversa, siendo dependiente al estar alterada una de ellas se pierde el equilibrio, propiciando disfunción familiar. <sup>(39)</sup>

La familia funcional promueve la salud de los miembros, mientras que un modo de vida no saludable puede llegar a enfermar a los integrantes, alterando la función familiar. La salud individual se emana con la formación de hábitos, estilos de vida, valores, normas, actitudes y comportamientos adecuados. <sup>(41)</sup>

La hipertensión arterial es un síndrome de etiología múltiple, que se caracteriza por presentar cifras tensionales igual o mayor a 140/90 mmhg, de mayor incidencia en nuestro país, en población de 25 a 60 años, con un porcentaje del 27% de la población, constituye la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo a través de sus complicaciones cardiovasculares. <sup>(40)</sup>

Múltiples autores señalan que el mal control y complicaciones presentes por esta etiología se relacionan con la funcionalidad familiar, interviniendo en su evolución; condiciones que no solo depende del mecanismo de acción de los fármacos utilizados. Dentro de las escalas que nos permiten identificar la funcionalidad familiar se encuentran la escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III) que evalúa dos dimensiones del sistema familiar: cohesión y flexibilidad familiar. <sup>(39)</sup>

El presente estudio se realiza debido a la prevalencia elevada y creciente número de pacientes portadores con hipertensión arterial sistémica, los cuales se observan un porcentaje significativo, que no logran mantener parámetros normales o control de la misma a pesar de uso de antihipertensivos. El propósito contribuir a una mayor claridad en relación con los aspectos de la funcionalidad familiar, susceptibles de ser abordados con FACES III y escala de Espejel. <sup>(39)</sup>

Considerando a la población en estudio de la unidad de medicina familiar número 11 de Tapachula, se busca identificar la funcionalidad familiar en estos pacientes, así como el tipo de familia en el que se desenvuelven, e identificar la relación y de qué forma contribuyen o afectan el control de esta patología, y si de alguna forma influyen en su tratamiento.

## 1. MARCO TEÓRICO

### ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Desde hace 300 años aproximadamente los investigadores buscaban explicar el porqué de ciertas enfermedades que se relacionan al sistema circulatorio; en la búsqueda de él como solucionarlas, expertos en el área logran la medición por primera vez de la presión arterial. Las investigaciones modernas de la hipertensión se inician con el trabajo de William Harvey, quien describe por primera vez de forma correcta la circulación sanguínea sistémica, en el libro de texto *De motu Cordis*.<sup>(1)</sup>

Sin embargo, el reconocimiento y medida de la presión arterial lo inicia Stephen Hales (1677-1761) en el año de 1733, realizando mediciones en caballos, la cual consistía en insertar un tubo de vidrio en la arteria femoral del equino. De esta forma la sangre subía a través del tubo, registrando presión como la variación de altura, medida en pulgadas y pies, tal efecto causado por estímulos cardiacos y respiratorios, término que él acuñaría como “tono”.<sup>(2)</sup>

Durante este proceso Jean L. Poiseuille realizó nuevamente el experimento de Hales, pero esta vez en perros, utilizando una conexión hacia una columna de mercurio, y utilizando por vez primera como sistema de unidad de medida los milímetros de mercurio para calcular la presión arterial, lo que posteriormente llevó la creación del esfigomanómetro teniendo como objetivo obtener mediciones de cifras tensionales, creado por Rive Rivocci.<sup>(3)</sup>

El apogeo del esfigomanómetro de mercurio se da en el siglo XX, siendo reemplazados de forma rápida por los aneroides y estos, en 1960, por el método oscilométrico, aunque su uso se describe hasta en los años de 1966, desde entonces se han ido perfeccionando equipos con mayor exactitud y uso más simple para una medición más eficiente.<sup>(3)</sup>

Los expertos clínicos en el tema llegan a la conclusión de hipertensión como manifestaciones de una serie de cambios patológicos primario, resultado de una enfermedad, lo más común de causa renal, que causa trastorno vascular, cardíaco y como desenlace una apoplejía; dicho término que se mantuvo hasta la década de los años 30's del siglo XX. Se crean conceptos de hipertensión arterial esencial, idiopática o primaria, de acuerdo al origen causal. <sup>(4)</sup>

La hipertensión arterial sistémica, condición que posee alto riesgo en eventos cardiovasculares, publicados en 1961, en un estudio realizado en Framingham, Massachusetts, y los cuales siguen vigentes, sosteniendo dicha entidad dentro de los principales factores de riesgo cardiovascular (RCV). Con alto valor predictivo y siendo de los principales agentes asociados. <sup>(5)</sup>

En el año de 1991 se llevó a cabo en México la encuesta nacional de enfermedades crónicas, la cual reportó una prevalencia de hipertensión arterial sistémica de aproximadamente del 24.6%, al cual sufre un incremento marcado 2 años posteriores a 26.6%. para el año 2000, La Encuesta Nacional de Salud (ENSA) reporta una media nacional de 30.5% de pacientes hipertensos, con predominio en la región Norte del país. <sup>(31)</sup>

En el 2004 la OMS (organización mundial de la salud) reporta que la HAS (hipertensión arterial sistémica) es responsable del 62% de las enfermedades cerebro vasculares y 42% de enfermedad cardíaca isquémica, sin predominio en el sexo, lo que reafirma como uno de los principales factores de riesgo vascular. <sup>(6)</sup> El 49% de ellos desconoce que la padece, la mayoría en países subdesarrollados. <sup>(30)</sup>

En el año 2005 RENAHTA (reencuesta nacional de hipertensión arterial sistémica) reporta una mortalidad anual del 1.15% con seguimiento a 3 años, cuyo riesgo aumenta cuando se asocia a otras comorbilidades como diabetes mellitus tipo 2, sobrepeso y obesidad. Fue de los primeros datos estadísticos a nivel nacional de

forma objetiva, proponiendo medidas de atención, prevención y diseñando nuevas visiones de síndrome metabólico. <sup>(29)</sup>

## EPIDEMIOLOGIA:

Se estima que a nivel mundial se reportan 1280 millones de adultos de 30 a 79 años con hipertensión, de los cuales uno de cada cinco adultos hipertensos tiene control; es considerada dentro de las principales causas de muerte prematura a nivel mundial. En la región de las américas ocurre 1.6 millones de muerte por enfermedad cardiovascular, afecta del 20 al 40% de la población adulta por HAS, considerándola como riesgo número uno de muerte. <sup>(30)</sup>

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006) reportó que la HAS representa una incidencia del 75% en sujetos menores de 54 años generando un impacto en la esperanza de vida de quienes la presentan y se acompañan de gastos tanto para la persona enferma, así como de las instituciones en salud, debido a los costos del tratamiento y manejo de complicaciones. <sup>(7)</sup>

Uno de cada 4 mexicanos padece hipertensión arterial, la prevalencia en hombres es de 24.9% y mujeres 26.1%, sin embargo, considerando los criterios de la American Heart Association sería el doble el número de pacientes con esta enfermedad. Se estima que el 79.3% de las personas con diagnosticados de hipertensión reportan tratamiento farmacológico para control de la enfermedad. <sup>(32)</sup>

## DEFINICIÓN:

La hipertensión arterial sistémica (HAS) se define como la elevación de la presión arterial igual o mayor de 140 mmHg (milímetros de mercurio), para la presión sistólica y/o igual mayor a 90 mmHg para presión diastólica al menos en tres ocasiones en

diferentes días, o pacientes que debuten con crisis hipertensiva sin antecedentes personales de Hipertensión arterial. <sup>(8)</sup>.

La HAS se produce por el aumento anormal de la presión sanguínea y rigidez de las arterias, provocando deterioro en su pared e incremento a daño a otros órganos; se asocia con la obesidad y el sobrepeso, además de la resistencia a la insulina, cifras que se encuentran elevadas en pacientes enfermos en comparación con los normotensos secundario a los efectos de hiperinsulinemia compensatoria. <sup>(9)</sup>

### FISIOPATOLOGÍA:

Resulta por la pérdida de la autorregulación, provocando un desequilibrio en la relación entre el flujo sanguíneo y las resistencias periféricas. El control básico se realiza en base a la interacción del flujo sanguíneo, dependiente de los latidos cardiacos (gasto cardiaco), del volumen circulante de sangre, controlado por los riñones y resistencia periféricas de vasos sanguíneos a través de la resistencia de arteriolas, que son autorregulados por la perfusión sanguínea. <sup>(10)</sup>

La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos, como resultado de la función de “bombeo” que tiene el corazón y puede cambiar de un momento a otro dependiendo de la actividad, estados de ánimo, cambios de posición con ejercicio o durante el sueño. el elemento básico es la disfunción endotelial y la ruptura del equilibrio entre factores vasoconstrictores y vasodilatadores, como sistema de captación y descarboxilación de grupo amino.<sup>(37)</sup>

La JNC7 clasifica la hipertensión arterial de la siguiente forma:

- Normal= PAS <120; PAD <80 mmHg
- Pre hipertensión: PAS 120-139; PAD 80-89 mmHg
- Hipertensión etapa 1= PAS 140-159; PAD 90-99 mmHg
- Hipertensión etapa 2= PAS  $\geq$  160; PAD  $\geq$  100 mmHg

De acuerdo al consenso europeo se clasifica:

Optima= PAS <120 mmHg Y PAD <80

Normal= PAS 120-129 Y PAD 80-84

Normal-alta= PAS 130-139 mmHg Y PAD 85-89

HTA grado 1= PAS 140-159 Y PAD 90 - 99

HTA de grado 2= PAS 160-179 mmHg Y PAD 100-109

HTA de grado 3= PAS mayor o igual a 180 mmHg Y PAD mayor o igual 110

HTA sistólica aislada= PAS mayor o igual 140 y PAD < 90 <sup>(37)</sup>

## FACTORES DE RIESGO

Aumentan la probabilidad de desarrollar hipertensión arterial, en caso de no tener control en los niveles de colesterol, ácido úrico, sobrepeso, son factores modificables, al igual que el tabaquismo, sedentarismo, nivel socioeconómico. No modificables tales como la edad, sexo, antecedentes heredofamiliares de enfermedad cardiovascular, aparición temprana de la menopausia, hipertensión temprana en padres, factores psicológicos y alteraciones en pulsos. <sup>(32)</sup>

## PERSPECTIVA ACTUAL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL:

La hipertensión arterial representa un problema a nivel mundial, generando impacto importante en nuestro país, lo que condiciona ser tema prioritario de salud pública tanto en países industrializados como en vía de desarrollo, ya que figura dentro de las principales enfermedades cardiovasculares, primeras causas de morbi-mortalidad en la población adulta; además destaca considerablemente en causas principales de discapacidad por enfermedad en población reproductiva. <sup>(30)</sup>

## TRATAMIENTO

Al tratarse de una enfermedad crónica exige tratamiento de manera permanente y sistemática, con la implicación de cambios en el estilo de vida, así como el uso de

fármacos. Su principal objetivo es la protección cardiovascular, tiene mayor relevancia cuando el tratamiento es precoz y eficiente, por el otro lado la protección es mínima cuando el tratamiento es tardío o ineficiente. Para lograr las metas de control se requiere de una buena interacción entre el médico y el paciente. <sup>(38)</sup>

Cada tratamiento farmacológico o no farmacológico es exclusivo e independiente para cada persona de acuerdo a su condición, física, emocional y de salud, así también de acuerdo a sus antecedentes y relación con otros factores. para lograrlo se basa en dos estrategias, el primero le corresponde diagnosticar de manera oportuna de forma adecuada, el segundo, tratamiento idóneo a cada caso. <sup>(11)</sup>

En el tratamiento farmacológico se recomienda iniciar y mantener ya sea en monoterapia o combinado con diuréticos tiazidas, ARA II, IECA, Calcio antagonista o Beta bloqueadores; la prescripción debe ser razonada a dosis respuesta a los niveles de tensión arterial, iniciar una vez confirmado el diagnóstico, tomando en cuenta grupo atareo y comorbilidades acompañantes. <sup>(42)</sup>

En cuanto al tratamiento no farmacológico incluyen modificación en estilos de vida, mejorando la alimentación (recomendaciones en la ingesta de sodio, 5 gr. Día) para mantener un peso optimo y actividad física diaria en particular en la ejecución de ejercicio aeróbico y evitar el consumo de tabaco; para lograr estas metas enviar oportunamente a los servicios de apoyo dentro de la institución. <sup>(42)</sup>

El actuar medico debe crear empatía con el paciente, estableciendo adecuada relación médico- paciente, para crear un ambiente de confianza y respeto. Cada paciente tiene la responsabilidad de su propio cuidado, ejecutar cada una de las indicaciones, apegarse al régimen para lograr una adecuada adherencia al tratamiento, así lograr el éxito esperado. <sup>(11,12)</sup>

Todo esto conlleva a un régimen de tratamiento, basado en un plan permanente y sistemático, que implican modificaciones en el estilo de vida, la incorporación de

fármacos, así como el control y seguimiento oportuno. A pesar de las medidas preventivas, se ha estudiado que los pacientes presentan mal apego al tratamiento y/o poca adherencia a las recomendaciones médicas, tanto en el plan farmacológico como no farmacológico. <sup>(11)</sup>

El tratamiento de hipertensión arterial leve a moderado reduce el riesgo de accidente cerebrovascular hasta un 30 a 43% y de infarto al miocardio 15%; entre los beneficios del tratamiento encontramos disminución de insuficiencia cardiaca, la cual reduce la incidencia de demencia, mantiene una adecuada función renal y previene ceguera. Se estima que del 20-80 % de personas que recibe tratamiento un 20-25 % no tiene un adecuado control, en algún momento de la enfermedad. <sup>(13)</sup>

#### FUNCIONALIDAD FAMILIAR:

Desde el nacimiento del ser humano se crea un ambiente adecuado para su desarrollo que será útil para su crecimiento. La familia es un sistema dinámico en donde el bienestar de uno de los miembros repercute en el otro, y a su vez la familia completa, como si fuera una unidad. Caracterizada por la fluctuación y el cambio, que tiende al mismo tiempo a la conservación y a la evolución, respetando ciertos límites que lo llevan a adaptarse al medio en el que se encuentra. <sup>(14)</sup>

El estudio de la familia se basa en un enfoque ecológico del proceso salud enfermedad, en el cual el individuo deja de ser visto como un ente exclusivamente biológico y los factores psicológicos y sociales cobran interés, muchos de los cuales se generan en la propia familia. Todo ambiente familiar influye en los individuos que lo integran favoreciendo o no su desarrollo, fenómeno que se ha observado a través del tiempo en distintos grupos culturales. <sup>(14)</sup>

Una familia funcional o disfuncional es un factor dinámico que contribuye en la conservación de la salud o en la aparición de una enfermedad, la primera se entiende como la capacidad del sistema o del grupo en superar y hacer frente a

cada una de las etapas del ciclo vital, que se distinguen los siguientes aspectos primordiales <sup>(39)</sup>:

- Fuerte sentido de pertenencia.
- Afecto maduro y sólido.
- Actitud positiva para resolver dificultades que se presenten en la familia.
- Definición clara y establecida de los aspectos jerárquicos.
- Establecer límites precisos, formar alianzas.
- Ser productivos para la sociedad, flexibles al desarrollo.
- Ser autónomos y apoyar al prójimo.
- Adaptarse a las demandas y distintas situaciones que se presenten.
- Socialización de los miembros.
- Satisfacer y hacer frente a las demandas internas y externas.

La percepción de la función familiar puede diferir en forma considerable del punto de vista de los familiares como lo plantean diversos autores, es un factor que predomina en el desarrollo de apego a los tratamientos, por tal motivo se han creado diversos instrumentos para la evaluación de la misma. En general, el funcionamiento familiar se refleja en la forma en la cual se origina la salud o enfermedad de sus integrantes. <sup>(17)</sup>

Se basa mediante el desempeño de sus actividades, tareas, relaciones y comunicación afectiva y asertiva siendo esta última una de las funciones esenciales, en conjunto con el desarrollo, adaptabilidad, apoyo emocional, económico y de información, los cuales tienen efecto positivo en la recuperación del estado de salud. Por el contrario, si la familia no cumple con estas funciones es probable el desarrollo de una enfermedad en alguno de sus integrantes. <sup>(17)</sup>

Familia disfuncional término designa aquellas familias ineficientes que no pueden ejercer satisfactoriamente sus funciones, en el cual en ocasiones la enfermedad de uno de sus miembros puede ser la causa o consecuencia de esa alteración. En ellos

de observa el incumplimiento de alguna de las funciones básicas como: afecto, socialización, cuidado, reproducción y estado familiar debido a la alteración de algunos subsistemas de la familia. <sup>(12)</sup>.

Los estudios que abordan sobre la vida familiar, adoptan perspectiva cognitiva y sistémica, enfatizando la importancia de la percepción que cada uno de los integrantes de la familia tiene del sistema familiar, lo que permite valorar de forma precisa las relaciones familiares. Por lo que comprender la realidad objetiva de la familia, permite conocer el punto de vista de cada componente de la familia en diferentes dimensiones de la vida familiar, para conocer el nivel de divergencia de sus percepciones. <sup>(18)</sup>

La percepción de la función familiar toma importancia cada vez como prioritario para entender el origen de algunas enfermedades que se surgen en el núcleo de la misma. La percepción individual es una variable relevante para las investigaciones científicas, que cobran auge con modelos cognitivos y constructivistas, los cuales se enfocan en estudios de subjetividad humana, considerándolo como el desencadenante de conductas y estado de ánimo. <sup>(19)</sup>.

Por ello es importante identificar la percepción de cada miembro de la familia que enriquece la evaluación y permite conocer mejor la dinámica familiar. <sup>(19)</sup>. Los médicos familiares deben lograr que las familias se vean influenciadas sobre la responsabilidad de involucrarse en el tratamiento del miembro enfermo para mantener un control óptimo, ejecutando cada una de las funciones que corresponden a la familia y aplicando niveles de intervención familiar.

Las principales dificultades de salud se presentan frecuentemente en la atención primaria con repercusión a nivel individual y familiar de ahí la importancia de realizar una enfoque e intervención familiar completo, siendo el médico de familia el encargado de resolver la mayoría de patologías crónicas mediante el abordaje

familiar y la aplicación de instrumentos con el fin de solventar problemas por parte de los pacientes. <sup>(43)</sup>

La intervención familiar implica un proceso en constante transformación enfocado a la resolución de dificultades clínicas del paciente en el contexto individual y familiar, sin excluir el entorno social, comunitario en el que se desenvuelven a través de actividades que contribuyan a paliar la presencia de los mismos, permitiendo discernir el beneficio de la participación familiar en búsqueda de la recuperación del estado de salud, mejoramiento de la calidad de vida y/o equilibrio de la familia. <sup>(44)</sup>

La relación médico-paciente-familia es una interacción tridireccional basada en la ética y la confianza, cuyo objetivo principal es concentrarse en el paciente, apoyándose en el equipo de salud y la familia. Se considera como una de las relaciones humanas más complejas e intensas, ya que la interacción crea conocimientos y deseos por parte del enfermo, que tiene su origen en el quehacer clínico y constituye el núcleo fundamental de la medicina. <sup>(54)</sup>

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un problema en su funcionamiento como en su composición, debido a la desorganización que produce y que impacta en cada uno de los integrantes. Para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando, generando cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo. <sup>(54)</sup>

Además, la funcionalidad del sistema familiar presenta un desequilibrio debido a los cambios que se producen en relación con la enfermedad, no siguen un patrón específico, más bien están dados por las propias características familiares, como la etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico y la función que cubra la enfermedad. <sup>(54)</sup>

En caso de afección aguda-grave se puede observar que el grado de desajuste es muy grande, dada la necesidad de cambios homeostáticos en breves lapsos, generalmente de corta duración, ya sea por la rehabilitación del enfermo o por su muerte; la enfermedad que tiende a la cronicidad hace que el paciente “sea etiquetado como diferente”, ya sea por el tipo de expectativas que posee, por las nuevas necesidades de cuidados y alimentación, por su aspecto físico, por su autoestima, por su capacidad de trabajo, etc. <sup>(54)</sup>

Lo anterior afecta el tipo de relación interpersonal con los miembros de la familia y con sus conocidos. Esta relación puede evolucionar lentamente hasta el deterioro irreversible. La condición de cronicidad puede progresar a situaciones de estrés crónico en el sistema, que impactan el funcionamiento de la familia, y la evolución de la propia enfermedad. Durante todo este proceso la familia sufre al igual que el paciente generando cambios desastrosos dentro del seno familiar. <sup>(54)</sup>

Para la evaluación de la funcionalidad familiar es necesario explorar la dinámica, salud y estructura familiar; accediendo a una visión integral tanto del paciente como de los integrantes de la familia, valorando como un sistema familiar a través del uso y aplicación de instrumentos autoaplicables y observacionales que aportan un enfoque interno y externo, respectivamente de la funcionalidad familiar. <sup>(45)</sup>

Una vez efectuada la valoración de la funcionalidad familiar es importante intervenir sobre ella, mediante la realización de acciones por parte del equipo de salud, dotando a cada integrante la capacidad de resolución de problemas mediante los niveles de intervención, fundamentados en el nivel de involucramiento familiar. Los instrumentos permitan detectar problemas de disfunción familiar, somatizantes y trastornos psicológico-laborales, útiles para el diagnóstico del médico familiar. <sup>(46)</sup>

## INSTRUMENTO FASCES III

### FACES III (escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar)

A termino de los años sesenta, Olson DH, Portherj, Lavee Y, crearon este instrumento para hacer operativas dos de las tres dimensiones del modelo circunflejo de los sistemas Familiares y conyugales, el cual tiene como propósito proveer enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias. <sup>(20)</sup>.

Esté modelo integra tres dimensiones de la vida familiar: cohesión, adaptabilidad y comunicación, las dos primeras son fundamentales. El instrumento es fácil de aplicar y calificar, consta de 20 ítems con una puntuación en la escala de 1-5 para cada uno de ellos, califica cohesión y adaptabilidad, los valores posibles mínimo y máximo de 20-100 puntos, en donde 10-50 para cohesión y adaptabilidad respectivamente. <sup>(35)</sup>

La cohesión se obtiene de la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones: Desvinculada 10-34, separada 35-40, conectada 41-45 y enmarañada 46-50. Se caracteriza por el grado de relación de los integrantes de una familia perciben entre sí, asociado a unión afectiva, apoyo, fidelidad, interdependencia; generando valores, creencias e intercambio de ideas y afectos. <sup>(47)</sup>

La cohesión familiar evalúa el grado de conexión o separación entre sus miembros, definida como un vínculo emocional, donde se obtiene tres dimensiones centrales del comportamiento familiar; desvinculada (muy baja) o desprendida, presenta ausencia de unión afectiva, de lealtad y alta independencia personal; separada (baja a moderada) existe cierta lealtad, unión afectiva e interdependencia con tendencia a la independencia. <sup>(49)</sup>

La cohesión conectada (moderada alta), llamada también unida, comprende una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia, con tendencia a la

dependencia, la enmarañada o muy alta (enredada), abarca la máxima unión afectiva, fuerte exigencia de fidelidad y lealtad, con grado alto de dependencia. <sup>(50)</sup>

La adaptabilidad es el resultado de la suma de los puntajes obtenidos en los ítems pares: rígida 10-19, estructurada 20-24, flexible 25-28 y caótica 29-50. Comprende estrategias de solución en la familia para adaptarse, cambiar su estructura de poder, negociar reglas y roles, en respuesta a problemas, dificultades o cambios que se presentan. <sup>(47)</sup>

Evalúa la capacidad de cambiar la estructura de poder, relaciones de roles y reglas, relacionadas en respuesta al estrés situacional o evolutivo. Caótica se caracteriza por ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes. La flexible, se observa liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios. <sup>(50)</sup>

La Adaptabilidad estructurada cumple liderazgo y roles compartidos ocasionalmente, con cierto grado de disciplina democrática, los cambios solo se dan si son solicitados. Rígida ejecuta un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y sin cambios. <sup>(50)</sup>

La comunicación familiar se caracteriza por dimensión sencilla, con habilidades positivas: empatía, comentarios de apoyo, escuchar, etc. En ella se comparten sus necesidades y preferencias, en tanto se relacionen con la cohesión y adaptabilidad. Habilidades negativas: doble vínculo, mensaje y crítica; reducen la capacidad de los integrantes para compartir sus sentimientos, restringiendo sus movimientos en las otras dos dimensiones. <sup>(50)</sup>

La escala tiene un índice de confiabilidad de entre 0,81 y 0,87 de Alfa de Cronbach. Fue diseñado para ser aplicado a los miembros de la familia, pero de manera separada. Sugiere que incluso pueden incorporar a jóvenes de 12 años o más. <sup>(48)</sup> Los autores tratan de proporcionar la perspectiva interna del funcionamiento familiar.

Las medidas de cohesión, adaptabilidad y comunicación, se organizan en el modelo Circunflejo que facilita la identificación de 16 tipos de familia, que dan origen a la escala de cohesión y adaptabilidad familiar (CAF).<sup>(50)</sup>

#### TIPOS DE DINÁMICA.

La adecuación entre cohesión y adaptabilidad, determina tres niveles de funcionamiento familiar. En el rango balanceado, las familias son centrales en ambas dimensiones, entre sus características se encuentra habilidad por experimentar y balancear los extremos de independencia familiar; con libertad de estar solos o conectados. Se subdivide en Flexible -separada, flexible conectada, estructurada conectada y estructurada separada.<sup>(49)</sup>

En rango medio, el funcionamiento presenta algunas dificultades, las cuales pueden ser originadas por momento de estrés; se clasifica como caótica separada, caótica conectada, rígida separada, rígida conectada, flexible desligada, flexible amalgamada, estructurada desligada y estructurada amalgamada.<sup>(49)</sup> En el lado extremo, el funcionamiento es el menos adecuado; comprende: caótica desligada, caótica amalgamada, rígida desligada y rígida amalgamada.<sup>(50)</sup>

Para su validez se aplicó a 270 familias de atención primaria al sur de la ciudad de México en 1945 durante los meses de marzo a julio. Con una confianza de 95%, error 0,06 de error y  $p=0,5$ ,  $q=0.5$  de variabilidad, el tipo de muestreo de las familias fue aleatorio, estratificada y con representación proporcional por AGEB.<sup>(35)</sup>

El análisis estadístico se realizaron 5 procedimientos: Alfa de Cronbach, división en mitades, Guttman, paralelo y paralelo estricto. El análisis se realizó mediante el programa estadístico SPSSV.6.0 en el departamento de Computo de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.<sup>(21)</sup>

## ESCALA DE ESPEJEL

Instrumento conformado de 40 ítems, que investigan 9 áreas que valoran el funcionamiento dinámico, sistémico y estructural de la familia tales como: territorio o centralidad, roles, jerarquías, límites, modos de control de conducta, alianzas, comunicación, afecto y patología. Contiene un genograma, datos sociodemográficos, económicos y características de la vivienda. Cada área incluye de 2 a 5 preguntas. <sup>(22)</sup>.

Unidad de medición: cada pregunta tiene un valor que va del 1 al 4 (1= disfuncionalidad, 2= poco Funcional 3= medianamente funcional, 4= funcional). Según los criterios de Calificación para LA Escala de Funcionamiento Familiar. Posteriormente se suma el puntaje global y se realiza la conversión al puntaje total, en la cual se obtiene el grado de disfunción o funcionalidad <sup>(22)</sup>. Tabla 1.

Tabla 1: áreas de escala de Espejel.

FUNCIÓN	DISFUNCIONAL	FUNCIONAL
Autoridad: 1,3,4,5,11,12,14,28,39,40.	≤33	› 34
Control: 8,10,17,26,31,34,35,40.	≤26	› 27
Supervisión: 16,25,26,28,30.	≤15	› 16
Afecto: 22,23,24,27,31,32,33.	≤22	› 23
Apoyo: 7,16,18,20,39,40.	≤16	› 17
Conducto Descriptiva: 5,9,36,37,38,39,40.	≤24	› 25
Comunicación: 4,10,15,18,19,21,22,36,38.	≤31	› 32
Afecto negativo: 6,15,29,34.	≤14	› 15
Recursos: 2,12,13,14,17,40.	≤21	› 22

## TIPOLOGIA FAMILIAR

La familia es la institución por excelencia, provee el bienestar básico del individuo y constituye la unidad primaria de salud, tiene como características la unidad que satisface necesidades como la reproducción, cuidado afecto y socialización, entre otras; afecta el desarrollo y crecimiento de los individuos, cuándo las familias tienen a uno de los integrantes con necesidades especiales, todos los miembros. <sup>(23)</sup>.

La familia deriva de la raíz latina famulus que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo famul que se origina de la voz osca famel, esclavo doméstico. (24) En Roma antigua, el nombre de familias se daba al conjunto formado por esposas, hijos, esclavos y sirvientes que eran propiedad del páter, quien poseía la patria potestad y ejercía el derecho sobre la vida y la muerte de todos ellos. <sup>(24)</sup>

La OMS comprende como parte de la familia a los miembros del hogar emparentados entre si hasta un grado determinado por sangre, adopción y Matrimonio. Según el consenso canadiense define a la familia como “esposo y esposa con o sin hijos; o padre y madre solo con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo”. La familia es la única institución social encargada de transformar un organismo biológico en un ser humano, según le Play-Proudhon “es la célula básica de la sociedad”. <sup>(40)</sup>

Partiendo de ello la familia es un sistema abierto en constante interacción con los entornos histórico, social, económico y cultural; no es una unidad homogénea en su conformación, lo cual indica que no todas están integradas de igual manera. El estudio de la tipología familiar implica identificar con que elementos está integrada (nuclear, extensa, etc). Se requiere ubicar el grado de desarrollo alcanzado por la familia dentro de su contexto económico (arcaica, tradicional y moderna), valorar el contexto demográfico de la familia (urbana, suburbana y rural). <sup>(25)</sup>

Es importante identificar el comportamiento antropológico (distribución del poder, jerarquía, roles y tipo de liderazgo: familia apartada y familia enredada), encontrar la calidad y cantidad de interacciones en relación con la satisfacción de las necesidades de sus miembros (familia funcional satisfactoria, familia funcional insatisfactoria, familia disfuncional satisfactoria e insatisfactoria).<sup>(25)</sup>

Según el desarrollo de la familia. es una unidad macrosocial totalmente dependiente de su estructura social global, de la cual recibe sus características y valores fundamentales. En su estructura y dinámica refleja las peculiaridades y problemáticas de la sociedad en general, que es la macroestructura; en nuestro medio está formado por familias relacionadas entre sí, en donde cada persona es miembro de dos familias.<sup>(25)</sup>

Familia Moderna: plantean la idea de un esquema social al cual representa y que podemos encontrar con frecuencia en niveles socioeconómicos altos. Se refiere a la familia en la que la madre trabaja en iguales condiciones que el padre o aquella sin figura paterna donde la madre trabaja para sostener la familia.<sup>(25)</sup>

Familia Tradicional: Representada por las familias de clase media siendo, las más numerosas. Tienen como rasgo fundamental la transmisión de modelos socioculturales como son las tradiciones familiares, los valores sociales y de vida. Es aquella en la que el padre es el único proveedor de sustento para la familia y la madre se dedica al hogar y a los hijos.<sup>(25)</sup>

Familia Arcaica o Primitiva: predeterminada por factores socioculturales y demográficos, además de los elementos de identificación cultural; este tipo de familias cuenta con menos oportunidad de acceso a los niveles de satisfactores individuales (familias indígenas). Su prototipo es la familia campesina que se sostiene con los productos de la tierra que trabajan.<sup>(25)</sup>

## SEGÚN LA DEMOGRAFÍA DE LA FAMILIA

Familia Rural: Habita en el campo y no cuenta con todos los servicios intradomiciliarios. Suburbana: Tiene las características del medio rural, pero está ubicada dentro de medio urbano. Urbana: Se encuentra en una población grande y cuenta con todos los servicios. <sup>(25)</sup>

## SEGÚN LA INTEGRACIÓN DE LA FAMILIA:

Integrada: Ambos conyugues viven en la misma casa y cumplen con sus funciones respectivas. <sup>(25)</sup> Semi integrada ambos conyugues viven en la misma casa, pero no cumplen adecuadamente sus funciones. <sup>(25)</sup> Desintegrada Los conyugues se encuentran separados. <sup>(25)</sup>

## SEGÚN LA COMPOSICIÓN DE LA FAMILIA

Nuclear: cuenta con esposo, esposa con o sin hijos. En la extensa conyugues e hijos viven junto a otros familiares consanguíneos, por adopción o afinidad. Extensa compuesta: los anteriores que además conviven con otros sin nexo legal. <sup>(25)</sup>

## SEGÚN LA OCUPACIÓN DE LA FAMILIA

Este tipo de familia se refiere a la ocupación del padre o del jefe de familia, puede definirse como campesina, obrera, comerciante, empleada. <sup>(26)</sup>

## SEGÚN SUS COMPLICACIONES

Interrumpida: Aquella en la que la unión conyugal se disuelve ya sea por separación o divorcio. Contraída cuando fallece uno de los padres. Reconstruida: Se aplica a la familia en la que uno o ambos conyugues tuvo una pareja previa. <sup>(26)</sup>

## SEGÚN SU FUNCIONALIDAD

Familias Funcionales: Son aquellas familias en las cuales se considera que cumplen todas las funciones además de permitir un mayor o menor desarrollo de sus integrantes. <sup>(26)</sup>

Familia Disfuncional: Son familias que en mayor o menor grado no actúan según lo que de ellas se espera en relación con las funciones que se le tienen asignadas. <sup>(26)</sup>

Existen diversos autores que clasifican a la familia de acuerdo a su tipología, el antes mencionado se basa en la clasificación integral de las familias según E. Irigoyen; Luis de la Revilla Ahumada cataloga a las familias en nuclear (ampliada, simple, numerosa) binuclear, extensa, monoparental, sin familia y equivalentes). Según Torres por composición de núcleos familiares, Huerta agrega familias reconstruidas, consanguíneas, modificada, compuesta y múltiple en su clasificación. <sup>(36)</sup>

### III. JUSTIFICACIÓN:

La hipertensión arterial es una de las enfermedades con mayor número de pacientes en el primer nivel de atención, cada año se observa un aumento gradual de esta entidad, a pesar de que la forma de diagnóstico es clínica, muchas veces se inicia la terapéutica de forma tardía, debido a diversos factores tales como ser una enfermedad silenciosa al inicio, la falta de aceptación de padecer la enfermedad o el no querer iniciar un tratamiento farmacológico de manera temprana. <sup>(18,51)</sup>

La prevalencia de hipertensión en México se encuentra entre las más altas (Kearney PM, 2005). En nuestro país, según la Encuesta Nacional de Salud 2012, la prevalencia reportada de hipertensión arterial es de 31.5% y en adultos con obesidad se incrementa a 42.3% y con diabetes a 65.6%. lo que trae como consecuencia un gran número de pacientes con esta condición, con diversos factores y en diversos subsistemas familiares en los que se encuentran. <sup>(18)</sup>

Considerado como factor potente de enfermedades cerebro – cardio - vasculares, un inadecuado control puede generar complicaciones a otros órganos e incluso de forma aguda generar crisis hipertensiva. Estudios recientes encuentran que no solo la presencia de factores genéticos genera mayor impacto en cuanto el comportamiento de los niveles de las cifras tensional, los ambientales generan un impacto igual o mayor. <sup>(52)</sup>

La prevención, el diagnóstico y manejo inicial y oportuno deben ser detectados en el primer nivel de atención en salud, así como aquellos factores externos que condicionen o favorezcan su aparición o modifique de alguna forma la evolución de la misma; el impacto que genere en la familia, alteraciones en el funcionamiento y dinámica familiar.

La aparición de una enfermedad crónica en alguno de los miembros de la familia puede representar un problema en su funcionamiento y en su composición ya que

impacta en cada uno de sus miembros originando una crisis, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar. <sup>(53)</sup>

Partiendo de ello, la importancia de conocer el funcionamiento familiar, así como las variables sociodemográficas relacionadas al padecimiento, tipología que predomina y datos personales propios de cada enfermo tratante; siendo el médico de familia que a través de estos conocimientos brindar al derechohabiente orientación sobre grupos de apoyo, realizar los niveles de intervención correspondiente y lograr una mejora en la calidad de vida en ellos.

Se usarán dos escalas de funcionamiento familiar (FACES III Y ESPEJEL) enfocados en valorar el funcionamiento familiar en familias mexicanas. Observar la relación o concordancia valorando distintos puntos, pero con un objetivo similar; desde el punto de vista del paciente enfermo y su relación con los factores acompañantes o asociados.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

La Hipertensión arterial se establece con valores de tensión arterial sistólica igual o mayor de 140 mm Hg y tensión arterial diastólica mayor o igual de 90 mm Hg, al menos en tres ocasiones en diferentes días (Schoenenberger AW, 2014). Estos criterios son utilizados para el diagnóstico inicial en cualquier población. (Mancia G, 2013). La etiología de la hipertensión arterial es desconocida, sin embargo, se considera factores genéticos y ambientales que se combinan para provocar efectos en el sistema cardiovascular y en la estructura renal (Ramsay SE, 2015).

El incremento de casos de personas con hipertensos se ha elevado a una tasa porcentual aproximada del 60%. De esta manera, aquellos normotensos a los 55 años, dos terceras partes de los hombres y una tercera parte de las mujeres desarrollarán hipertensión al llegar a los 70 años de edad. Por lo tanto, se estima que para el 2050, alrededor de 20% de la población mundial será mayor de 80 años y con lo que ocurrirá un incremento lineal en la prevalencia de hipertensión arterial (Kapoor P, 2013).

Se observa un papel importante en la relación del paciente con los miembros de su familia, partiendo de esta premisa, pretendemos identificar la funcionalidad y tipología familiar en los que se desenvuelven los pacientes con hipertensión arterial, para poder realizar los niveles de intervención adecuados y lograr mejoras en la calidad de vida. Considerando el primer nivel de atención como el primer paso de identificar el problema que pudiera alterar el funcionamiento y control a pacientes enfermos. <sup>(53)</sup>

Por lo anterior nace la pregunta de investigación:

Conocer la funcionalidad y tipología familiar en pacientes con hipertensión arterial en tratamiento adscritos a la unidad de medicina familiar número 11 del instituto mexicano del seguro social, Tapachula, Chiapas.

## **V. OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar el grado de funcionalidad y tipología familiar, en pacientes con hipertensión arterial sistémica adscrito a la unidad de medicina familiar número 11 de Tapachula, Chiapas.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Conocer la tipología familiar más frecuente en pacientes con Hipertensión Arterial.
- Identificar la funcionalidad familiar en pacientes con Tratamiento de esta enfermedad.
- Determinar la funcionalidad familiar en pacientes con mejor control de cifras tensionales de sus últimas consultas en primer nivel de atención.
- Identificar el grado de cohesión y flexibilidad más frecuente en estas familias
- Conocer los factores sociodemográficos y personales que se relacionan con la funcionalidad familiar.

## V. HIPÓTESIS

- La Familia funcional estará presente en el mayor de los 60% de los encuestados con buen control de Hipertensión arterial.
- A mayor control de la hipertensión arterial mejor función familiar.
- La familia nuclear se asocia a mejor función familiar, por lo consiguiente a mejor control de enfermedad hipertensiva.
- El grado de cohesión y adaptabilidad se relaciona con el control de la hipertensión en pacientes en estudio.
- A mayor factores sociodemográficos mayor disfunción familiar.
- 60% de los pacientes con familia funcional serán mujeres
- Pacientes con una familia funcional, usarán 1 solo fármaco antihipertensivo.

## **VI. MATERIAL Y MÉTODOS:**

### **TIPO Y CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO:**

Se llevará a cabo un muestreo no probabilístico por conveniencia, se utilizará una muestra, la cual se obtiene a través de la fórmula de proporción de una población finita, los cuales se les aplicará instrumentos para valorar la funcionalidad y tipología familiar de pacientes que reúnan los criterios de inclusión. Los cuáles serán reunidos en una base de datos para su análisis y resultados.

Se realizará un estudio descriptivo, de carácter retrospectivo, transversal y diseño analítico, que se determinará por todos los pacientes que reúnan los criterios de selección, siguiendo criterios de conveniencia y aleatorio, Se aplicará un instrumento previamente validado por expertos formulado específicamente para este estudio (escala FACES III), así como un cuestionario de información de acuerdo a las variables y se aplicará el instrumento de Espejel para familias mexicanas. La información será capturada a través de una base de datos JMP versión 5.0.1, SAS INSTITUTE 2003, y el apoyo de Excel 2016. Se realizará el análisis univariado con medidas de tendencia central; dispersión para variables cualitativas.

### **DEFINICIÓN DEL UNIVERSO:**

La población a estudiar estará integrada por pacientes que hayan asistido a la consulta externa de la unidad de medicina familiar número 11, a control de hipertensión arterial y que se encuentren con tratamiento farmacológico y no farmacológico. Los pacientes en estudio serán obtenidos de los datos estadísticos de ARIMAC, para calcular la población y cumplan los criterios para la participación en la investigación; previo llenado de autorización de consentimiento informado.

## **LUGAR DEL ESTUDIO:**

Se llevará a cabo en la Unidad de Medicina Familiar número 11, del IMSS, ubicado en Tapachula, Chiapas.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA:**

Tamaño de la muestra de un total de 2064 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica registrados en las tarjetas de control de dicho padecimiento y que reúnan los criterios de inclusión.

Tipo de muestreo: probabilístico aleatorio simple. En el que se obtuvo una muestra representativa, de forma aleatoria, obteniendo un total de 283 pacientes.

## **FÓRMULA:**

Para determinar el tamaño de la muestra se consultó el diagnóstico de pacientes de la UMF número 11 adscritos y registrados hasta en marzo del 2021, para conocer la totalidad de los pacientes con diagnóstico de HAS adscritos a la UMF, se determinó por medio de la fórmula de proporciones para una población finita de la siguiente manera:

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

donde:

N= población de pacientes con el diagnóstico de HAS de la UMF 11 = 2064

Z= área bajo la curva de lo normal para un nivel de confiabilidad de 95%= 1.96

D= Margen de error de 5% (valor estándar de 0.05)

P= prevalencia estimada de HAS en este grupo de edad es de: 0.308

Q: 1-0.308=0.692

$$\frac{N = (2064) (1.96)^2 (0.308) (0.692)}{(0.05)^2(2064-1) + (1.96)^2(0.308) (0.692)}$$

$$\frac{N = (2064) (3.8416) (0.213136)}{(0.0025) (2063) + (3.8416)(0.213136)}$$

$$\frac{N = (2064) (0.818783258)}{5.1575+ (0.818783258)}$$

$$\frac{N = 1689.96864}{5.97628326}$$

$$N = 282.77$$

#### **CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Pacientes de ambos sexos, mayores de edad, con el diagnóstico previo de Hipertensión arterial sistémica y que se encuentren registrados en tarjetas de control de pacientes crónicos hipertensos.
- Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial, que lleven tratamiento y/o seguimiento en ambos turnos en la UMF número 11, Tapachula Chiapas.
- Pacientes que sepan leer y escribir, o que, en el caso de ser analfabeta, extrema edad de la vida y desee participar, responder las escalas de forma verbal y/o explicar en caso de algunas dudas que surgieran durante el llenado del test.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Pacientes en estado gestante.
- Pacientes que presenten alguna incapacidad física y/o mental que impidan contestar el llenado de los instrumentos de medición.
- Pacientes que no acepten participar.

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:**

- Pacientes que se retiren o abandonen el estudio.
- Que no hayan llenado las encuestas o respondido conforme a las instrucciones correspondientes en menos del 90% de los reactivos.

### **CARACTERÍSTICAS DEL INSTRUMENTO:**

Se elaboró un instrumento para la recolección de información sociodemográfica, familiar y del padecimiento del cual se habla, donde se contemplan variables dependientes e independientes.

### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO:**

Se realizó un estudio variado y univariado, la información se manejará en paquetería de manejo de datos de Excel versión 2016 derechos reservados. Para el análisis se utilizará el paquete estadístico IBM SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences), IBM Corp. Versión 20.0.0 2011, derechos reservados. Se elaboraron tablas descriptivas sobre las características de la población de estudio, se analizan las medidas de tendencia central y dispersión, y funcionalidad familiar.

## **PROCEDIMIENTO**

La actual investigación se someterá a revisión por el Comité Local de Investigación en salud número 703 y por el comité de ética de Investigación en Salud número 7038 de la Unidad de Medicina Familiar número 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

En el caso de ser aceptado será registrado al Sistema de Registro electrónico de Comité de Investigación (SIRELCIS), una vez obteniendo el registro y autorización se solicitará mediante un documento al director de la UMF autorización para la recolección de datos. Finalmente, los resultados podrán ser proporcionado mediante un análisis de información a los derechohabientes participantes.

Se llevará acabo una revisión y un análisis de las encuestas de conocimientos sociodemográficos, FACES III y Espejel.

El presente proyecto se realizará en dos etapas, primero recolección de datos, en la segunda interpretación de resultados.

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL, UNIDADES DE MEDIDA Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN O INDICADOR</b>
Edad	Tiempo de vida que transcurre a partir del nacimiento	Número de años cumplidos desde el nacimiento al momento de la encuesta	Cuantitativa	Discreta: Edad en años
Genero	Condición orgánica que distingue un hombre de la mujer	Fenotipo externo	cualitativa	Nominal Hombre mujer
Ocupación	Actividad, oficio o empleo realizado actualmente, en relación obrero patronal del cuidador	Tipo de trabajo ejercido al momento de la encuesta	cualitativa	Nominal: desempleado, Campesino, obrero, técnico, profesional, pensionado, ama de casa, otros
Nivel de Escolaridad	Grado académico obtenido en cualquiera de los niveles del sistema educativo nacional	Último grado cursando al momento de realizar el estudio	Cualitativa	Ordinal Analfabeta Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura
Parentesco	Vinculo o relación que une a las	Relación que tienen las	cualitativa	Nominal Esposo

	personas que se hallan unidas por un convenio o sangre	personas que habitan en el mismo hogar		Esposa Padre Madre Hijo (a) Tío (a) otros
Funcionalidad familiar	Conjunto de relaciones interpersonales que se genera en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia.	Aquella que cumple con todas las funciones, que se desarrollan de forma adecuada de acuerdo a las interacciones personales.	cualitativo	Ordinal Familia: Funcional Familia disfuncional
Enfermedad	Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa.	Conjunto de signos y síntomas que afectan la función y actividad humana.	cualitativa	Nominal Enfermedades infectocontagiosas, crónicos degenerativos, alérgicas, mentales. Entre otras.
Estado civil	Clase o condición de una persona en el orden.	Situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia.	Cualitativa	Nominal: Soltero Casado Unión libre divorciado viudo

Lugar de residencia	Zona geográfica de donde vive	Localidad o municipio en el que radica al momento del estudio.	Cualitativa	Nominal: Rural Urbano Suburbano
Tipología familiar	Características y/o elementos a que conforman una familia	Se toma en cuenta lo que el paciente responde en cuestionarios	Cuantitativa	Moderna, tradicional, primitiva, nuclear, rural, subrural, etc
Tiempo de diagnóstico de HAS	Tiempo que ha transcurrido en años desde el diagnóstico inicial de HAS hasta la actualidad	Número que exprese en años el paciente en la encuesta	cuantitativa	Discreta: Menos de 1 año 1 año a 5 años 5 – 10 años 10-15 años 15-20 años Mayor a 20 años
Cantidad de medicamentos antihipertensivos	Numero de fármacos que consume el paciente para el tratamiento de HAS	Numero de medicamentos que reporte en la encuesta	Cuantitativa	Discreta: Numero de medicamentos 1,2,3,4

## **TIPOS DE VARIABLES:**

### VARIABLES INDEPENDIENTES

- Edad
- Ocupación
- Lugar de residencia
- Estado civil
- Sexo
- Escolaridad
- Enfermedad
- Parentesco
- Tiempo de diagnóstico

### VARIABLES DEPENDIENTES:

- Funcionalidad familiar
- Tipología familiar
- Cantidad de medicamentos antihipertensivos

## **RECURSOS PARA EL ESTUDIO:**

### **HUMANO:**

- Médico residente de medicina familiar
- Un asesor metodológico y de contenido.

### **MATERIALES:**

- Memoria USB
- Impresora
- Computadora
- Lápices
- Hojas blancas
- Lapiceros
- Carpetas / folders
- Sacapuntas
- Cubrebocas Kn95
- Gel antibacterial
- Hoja de recolección de datos

### **FINANCIEROS:**

Recursos propios de la investigación

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS:**

El presente estudio de investigación tuvo apego a la Ley General de Salud, cumpliendo con los requisitos de pautas internacionales para la investigación y experimentación biomédica en seres humanos. Manteniendo la confidencialidad, privacidad y anonimato de los participantes en el proyecto.

Así también se apega a los lineamientos con el documento 2810-003-002 emitido por el instituto mexicano del seguro social (IMSS) sobre el procedimiento para la evaluación, registro, seguimiento, enmienda, y cancelación de protocolos de investigación haciendo hincapié que el actual proyecto será evaluado ante el Comité Local de Investigación en Salud 703 y el Comité Local de Ética de Investigación 7038 correspondiente a la unidad de medicina Familiar número 13, Chiapas.

De acuerdo a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud en México (secretaría de Salud 1986); En su título segundo “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”. La presente investigación se considera sin riesgo de acuerdo a lo establecido en el capítulo I Disposiciones comunes, Artículo 17 Párrafo 1, Investigación sin riesgo.

Para proteger la privacidad de los participantes, el instrumento de recolección de datos no llevó nombre, antes de aplicarlo se brindó una explicación que pueda ser comprendida, sobre la justificación y objetivos de la investigación, respondiendo preguntas, y realizando aclaración ante cualquier duda del procedimiento, se menciona la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se formen prejuicios para continuar con su forma de trabajo según las fracciones I, VI, VII y VIII.

Con respecto al consentimiento informado, se estableció lo determinado en el Artículo 23 del mismo reglamento: “En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento

informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado”.

Este estudio se basará en los principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; “Principios Éticos de Investigaciones Médicas en Humanos adoptadas por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975, 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983, 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989, 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996, 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000, Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002, Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004, 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

## I. Principios básicos

1. La investigación biomédica que implica a personas debe concordar con los principios científicos aceptados universalmente. La declaración de Ginebra de la asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula “velar por la salud del paciente.

A. El diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique a personas debe formularse claramente en un protocolo, el cual debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente, independientemente del investigador y del promotor, siempre que este comité independiente actúe conforme a las leyes y ordenamientos del país en el que se realice el estudio experimental.

2. La investigación biomédica que implica a seres humanos debe ser realizada bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente. La

responsabilidad con respecto a las personas debe recaer siempre en el facultativo médicamente cualificado y nunca en las personas que participan en la investigación, por mucho que éstas hayan otorgado su consentimiento.

3. La investigación biomédica que implica a personas no puede llevarse a cabo lícitamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para las personas. Está sujeta a normas éticas que promueven la seguridad del paciente y sus derechos.
4. Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.
5. Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.
6. En la investigación médica es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho de la autodeterminación, la intimidad, la confidencialidad de la información personal de las personas que participen en la investigación, aunque haya otorgado su consentimiento.
7. En la publicación de los resultados de su investigación, el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos. Los informes sobre experimentos que no estén en consonancia con los principios expuestos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

8. En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación.
9. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efecto de algunas enfermedades, para mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas.
10. En el momento de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, el médico debe obrar con especial cautela si las personas mantienen con él una relación de dependencia o si existe la posibilidad de que consientan bajo coacción. En este caso, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico no comprometido en la investigación y completamente independiente con respecto a esta relación oficial.
11. El protocolo experimental debe incluir siempre una declaración de las consideraciones éticas implicadas y debe indicar que se cumplen los principios enunciados en la presente Declaración.
12. El progreso de la medicina debe basarse en la investigación incluyendo a seres humanos.
13. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legal, o jurídico nacional e internacional disminuya o elimine cualquier medida de protección para las personas que participan en la investigación.
14. Se debe asegurar la compensación y tratamiento apropiado para las personas que son dañadas durante la investigación.

15. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, las intervenciones implican algunos riesgos y costos. Toda investigación médica con seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para las personas que participan en la investigación
  
16. Los médicos solo deben involucrarse en estudios de investigación con seres humanos siempre y cuando estén seguros que los riesgos han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria.

Con lo dispuesto en la declaración de Helsinki, las Guías éticas Internacionales para la investigación biomédica en su apartado referente a investigaciones con seres humanos, lo establecido en la OMS en materia de investigación en el reglamento de la ley general de salud en su título segundo capítulo 1, basados en los artículos 13, 14, 17 y 20. Y los que garantizan la seguridad del paciente dispuestos en el título quinto, acorde a los siguientes artículos:

96: comprende acciones del desarrollo que abarcan:

- I. Conocimiento de procesos psicológicos en los humanos.
- II. Vínculo entre causa de enfermedad, práctica médica y estructura social.
- III. Prevención y control de problemas de salud.
- IV. Estudio de técnicas y métodos que recomiendan las prestaciones de servicio de salud.

97: En conjunto la secretaria de Educación Pública, secretaria de salud y Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología orientan al desarrollo de la investigación científica y tecnológicas destinadas a la salud.

La norma Oficial mexicana 012 establece criterios para la elaboración de proyectos de investigación para la salud en seres humanos con el propósito de realizar aportaciones científicas y conocimientos en materia de salud.

## ANALISIS DE DATOS:

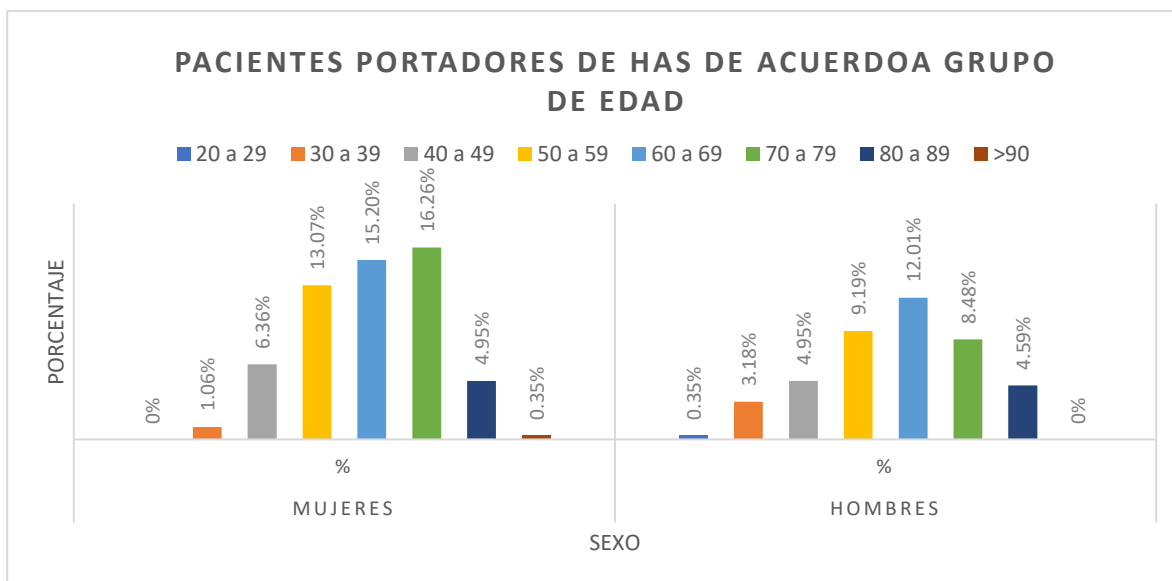
Con base a los datos obtenidos se realiza la recopilación de las variables sociodemográficas dentro de una muestra obtenida de 283 pacientes conseguidos con la fórmula de proporciones para una población finita, a partir de una población universal de 2064 pacientes, con diagnóstico de hipertensión arterial en control en la unidad de medicina familiar número 11, de Tapachula, Chiapas, que fueron seleccionadas de forma aleatoria, y que cumplieron con los criterios de inclusión.

Tomando en cuenta las variables independientes se observa que la edad promedio es de 64 años en la población muestra estudiada, siendo el grupo etario más frecuente de 60 a 69 años que corresponde al 27.20%, seguido del grupo de 70 a 79 años con un 24.73%, mientras tanto en los rangos extremos con menor número de personas tal como se muestra en la tabla 1 y gráfica 1.

GRUPO DE EDAD	MUJERES	%	HOMBRES	%	TOTAL	TOTAL %
20 a 29	0	0%	1	0.35%	1	0.35%
30 a 39	3	1.06%	9	3.18%	12	4.24%
40 a 49	18	6.36%	14	4.95%	32	11.31%
50 a 59	37	13.07%	26	9.19%	63	22.26%
60 a 69	43	15.20%	34	12.01%	77	27.21%
70 a 79	46	16.26%	24	8.48%	70	24.74%
80 a 89	14	4.95%	13	4.59%	27	9.54%
>90	1	0.35%	0	0%	1	0.35%
TOTAL=	162	57.24%	121	42.76%	283	100%

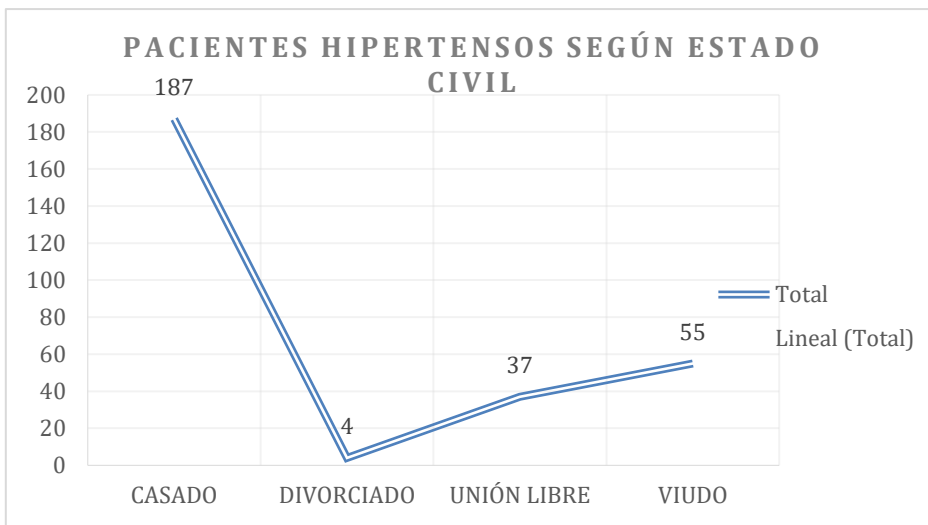
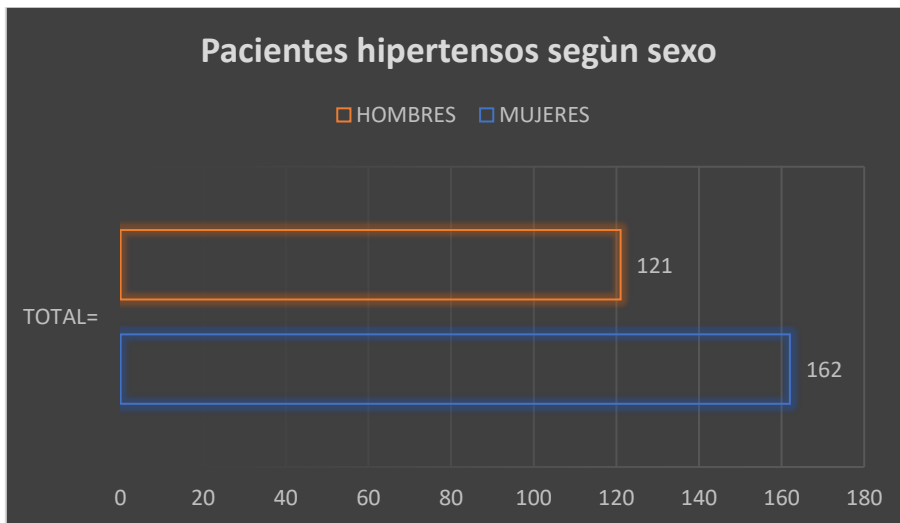
**TABLA 1.** Grupo etario de pacientes portadores de HAS acuerdo a sexo.

**Grafica 1.** Grupo etario de pacientes portadores de HAS acuerdo a sexo.



En cuanto a la clasificación por sexo de los 283 pacientes, presentó un predominio en el sexo femenino con un 57.24% en contra parte los del sexo masculino un 42.76% (Gráfica 2). Se construyó una distribución por grupo de edad y sexo en el cual se halla que el grupo de 60 a 69 años predominan las mujeres con un 15.20% mientras que los hombres 12.01%; del grupo de 70 a 79 años las mujeres superan con un 16.26% a los hombres con un 8.48%, así mismo en los grupos de 50 a 59 y de 40 a 49 años las mujeres superan en número en este estudio, siendo el grupo de 20 a 29 años donde se observa el predominio en hombre (tabla 1).

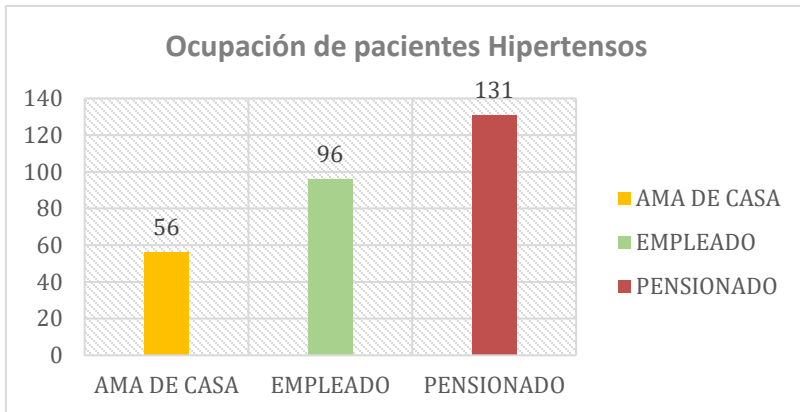
**Gráfica 2.** Pacientes hipertensos de acuerdo a sexo.



**Gráfica 3.** Estado civil de pacientes hipertensos del grupo en estudio

La red de apoyo, importante para afrontar diversos problemas, tales como el de una enfermedad, por lo que se toma en cuenta en este estudio el estado civil de la persona enferma, siendo la pareja además de los hijos y padres principal red de

apoyo familiar, se encontró que el estado civil de mayor prevalencia es casado con 66.08%, seguido del estado de viudez con un 26.44% un cuarto de la muestra en estudio (gráfica 3). En cuanto al grupo etario más frecuente también muestra la misma incidencia para ambos sexos (gráfico 5).



**Gráfico 4.** ocupación de pacientes hipertensos.

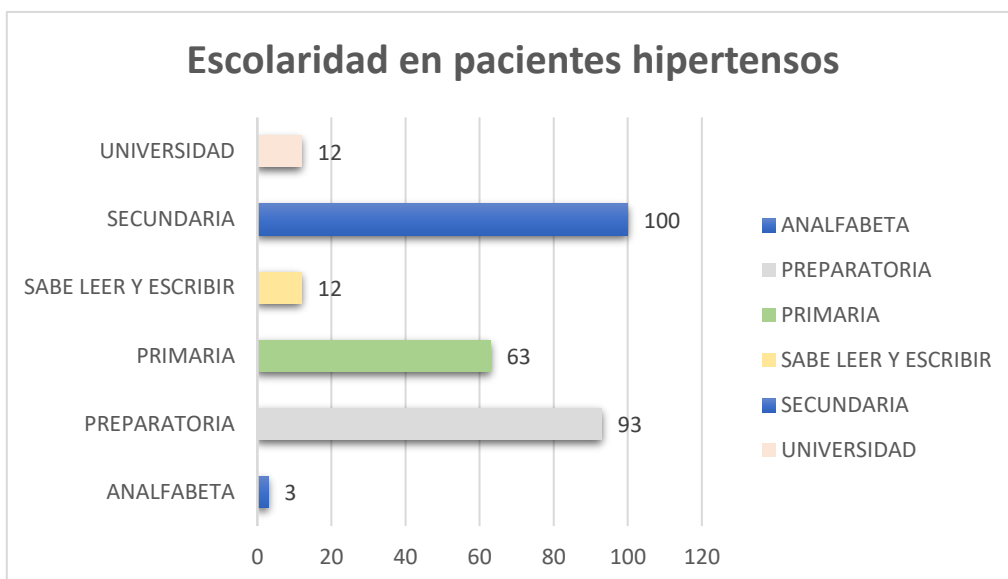
**Gráfico 5.** Estado Civil de pacientes hipertensos, del grupo de 60 a 69 años de edad.

Otras de las variables socio económicas que influyen en la funcionalidad familiar y en crisis para normativa en la familia de este grupo de estudio es la



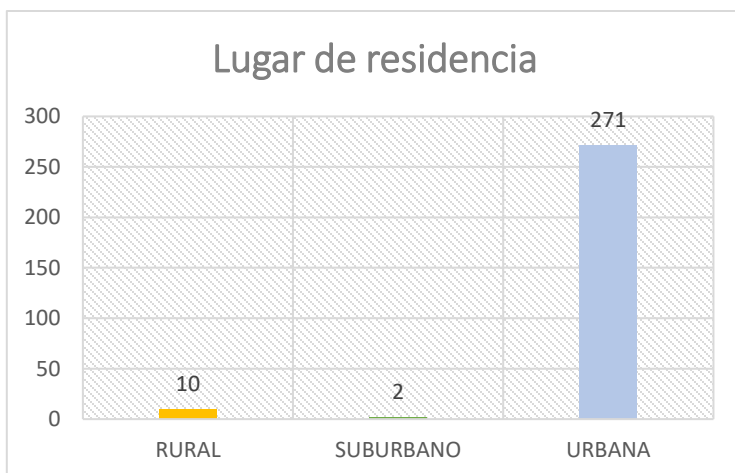
escolaridad, donde existe predominio del nivel básico con mayor porcentaje el nivel secundario con un 35.34%, ver gráfica 6. En cuanto la ocupación detectamos superioridad en pacientes en pensión con un 51.78%, sin embargo, llama la atención que el 33.92 % de estos pacientes son empleados, contribuyendo al ingreso familiar, gráfica 4.

En cuanto el lugar de residencia, la mayor parte de los pacientes que acuden al servicio de medicina familiar de la unidad modelo, a control de hipertensión arterial provienen de población Urbana un 95.41%, mientras que la rural representa un 3.53% del total. Tabla 7.



**Gráfica 6.** Nivel de escolaridad de pacientes hipertensos.

En cuanto el lugar de residencia, la mayor parte de los pacientes que acuden al servicio de medicina familiar de la unidad modelo, a control de hipertensión arterial provienen de población Urbana un 95.41%, mientras que la rural representa un 3.53% del total. Gráfica 7.



**Gráfica 7.** Lugar de residencia de pacientes Hipertensos.

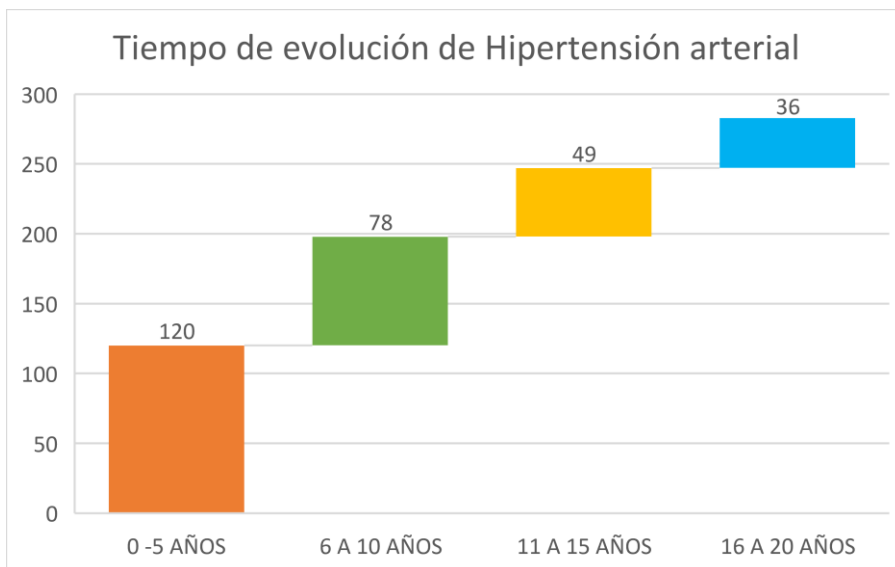
En relación a la enfermedad hipertensiva, las variables obtenidas asociadas al padecimiento, obtuvimos que la enfermedad asociada más frecuente es la diabetes mellitus tipo 2 con un 18.38%, seguido de Enfermedad renal crónica con un 2.47%, sin embargo, el 51.71 dice no padecer alguna otra enfermedad. Ver tabla 2.

ENFERMEDAD ASOCIADA	NÚMERO DE PACIENTES
SIN OTRA PATOLOGÍA	169
DM2	52
ERC	7
DISLIPIDEMIA	4
GONARTROSIS RODILLA	4
HIPOTIROIDISMO	3
HPB	3
INSUFICIENCIA CARDIACA	3
CATARATA	2
GLAUCOMA	2
HIPOACUSIA	2
IVP	2
NEUROPATIA DIABÉTICA	2
SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE	2
TRASTORNO DE ANSIEDAD	2
TUMOR COLON	2
ARRITMIA CARDIACA	1
ARTRITIS REUMATOIDE	1
ASMA	1
CaCu	1
DEPRESIÓN	1
PIE DIABETICO	1
E. PARKINSON	1
EPOC	1
GASTRITIS	1
HIPERURICEMIA	1
INSUFICIENCIA HEPÁTICA	1
MASTOPATIA	1
MENISCOPATIA	1
MIOMATOSIS	1
OBESIDAD	1
OSTEOPOROSIS	1
RETINOPATIA	1
SECUELA EVC	1
SINDROME UREMICO	1
TIÑA	1
TUMOR EN MAMA	1
TUMOR PROSTATA	1

**Tabla 2.** Lista de enfermedades presentes en pacientes con Hipertensión arterial.

Otro elemento importante que influye en la funcionalidad familiar es el tiempo de evolución de padecer una enfermedad crónica, en este caso, se encuentra mayor concentración dentro de los 5 primeros años de evolución con un 42.40%, seguido del grupo de 6 a 10 años con 27.56%, en los intervalos siguientes se observa un descenso en cuanto mayores años de vivir con esta patología, ver gráfica 8.

**Gráfica 8.** Tiempo de evolución de presentar Hipertensión arterial en los pacientes en estudio.



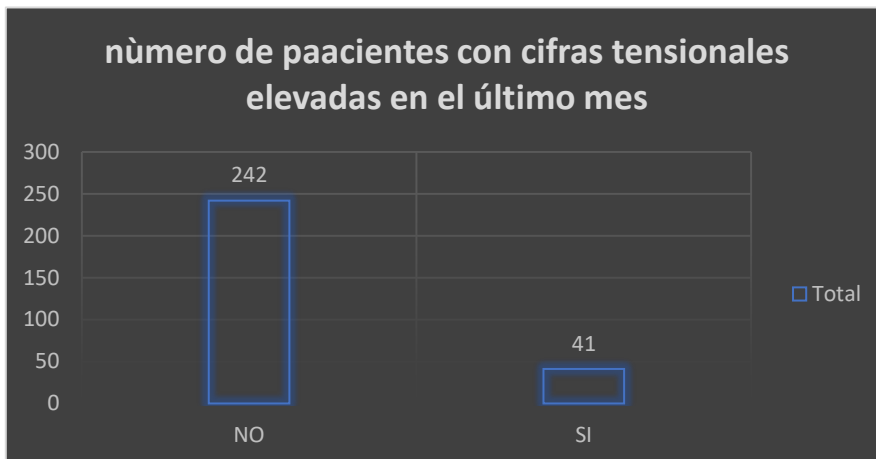
En base al tratamiento se observa que el 53.71% de los

pacientes recibe tratamiento de un solo fármaco, siendo el de elección los ARaII (78.95%) el 46.29% restante recibe tratamiento combinado específico para hipertensión arterial, encontrando la asociación ARaII más diurético la más frecuente (67.94%) ver tabla 3.

Familia de fármacos	Pacientes
ARA II	120
ARA II / ANTAGONISTA DE CALCIO	21
ARA II / BETA BLOQUEADORES	1
ARA II / DIURÉTICO	89
DIURÉTICOS / BETA BLOQUEADORES	5
IECA	32
IECA / ANTAGONISTA DE CALCIO	9
IECA / BETA BLOQUEADORES	1
IECA / DIURETICO	5
<b>total</b>	<b>283</b>

**Tabla 3.** Grupo de fármacos usados en el tratamiento de hipertensión arterial.

Tomando en cuenta la evolución de la enfermedad, obtuvimos a través de la encuesta de datos generales, que 242 pacientes no presentaron alzas de presión arterial en el último mes (gráfica 9), 41 presentó aumentos de las cifras con una relación hombre mujer de 20:21, el grupo por edad más afectado fue de 70 a 79 años muy ligeramente superior al de 60 a 69 años tal y como se describe en la tabla 4.



**Gráfica 9.** Pacientes que han presentado descontrol de presión arterial en el último mes.

**Tabla 4.** Pacientes por rango de edad con cifras tensionales altas en el último mes previo a la encuesta.

rango de edad	hombre	Mujer	total
20 a 29	1	0	1
30 a 39	4	0	4
40 a 49	4	1	5
50 a 59	3	2	5
60 a 69	3	7	10
70 a 79	4	8	12
80 a 89	1	2	3
>90	0	1	1
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>41</b>

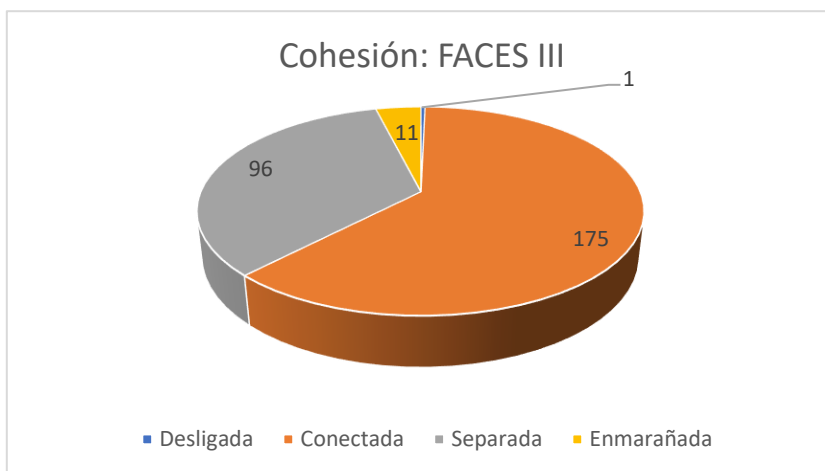
En el último año 6.36% acude al servicio de urgencias debido a causa de descontrol de la presión arterial o complicación de la misma, siendo mayor en mujeres, y el grupo etario predominante de 60 a 69 años. Tal como se explica en tabla 5.

En cuanto a pacientes que reportan a ver acudido al servicio de urgencias (15.90%) por mismas causas en alguna vez de su vida mayor a un año, es mayor entre los 70 a 79 años de edad, con mayor frecuencia en mujeres, tabla 5.

rango de edad	hombre	mujer	total	hombre	mujer	Total
20 a 29	0	0	0	0	0	0
30 a 39	1	0	1	1	0	1
40 a 49	2	0	2	1	2	3
50 a 59	4	3	7	2	0	2
60 a 69	6	6	12	2	5	7
70 a 79	5	11	16	2	3	5
80 a 89	6	4	10	0	0	0
>90	0	1	1	0	0	0
total=	24	25	45	8	10	18
	Urgencias >1 año (15.90%)			Urgencias <1 año (6.36%)		

**Tabla 5.** Pacientes hipertensos por grupo de edad que acuden al servicio de urgencias en menos de un año y mayor a un año a causa de la misma.

Al identificar el grado de funcionalidad familiar desde la perspectiva del paciente hipertenso, desde la escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III), desarrolladas para evaluar dos de las dimensiones del Modelo Circumplejo de sistemas familiares y maritales: la cohesión y la flexibilidad familiar. En la primera predomina la conectada (unida o relacionada) con un 61.84%, separada (semi relacionada) 33.92%, enmarañada (amalgamada o aglutinada) 3.89% y desligada (no relacionada o desligada) con 0.35%. (gráfica 10, tabla 6).



**Gráfica 10.** FACES III. COHESIÓN FAMILIAR DE PACIENTES HIPERTENSOS.

De acuerdo a la adaptabilidad familiar reportado por el paciente predomina la estructurada con un 70.67% seguida de flexible con 27.21%, rígida con 1.77% y caótica con 0.35% respectivamente. (tabla 7, gráfica 11) En cuanto al tipo de dinámica familiar reportado por los pacientes la más frecuente con un 94.35% equilibrada (balanceada) 39.3%, intermedio o rango medio con 5.65% y extrema no se reportaron. (tabla 8 y gráfica 12))

Cohesión		
	número	porcentaje
Desligada	1	0.35%
Conectada	175	61.84%
Separada	96	33.92%
Enmarañada	11	3.89%

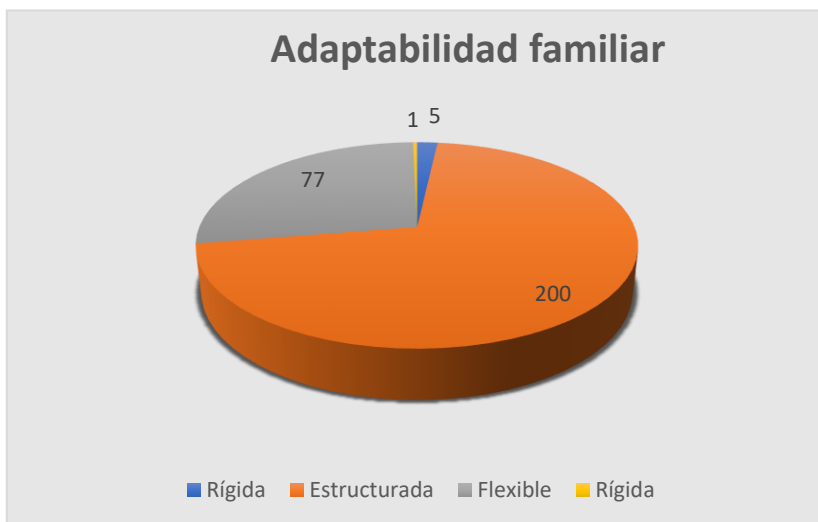
**TABLA 6.** Cohesión familiar, subgrupos de funcionalidad familiar FACES III

Adaptabilidad		
	número	Porcentaje
Rígida	5	1.77%
Estructurada	200	70.21%
Flexible	77	27.20%
Rígida	1	0.33%

**TABLA 7.** Adaptabilidad familiar, subgrupos de funcionalidad familiar FACES III

	número	balanceado
<b>Extremo</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Rango medio</b>	<b>16</b>	<b>5.65%</b>
<b>Balanceado</b>	<b>267</b>	<b>94.35%</b>

**TABLA 8.** Dinámica familiar de acuerdo a FACES III, en pacientes Hipertensos.

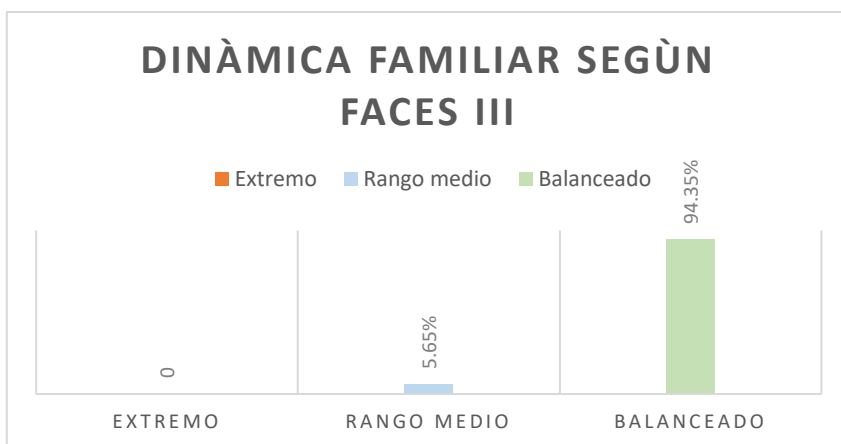


**Gráfica 11.** Adaptabilidad familiar, en pacientes hipertensos, de acuerdo a FACES III

El FACES III, también permite que una persona pueda obtener una visión de su funcionamiento familiar real e ideal, clasificando a una familia dentro de un rango de 16 tipos específicos (tabla 9) en este estudio el de mayor frecuencia destaca conectada estructurada con 42.40% seguido de separada estructurada con 25.44% y conectada flexible con 18.73% ocupando el segundo y tercero en frecuencia; pertenecientes al grupo balanceado o equilibrado.

**TABLA 9.** 16 tipos específicos de dinámica familiar según FACES III. Del grupo extremo, medio y balanceado.

Desprendida caótica	Separada caótica 0.35%	Conectada Caótica	Enredada caótica
desprendida flexible	Separada flexible 7.07%	conectada flexible 18.73%	Enredada Flexible 1.41%
desprendida estructurada 0.35%	Separada estructurada 25.44%	Conectada Estructurada 42.40%	Enredada Estructurada 2.48%
Desprendida rígida	Separada rígida 1.06%	Conectada rígida 0.71%	enredada rígida



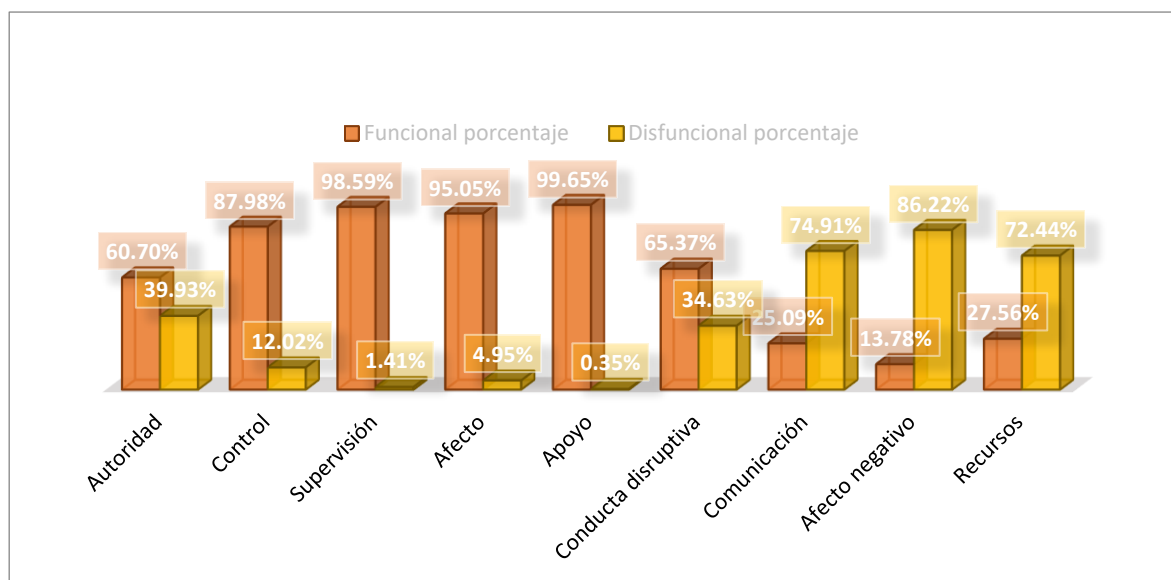
**GRÁFICA 12.** Grupos generales del funcionamiento familiar según FACES III.

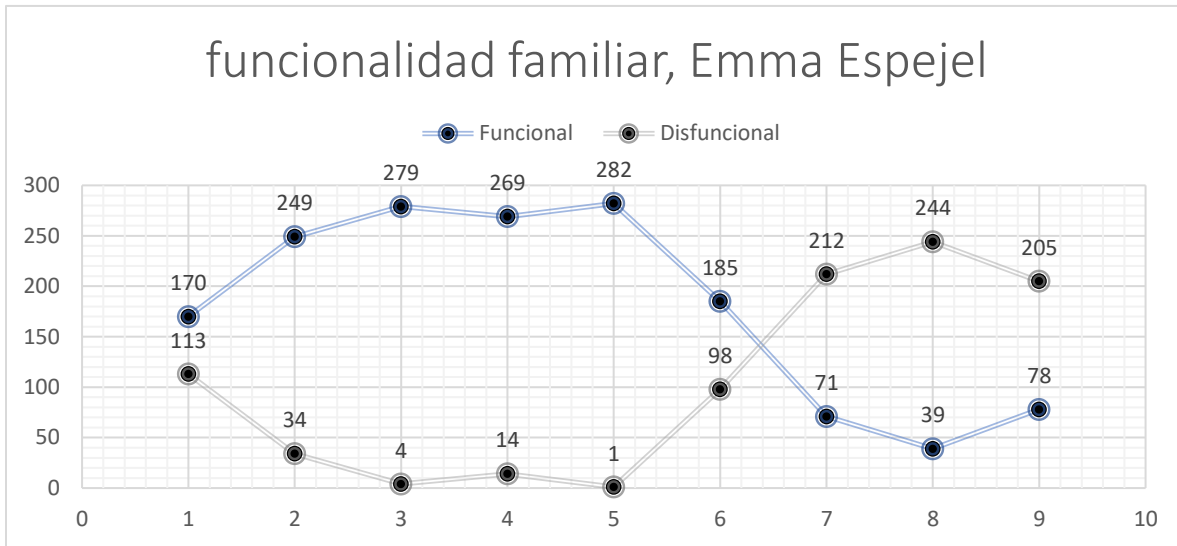
Al identificar el grado de funcionalidad familiar por áreas de acuerdo a la escala de Emma Espejel, se obtuvieron los siguientes resultados: Autoridad predomina funcional 60.70%, disfuncional 39.93%; control funcional 87.98%, disfuncional 12.02%; supervisión funcional 98.59% y disfuncional 1.41%; afecto 95.05% para funcional y disfuncional 4.95%; apoyo funcional 99.65%, disfuncional 0.35%; conducta disruptiva 65.37% funcional, 34.63% disfuncional; comunicación 25.09% funcional, y un 74.91% disfuncional; afecto negativo funcional con un 13.78% y 86.22% disfuncional; recursos 27.56% funcional, mientras que disfuncional 72.44% (Ver tabla 10 y grafica 13 y 14 A Y 14B).

**TABLA 10** Resultados obtenidos por área de la Escala de Emma Espejel.

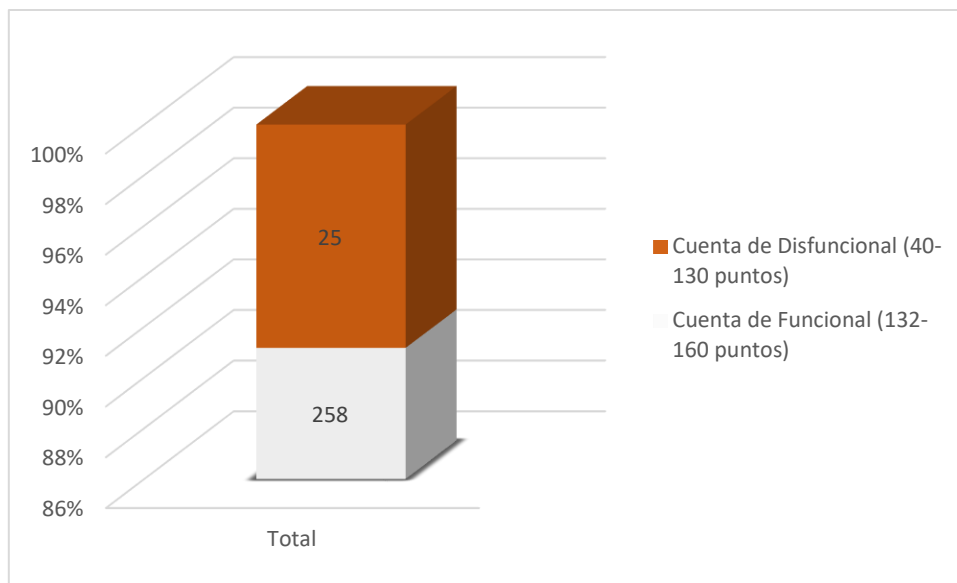
Área	Funcional		Disfuncional		Total	
	número	%	número	%	número	%
Autoridad	170	60.70%	113	39.93%	283	100%
Control	249	87.98%	34	12.02%	283	100%
Supervisión	279	98.59%	4	1.41%	283	100%
Afecto	269	95.05%	14	4.95%	283	100%
Apoyo	282	99.65%	1	0.35%	283	100%
Conducta disruptiva	185	65.37%	98	34.63%	283	100%
Comunicación	71	25.09%	212	74.91%	283	100%
Afecto negativo	39	13.78%	244	86.22%	283	100%
Recursos	78	27.56%	205	72.44%	283	100%

**Gráfica 13.** Resultados obtenidos por área de la Escala de Emma Espejel.





**Gráfica 14A.** Líneas comparativas de funcionalidad familiar (funcional y/o disfuncional, de las 9 áreas de Emma Espejel).



**GRÁFICA 14B.** FUNCIONALIDAD FAMILIAR, DE ACUERDO A LA ESCALA EMMA ESPEJEL.

La tipología de familia se refiere a las diversas clasificaciones que algunos autores u organizaciones han propuesto para su estudio, independiente de su estructura social, de la cual recibe sus características y valores fundamentales. En su estructura y dinámica refleja las peculiaridades y problemática de la sociedad en general. El sistema familiar está formado por familias relacionadas entre sí; en ellas, cada persona es miembro de dos familias, con base a esto se toma la clasificación del Dr. Arnulfo Irigoyen Coria (2000) “clasificación integral y sociodemográficas de la familia.

		Número	Porcentaje
moderna	Tradicional	56	19.79%
	Moderna	227	80.21%
	Primitiva o arcaica	0	0%
Demografía	Rural	10	3.53%
	Suburbana	2	0.71%
	urbana	271	95.76%
Integración	Integrada	187	66.08%
	Semi integrada	37	13.07%
	desintegrada	59	20.85%

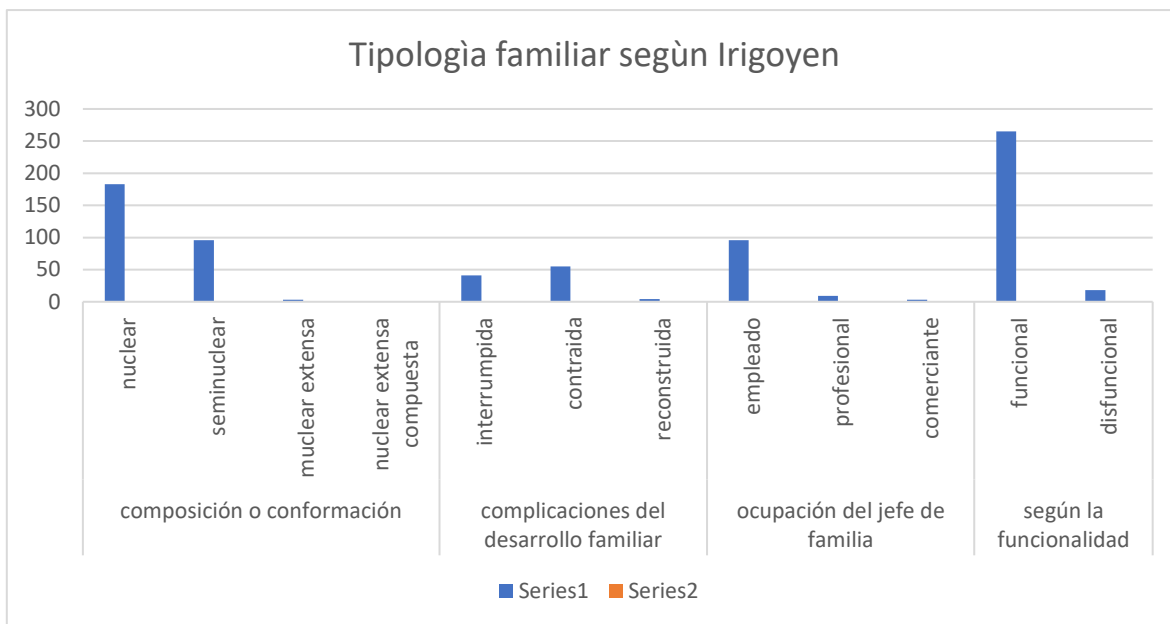
**Tabla 11.** Tipología familiar, según Irigoyen de pacientes hipertensos.

Según Irigoyen la tipología familiar se clasifica en 6 grupos, en base al desarrollo de la familia, predomina la moderna con 80.21%, seguida de la familia tradicional 19.79%, mientras que la arcaicas o tradicional no son observadas en las familias de este grupo de estudio. De acuerdo a la demografía la familia urbana predomina notoriamente con 95.76%%, obtenido del lugar de residencia. (tabla 11).

Conforme a la integración familiar, la integrada reporta 66.08%, superior a semi integrada y desintegrada con 13.07% y 20.85 por ciento, esto en relación al estado civil actual de los pacientes con hipertensión arterial (tabla11). De acuerdo a su composición o conformación predominan la familia nuclear con 64.66% y de menor proporción la nuclear extensa compuesta representando el 0.35%. (gráfica 15)

De acorde a las complicaciones del desarrollo familiar resalta la familia contraída con 19.43% seguida de la interrumpida con 14.49% y reconstruida con 1.41%; concorde a la ocupación del jefe de familia, podemos obtener diversos tipos de familia, el de mayor frecuencia en esté análisis lo ocupa el empleado no especifico de alguna empresa con un 33.92%; según si cumplen con un mayor número de funciones de la familia puede dividirse en funcional o disfuncional, en este caso encontramos desde la perspectiva del paciente crónico, funcional 93.64% y disfuncional con 6.36% de acuerdo a la escala de FACES III (gráfica 15).

En conjunto con el resultado se observa la relación de funcionalidad familiar con el control de las cifras tensionales en el último mes, así como la frecuencia con que acudieran al servicio de urgencias, según sexo, consumo de un solo fármaco, tiempo de evolución y estado civil, en relación a faces III. (tabla 12), se observa mayor impacto en función familiar con el control de cifras tensionales en el último mes. Se analiza además la relación de función o disfunción asociado al control o descontrol de cifras tensionales (incluyendo valoración en urgencias o cifras tensionales altas en el último mes Tabla 13.



**Gráfica 15.** Tipología familiar, según Irigoyen, de pacientes hipertensos, clasificados en subtipos.

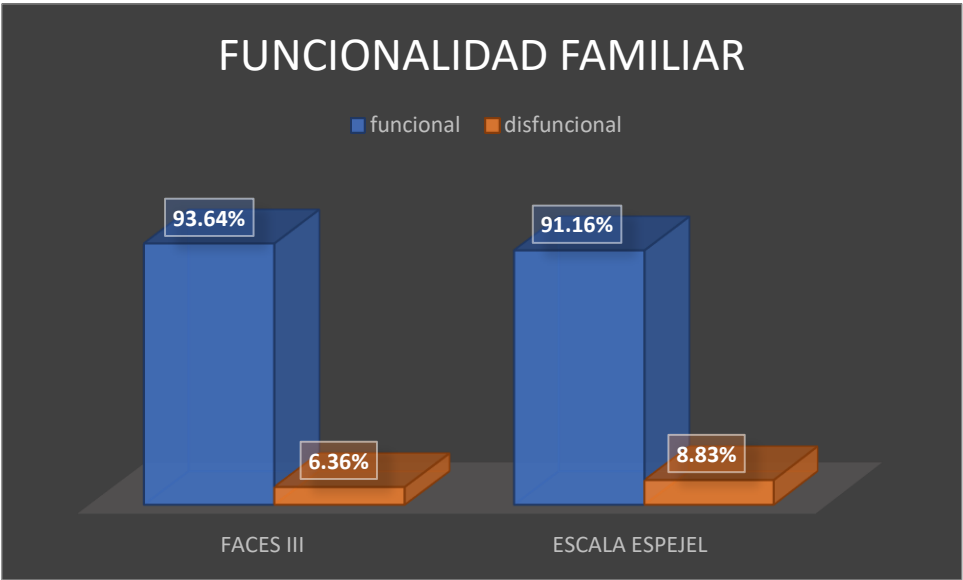
En relación a la funcionalidad familiar con respecto al control o descontrol registrados en cifras tensionales de pacientes hipertensos encontramos con un Intervalo de confianza con valor de  $p < 0.005$ , chi cuadrada de 1.77 con resultado mayor al 5% lo que significa que no son estadísticamente significativas Tabla 14.

Variables	funcionales
Mujeres	54.41%
Hombres	39.92%
un solo fármaco	50.17%
sin comorbilidades	57.59%
nunca han acudido a urgencias	66.43%
sin descontrol último mes	80.91%
evolución menor a 5 años	45.58%
Casados	60.77%

**Tabla 12.** Relación de variables con funcionalidad familiar.

	funcional	disfuncional	Total
hipertensos controlados	171	8	179
hipertensos sin control	96	8	104
	267	16	283

**Tabla 14.** Relación de pacientes hipertensos controlados y no controlados con funcionalidad familiar.



**GRAFICA 16.** FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES HIPERTENSOS

## DISCUSIÓN:

La guía de práctica clínica señala que conforme avanza la edad existe mayor riesgo de presentar cifras altas de presión arterial debido al acúmulo de lípidos en fibras de elastina de las arterias, facilitando el incremento de depósitos de calcio y aumento de grosor de la capa media arterial, provocando hipertrofia e hiperplasia de las células musculares lisas, aumentando la rigidez de las arterias, debido a pérdida de la elasticidad (Meeks WM, 2002).

La guía española reporta que a partir de los 45 años de edad existe un aumento en el número de pacientes portadores de cifras altas de presión arterial, teniendo un promedio de edad a los 65 años, con un reporte de grupo etario de 60 a 69 años de edad, tal y como resulta del presente estudio con mismo grupo atareo de mayor incidencia y edad promedio de 64 años. (tabla y gráfico 1).

En México la prevalencia en hombres es de 24.9% y en mujeres 26.1% <sup>(60)</sup> con mayor frecuencia mínima en el sexo femenino, Maldonado Cantillo analizó en su estudio epidemiológico elaborado en el sur del país. Que antes de los 65 años afecta mayor a hombres que en mujeres, y después de este pico de edad la incidencia se invierte. (tabla 1 y gráfica 2).

En nuestro estudio encontramos que a partir de los 40 años existe aumento de número de pacientes portadores de esta enfermedad siendo de mayor frecuencia en mujeres, suceso que se observa hasta los 80 años de edad, en donde se reporta 27% en hombre a 14% en mujeres. (tabla1).

Aunque el estado civil no es un factor de riesgo para el desarrollo de Hipertensión arterial, se describe que pacientes casados o que viven con otros familiares, acuden a control, y estos presentan mejor red de apoyo <sup>(64)</sup>, es por ello observar dicha variable, de mayor frecuencia en pacientes que acuden a control de la presión arterial <sup>(65)</sup>. en nuestra investigación se reporta el 66.08% de pacientes casados, sin diferencia significativa por sexo, pero mayor número en el grupo atareo reportado como el más frecuente. (gráfica 3 y 5).

En nuestro estudio se reporta la escolaridad secundaria como la más frecuente con un 33.34% (gráfico 6) y dentro de las actividades se encuentra que pacientes retirados o pensionados de su ocupación predomina con un 51.78% esto se debe en parte por la edad avanzada en predominio (gráfico 4); en la literatura reportan el nivel de educación básico de mayor frecuencia en estos pacientes en países en vía de desarrollo y en países desarrollados con escolaridad universitaria. <sup>(66, 67)</sup>.

La escolaridad no es un factor de determinante de esta enfermedad, con lo que coinciden con ciertos autores quienes no dejan de señalar que la importancia de

cierto nivel cultural para asimilar los conocimientos sobre la enfermedad y la manera más saludable de convivir con ella. Por el contrario, en estudios se destaca que la mitad de los pacientes son activos, siendo de mayor frecuencia la clase obrera y ama de casa; en este análisis se visualiza que ciertas ocupaciones generan mayor estrés, relacionados con el nivel socioeconómico. <sup>(66 y 67)</sup>.

Encontramos que el 95.41% de los pacientes estudiados viven en zona urbana (gráfica 7), tomando en cuenta un factor, que favorece esta incidencia debido a que el estudio se realiza en dicha zona instituto de salud global halla que la prevalencia es algo superior en zonas urbanas pero la diferencia con las zonas rurales se acorta con el tiempo y con el desarrollo socioeconómico de cada país.

La encuesta nacional en salud 2012 y 2016 reportan que enfermedades como obesidad y diabetes mellitus aumentan el riesgo de presentar hipertensión arterial, a nivel mundial se observa una mayor asociación además con apnea obstructiva del sueño y alteraciones renales. En nuestra investigación encontramos a la diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad renal como comorbilidades presentes en estos pacientes. (tabla 2). <sup>68</sup>

El 42.40% de la muestra tiene un diagnóstico de menos de 5 años de presentar hipertensión arterial, observado mayor concentración en los últimos años, tal y como lo indica el consejo nacional de la población el aumento constante de número de pacientes debido a múltiples factores

En la literatura no se reporta algún fármaco de elección sobre otros del mismo tipo debido que el arsenal terapéutico de los fármacos antihipertensivos es en la actualidad muy amplio y comprende diferentes familias de fármacos con diversos mecanismos de acción. Las seis familias de fármacos que la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Internacional de Hipertensión consideran como de primera línea son los diuréticos, bloqueadores betaadrenérgicos, antagonistas del calcio, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina, bloqueadores alfa y antagonistas de los receptores de la angiotensina II. <sup>(69)</sup>

Las preferencias en la utilización de cada fármaco deben establecerse en función de diversos parámetros, y se apega a cada paciente, en nuestro estudio destaca que el 53.71% recibe tratamiento en monoterapia, el de mayor frecuencia ARA II con 78.95% (tabla 3). se detectó que 41 pacientes presentaron descontrol de cifras tensionales reportados en el último mes, siendo de mayor frecuencia en sexo femenino y el grupo más afectado de 70 a 79 años (gráfica 9 y tabla 4).

En cuanto a los pacientes que acuden al servicio de urgencias de localizan que en menos de un año el 6.36%, acude por alguna complicación de la misma y el 15.90% mayor a un año; presentando mayor riesgo de 70 a 79 años de edad y predomina

en sexo femenino (tabla 5,6 y gráfica 9); Rio blanca (2018) y en concordancia a la guía de práctica clínica de crisis hipertensiva del 2020, reportan que el 1 al 2 % de los pacientes acudirán a urgencias debido a esta enfermedad.

La funcionalidad familiar reportada de acuerdo a la escala de FACES III, hallamos la cohesión familiar predominante es familia conectada con un 61.84% (gráfica 10 y tabla 6) y en cuanto a la adaptabilidad se reporta de mayor incidencia la familia estructurada con 70.67% (gráfica 11 y tabla 7). En cuanto a la dinámica familiar se encontró un rango balanceado en 94.35% de los pacientes (tabla 8, gráfica 12), clasificando en los 16 tipos de familia de acuerdo a la dinámica las de mayor predominio reportadas son: conectada estructurada 42.40%, separada estructurada con 25.445 y conectada flexible 18.73%. (tabla 9).

En base a la escala de Emma Espejel, con un índice de confiabilidad de  $p < 0.05\%$  encontramos que el área de afecto negativo es la más afectada con una funcionalidad de 13.78% (presentan las muestras de sentimiento y emociones entre los miembros de la familia la de mayor solidez reportada es en área de apoyo con 99.05%. De acuerdo a la integración de las áreas concluimos que 258 pacientes expresaron tener una familia funcional (91.17%) y 25 pacientes una disfunción familiar (8.83%) (tabla 10, gráfico 13, 14 A, 14B Y 16).

La Dra. Luisa y colaboradores refieren que la actitud de la familia resulta crucial en la determinación del curso de la enfermedad y contribuye para el mejoramiento o exacerbación de los síntomas. El sentido de una enfermedad para el paciente y su familia está construido sobre una base social que les permite funcionar comportarse y adaptarse. <sup>(46)</sup>

Con respecto a las variables en relación a la funcionalidad familiar se detecta mayor predominio en mujeres, pacientes que utilizan como tratamiento un solo fármaco, aquellos que no presentan comorbilidades asociadas y pacientes en estado civil casado, así como aquellos con un diagnóstico menor a 5 años (tabla 12)

En relación a la tipología familiar según Irigoyen encontramos predominio en familias moderna (80.21%); de acuerdo a la demografía, familia urbana (95.76%); de acuerdo a integración, familia integrada (66.08%); en cuanto a composición, familia nuclear (64.66%); en base a complicación del desarrollo, familia contraída (19.43%) y con respecto a funcionalidad 93.64%. (tabla 11, gráfica 15 Y 16)

## **CONCLUSIÓN:**

La funcionalidad familiar en pacientes hipertensos adscritos en la unidad de medicina familiar número 11, en control, se reporta una funcionalidad familiar de mayor predominio funcional en ambas escalas establecidas, con un 91.16% para Espejel y 93.64% para FACESIII, con una relación significativa. En cuanto a pacientes en control de cifras tensionales presentan una mejor función familiar en comparación de los que no lo presentan, con un 60.42%.

El grado de cohesión identificado en estas familias sobresalen familias conectadas (61.84%) y en cuanto al grado de flexibilidad destacan las familias estructuradas con 70.69%. En relación a la funcionalidad familiar con respecto al control o descontrol registrados en cifras tensionales de pacientes hipertensos encontramos con un Intervalo de confianza con valor de  $p < 0.005$ , chi cuadra de 1.77 con resultado mayor al 5% lo que significa que no son estadísticamente significativas en relación de funcionalidad/disfuncionalidad.

Los factores sociodemográficos y personales que destacan en relación a la función familiar encontramos predominio en mujeres, pacientes con el uso de un solo fármaco, sin comorbilidades asociadas, estado civil casado y diagnóstico menor a 5 años de hipertensión arterial, teniendo poca significancia en relación a la funcionalidad familiar, sin embargo encontramos en este estudio mayor impacto relacionado a la funcionalidad familiar pacientes con mejor control de cifras tensionales recientes mayor funcionamiento al igual que aquellos que no han acudido al servicios de urgencias.

La tipología familiar más frecuente en pacientes hipertensos de acuerdo a Irigoyen: familias modernas (80.21%); de acuerdo a la demografía, familia urbana (95.76%); de acuerdo a integración, familia integrada (66.08%); en cuanto a composición, familia nuclear (64.66%); en base a complicación del desarrollo, familia contraída (19.43%) y con respecto a funcionalidad 93.64%.

## **RECOMENDACIONES:**

Se recomiendan identificar de manera oportuna los factores asociados a hipertensión arterial desde el primer nivel de atención, tales como la presencia de comorbilidades que puedan favorecer el descontrol o complicaciones secundarias a la misma, como los son diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica, enfermedades relacionadas a la insuficiencia cardiaca, como se reportan en el actual estudio.

Implementar estrategias que permitan identificar la disfunción familiar aplicando una de las escalas para determinar la funcionalidad familiar, en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, con el instrumento que mejor se facilite, observado que no existe diferencia significativa en la aplicación de escalas de Emma Espejel y FACES III, ya que se observan que el 39.58% de los pacientes presentan disfunción familiar, que pueden favorecer a descontrol de la misma.

En el estudio actual, no se observa tendencia en cuanto a la tipología familiar relacionadas con el control-descontrol de hipertensión arterial, sin embargo, hay estudios que reportan que una familia nuclear, funcional y moderna presentan mayor apego al tratamiento por lo consiguiente un menor índice de descontrol y de atención al servicio de urgencias, en el cual se observan mejor red apoyo familiar, por lo que es necesario realizar por lo menos al ingreso de control la elaboración de genograma.

Realizar estudios futuros es pacientes con hipertensión arterial sistémica adscrito a la unidad de medicina familiar número 11, con la finalidad de tener una mejor apertura de los encuestados para poder discernir entre función familiar o crisis propia de la patología o fases de adaptación de la misma. Realizar niveles de intervención en áreas afectadas.

## **Bibliografía:**

1. Cesar calvo Vargas 100 años de 2 grandes acontecimientos en la historia de la medicina de hipertensión arterial 1996.
2. Esunge PM (octubre de 1991). «From blood pressure to hypertension: the history of research». J. R. Soc. Med. 84 (10): 621. PMC 1295564. PMID 1744849.
- A. Pickering R, Recommendations for Blood Pressure Measurement in Humans. A Statement for Professionals from the Subcommittee of Professional and Public Education of the American Heart Association Council on High Blood Pressure Research, Hypertension; 2005: 45: 142-161.
3. NOM-030-SSA2-1999.
4. Garcia Barreto David, historia de la hipertensión arterial, capítulo 2, 2010.
5. O´Donnel C., Elosua R., 2008, factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas de Framingham Heart study. Vol.61. núm. 3, páginas 299-310.
6. Mayet J, Cardiac and vascular pathophysiology in hypertension, Heart 2003; 89(9):1104-1109.
7. Joint national Committee. The seven report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure (JNCVIII) NIH publication num. 03-5233 december 2003.
8. Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial, actualización 2017, guía de práctica clínica.
9. Stunkard Aj. Factores determinantes de la obesidad: opinión actual. En Peña M, Bacallao J, editores. La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública 576 a. ed. Washington DC: Organización Panamericana de la salud; 200=. P 27-32
10. Álvarez A, Ayala, Nuño A, et al. Estudio sobre el nivel funcional (ojo fisiopatología)
11. Gamboa R, Rospiglosi A. más allá de la hipertensión arterial. Acta medica de Perú 27 (1) 2010.
12. Álvarez A, Ayala A, Nuño A, Et al. Estudio sobre el nivel de funcionalidad de un grupo de familia. Revista mexicana de medicina y rehabilitación 2005; 71-76
13. palop Larrea V, Martínez Mir I. adherencia al tratamiento and med interna (Madrid) 2007;24:138-141

14. Concha M, Rodríguez C. Funcionalidad Familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. *Theoria*, vol. 19 (1):41-50, 2010
15. Gimeno A, Córdova A, Meléndez J, Cerviño C, divergente en la percepción de la funcionalidad familiar entre padres e hijos adolescentes. *Revista latinoamericana de psicología* 36 (03) 2004: 459-470
17. González F, Gimeno A. Meléndez J, Córdova A. La percepción de la funcionalidad familiar: confirmación de su estructura bifactorial. *Escritos de psicología* 2012, vol. 5, numero 1, pp:34-39
18. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta nacional de salud y nutrición 2012
19. Organización Mundial de la Salud. Adherencia terapéutica a largo plazo.
20. Juan Manuel Mejía-Abangue, Arturo Fajardo-Gutiérrez Alejandro Gómez Delgado María Luisa Cuevas-Uriostegui, Dulce María Hernández. Juan Garduño, Espinoza. El tamaño de muestra: Un enfoque práctico en la investigación clínica pediatría. *Boletín Médico Hospital Infantil de México*. VOL.52. Núm. 6 junio 1995
21. Hernández-Castillo, L., N.R. Cargill-Foster, and G. Gutiérrez-Hernández, Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco 2011. *SALUD EN TABASCO Enero-abril 2012*. 18(1): p. 14-24.
22. Dra. Emma Espejel Aco y Cols. Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar. Universidad Autónoma de Tlaxcala. Departamento de Educación Especializada Coordinación de Investigación y Postgrado pp. 3-97.
23. E.R. Ponce Rosas, F, j. F. Gómez Clavelina, A. E. Irigoyen Coria, M. Terán Trillo, S. Landgrave Ibáñez, A. Hernández Gómez. Análisis de la confiabilidad de Faces III (versión en español). *Atención primaria* vol.23 núm. 8 15 de mayo 1999.
24. Dr. Anselmo Herrera Ávila- Médico Especialidad de Medicina Familiar la Familia Unidad de Análisis. *Revista Médica del IMSS* 1983 pp. 1-11.
25. -Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e informática. Encuesta nacional del 2005.
26. Valladares, F., Salazar, J. (2017). síndrome del cuidador. *Rev. Mex. Med. Fam.* 4, pp.127-131.

- 27- E.R. Ponce Rosas, F, j. F. Gómez Clavelina, A. E. Irigoyen Coria, M. Terán Trillo, S. Landgrave Ibáñez, A. Hernández Gómez. Análisis de la confiabilidad de Faces III (versión en español). Atención primaria vol.23 núm. 8 15 de mayo 1999.
- 28 ra. Ruth Elizabeth Maldonado Renge. 2015. FUNCIONALIDAD FAMILIAR: una determinante en la conducta. Medicina familiar.revista.
- 29.rosa peralta et al. 2005. RENAHTA. Reencuesta nacional de hipertensión arterial. Cons. Mexicana de factores de riesgo cardiovascular. Vol 75, cd de México.
- 30.orhanización mundial de la salu, agosto 2021. (oms)
31. velazquez Monroy, hipertensión arterial en México: re4sultados de la encuesta nacional en salud (ENSA) 2000. Revista scielo. Artículo cardiológico, México vol. 72. Número 1. Ciudad de México.
32. instituto nacional de salud pública, hipertensión arterial un problema de salud pública en México. (imss)
33. rosa peralta M, et al. Nuevos criterios ACC/AHAQ en hipertensión arterial sistémica. Gac Med. Mex 2018-1|54:633-637
- 34.secretaria de salud. Gobierno de Puebla, día mundial de la hipertensión arterial. 16 pag (mayo 13, 2020)
35. Williams et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Revista española de cardiología 2019. 72(2)160
- 36.Principios Éticos. Ávila FJA. Aspectos Éticos en la Atención Médica. Instituto Nacional de Ciencias Médicas Salvador Zubirán, 2013. Extraído de.
37. Tipología según Torres. Irigoyen Coria. Nuevos Fundamentos de Medicina. 1ª Edición, 2002, pág. 33.
39. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME Reservados todos los derechos Primera Edición – 2008
40. Tagle, Rodrigo, objetivos terapéuticos en hipertensión arterial; metas de presión arterial en los diversos subgrupos de hipertensos. Fronteras de cardiología, enero 2018. Página 21-23.
41. De la Revilla AI, Fleitas CL. Función y disfunción familiar. Conceptos e instrumentos de atención, Barcelona España, 2001.

42. Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención, GPC, guía rápida. 2014.
43. Isabel ortega, Instrumentos de la atención familiar para la práctica familiar. Revista electrónica de portal médico. Enero 2021.
44. Suarez & Alcalá, (2014). Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. scielo, 1-5.
45. Louro, B. I. (2002). Intervención Familiar. En G. A. familia, Manual para la intervención en la salud familiar (pág. 43). Habana: Ciencias Médicas.
46. Membrillo, L. A., Fernández, O. M., Quiroz, P. J., & López, R. J. (2015). Medicina familiar.
47. Barnes, et al. Escalas para la evaluación la dinámica familiar. Un análisis metodológico. Universidad autónoma de México.
48. Olson D, Russell C, dSprenkle D. Circumplex model: systemic assessment and treatment of families. 1eraEd. EE.UU. Editorial Routledge; 1989.
49. Olson D.H. Sprenkle D.H. Russell C, Circumplex Model of marital and family systems I: cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. Family process 14: 1-35
50. Scmidt, V (2000) "el uso de la escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar, 3ra versión (FACESIII) en familias de drogodependientes" publicado en [www.vaninaschmidt.com.ar](http://www.vaninaschmidt.com.ar)
51. Secretaría General del Consejo Nacional de Población (CONAPO) 2017.
52. Weschenfelder Magrini, D., \*\*Gue Martini, J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. 2016
53. Miguel A. Fernández, G Rev Fac Med UNAM Vol.47 No.6 noviembre-Diciembre, 2004
54. [http://www.smeo.org.mx/gaceta/2013/GAMOV12\\_1\\_2013.pdf](http://www.smeo.org.mx/gaceta/2013/GAMOV12_1_2013.pdf)
55. Brandon Omar Michael. Covid-19 and the angiotensin-converting enzyme (ACE2): Areas for research. Heart & Lung.
56. Horiz. sanitario vol.19 no.1 Villahermosa ene./abr. 2020 Epub 26-Nov-2020 <https://doi.org/10.19136/hs.a19n1.2899>
57. Geominia Maldonado Cantillo, Comportamiento epidemiológico de la Hipertensión arterial en un Policlínico cubano

58. CENETEC. Guía de práctica clínica actualizada 2020. Crisis hipertensiva.
59. Oliva Mejía-Rodríguez, Factores relacionados con el descontrol de la presión arterial
60. Juan Manuel Mejía-Abangue, Arturo Fajardo-Gutiérrez Alejandro GómezDelgado María Luisa Cuevas-Uriostegui, Dulce María Hernández. Juan Garduño, Espinoza. El tamaño de muestra: Un enfoque práctico en la investigación clínica pediatría. Boletín Médico Hospital Infantil de México. VOL.52. Núm. 6 junio 1995.
61. Pertega Díaz S. Pita Fernández Ss. Representación gráfica en el análisis de datos. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística., pp1-12.
62. Carlos Egea Garcia. Alicia Sararia Sanchez. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. OMS... cit. pp. 249 a252 y 254 a 257.
63. Maria Luisa Velasco, JF Julián Sinibaldi Manejo del enfermo crónico y su familia. (Sistemas, historias y creencias). Manual moderno pp. 47-78.
64. Áurea Redondo-Sendino, Relación entre la red social y la hipertensión arterial en los ancianos. Revista de cardiología.
65. ev cubana Enfermer vol.35 no.3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2019 Epub 20-Ene-2021
- 66 intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos Dra. Daylis Sánchez Villafañe
67. Reyes caballero maría, Efectividad de una intervención educativa para modificar conocimientos sobre estilos de vida en pacientes hipertensos
- 68.<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/high-blood-pressure/symptoms-causes/syc-20373410#:~:text=Hasta%20aproximadamente%20los%2064%20a%C3%B1os,de%20los%2065%20a%C3%B1os.>
69. Bragula MT. Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial vol 37, numero 5
70. salud pública Méx vol.51 no.4 Cuernavaca jul./ago. 2009

## ANEXOS:

### ANEXO 1.

#### Instrumento de recolección de información:

Estimado derechohabiente, soy médico residente en formación, el cual me encuentro realizando una investigación sobre salud y familia, por lo que solicito su importante colaboración para contestar algunas preguntas, las cuales tomaran aproximadamente 15 a 20 minutos.

Es de aspecto confidencial, por su apoyo y colaboración le agradezco su participación.

Fecha: \_\_\_\_\_

#### Apartado 1:

##### Característica

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Escolaridad:

Estado civil:

Lugar de residencia:

##### Características del padecimiento

¿Desde cuándo padece Hipertensión Arterial?

¿Qué medicamentos toma para la Hipertensión?

¿Padece alguna otra enfermedad, cuáles?

Última vez que acudió al servicio de urgencias por la Hipertensión arterial:

¿Recuerda la última cifra de tensión arterial registrada?

¿En los últimos meses a presentado elevación de cifras tensionales?

##### Características familiares:

¿Quiénes viven en su casa, (parentesco)?

## ANEXO 2:

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: CUESTIONARIO FACES III

**ANEXO 1** **FACES III (D.H. Olson, J. Portner e Y. Lavee).**  
**Versión en español (México): C. Gómez y C. Irigoyen**

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado:

Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
Describa su familia:				
<input type="checkbox"/> 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí				
<input type="checkbox"/> 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas				
<input type="checkbox"/> 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia				
<input type="checkbox"/> 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina				
<input type="checkbox"/> 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos				
<input type="checkbox"/> 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad				
<input type="checkbox"/> 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia				
<input type="checkbox"/> 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas				
<input type="checkbox"/> 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia				
<input type="checkbox"/> 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos				
<input type="checkbox"/> 11. Nos sentimos muy unidos				
<input type="checkbox"/> 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones				
<input type="checkbox"/> 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente				
<input type="checkbox"/> 14. En nuestra familia las reglas cambian				
<input type="checkbox"/> 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia				
<input type="checkbox"/> 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros				
<input type="checkbox"/> 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones				
<input type="checkbox"/> 18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad				
<input type="checkbox"/> 19. La unión familiar es muy importante				
<input type="checkbox"/> 20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar				

## ANEXO 3:

### INSTRUMENTO DE ESCALA FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EMMA ESPEJEL

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR  
ESPEJEL e. \ Cortés J. \ Ruiz Velasco V

Familia:

Tiempo de unión:

Ingreso Familiar:

Edad del primer hijo:

Ingreso familiar:

Ingreso per cápita:

Posición	Sexo	Edad	Escolaridad	Ocupación	Aportación económica a la familia

Descripción de la vivienda:

Observaciones:

Instrucciones para el examinador: marque con una cruz el o los cuadros que correspondan al miembro de la familia al que se refiera la respuesta por los entrevistados.

1. ¿Hay en su familia algún o algunos miembros considerados como los más trabajadores?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

2. ¿Quién organiza la alimentación en la familia (ir al mercado, decir el etc.)?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

3. ¿En su familia, hay algunos o algunas personas que sean más reconocidas y tomadas en cuenta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

4. ¿Si se reúne la familia para ver la televisión quien decide el programa?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

5. ¿Quién o quiénes de la familia tienen más obligaciones?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

6. ¿Quién o quiénes de la familia intervienen cuando los padres discuten o pelean entre sí?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

7. En los problemas de los hijos, ¿Quién o quienes intervienen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

8. ¿Quién reprende a los hijos cuando cometen una falta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

9. ¿Si en casa existe horarios para comer o llegar, quienes respetan los horarios de la llegada?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

10. ¿Si uno de los padres castiga a un hijo, quien interviene?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

No ha sucedido:

Instrucciones para el examinador, a partir de esta pregunta explore todos los indicadores. Cuando la respuesta involucre a toda la familia, marque las celdas necesarias.

11. Cuando alguien invita a la casa a quien se le avisa

Quien invita	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

Nunca invitan:

12. ¿Quiénes participan y quienes no participan en la economía familiar?

Estatus	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar
Trabaja y participa						
Trabaja y no participa						
No trabaja y no participa						
No trabaja						

Funcionalidad

13. Si cada quien tiene obligaciones definidas en esta familia, ¿Quién sustituye a quien para cumplirlas cuando no puedo hacerlo el responsable?

Quien invita	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie

Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

No existen obligaciones

14. En las decisiones familiares importantes, ¿Quiénes participan?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

15. Para ausentarse de la casa, ¿Quién le avisa o pide permiso a quién? A quien se pide permiso

Responsable	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

16. Cuando alguien comete una falta, ¿Quién y cómo castiga?

Quien castiga	Verbalmente	Corporalmente	Instrumentalmente
---------------	-------------	---------------	-------------------

Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

No se castiga

Funcionalidad

17. Si se acostumbran hacer promesas sobre premios y castigos, ¿Quiénes las cumple siempre?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

18. Cuando alguien se siente triste, decaído o preocupado, ¿Quién pide ayuda?

Pide ayuda	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

19. ¿Quiénes de ustedes salen juntos con cierta frecuencia?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
--	-------	-------	-------	-------	---------------	------------------	-------

Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

20. En esta familia, ¿quién protege a quién?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

21. Si conversan unos a otros, ¿quién con quién lo hace?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							

Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

22. Si se consideran ustedes que expresan libremente sus opiniones,  
¿Quiénes son los que no lo hacen?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

23. Si se consideran ustedes que expresen libremente sus opiniones,  
¿Quiénes son los que lo hacen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

No

Funcionalidad

24. ¿Quiénes tienen mejor disposición para escuchar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

25. ¿Cuándo entre algunos de ustedes se toma una decisión o se llega a algún acuerdo, ¿a quienes se les hace saber con claridad?

Quienes acuerdan	Subsistema parenteral	Subsistema hijos	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Subsistema parenteral					
Subsistema hijos					
Otro familiar					
Otro no familiar					

No hay acuerdos

Funcionalidad

26. ¿Quién supervisa el comportamiento escolar de los hijos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

27. ¿Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

28. Para transmitir los valores más importantes en esta familia, ¿Quién se ha responsabilizado de su transmisión y vigencia?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

29. Cuando algo se descompone. ¿Quién organiza su reparación?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

30. ¿Quién o quiénes participan en la solución de un problema grave?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

31. ¿Quiénes tomaron la decisión de vivir en este lugar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

32. En esta familia, ¿Quiénes son los más alegres o los que se divierten más?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

33. ¿Quién en esta familia estimula las habilidades y aptitudes?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

34. ¿Quiénes en la familia se abrazan espontáneamente?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							

Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

35. ¿Cuándo se llega a enojar en esta familia, quienes son los que lo hacen y con quiénes?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

36. Se han llegado a golpear en su familia ¿Quiénes con quién?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

Instrucciones para el examinador. A partir de esta pregunta explorar la frecuencia con que se presentan los eventos cuestionados.

37. ¿En esta familia hay alguien que se embriague con alcohol o tome otro tipo de estimulantes?

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			

Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad

38. ¿Quién tiene o ha tenido problemas de comportamiento en la escuela, el trabajo o con los demás?

39.	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad

38. Si en esta familia ha habido problemas con la autoridad (policía, jefes, maestros, etc.), ¿Quién los ha tenido?

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad

39. ¿Quién ha presentado algún problema emocional?

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad

40. ¿Quién en la familia se aísla?

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad

Función											suma
Autoridad	1	3	4	5	11	12	14	28	39	40	
Control	8	10	17	26	31	34	35	40			
Supervisión	16	25	26	28	30						
Afecto	22	23	24	27	31	32	33				
Apoyo	7	16	18	20	39	40					
Conducta Disruptiva	5	9	36	37	38	39	40				
Comunicación	4	10	15	18	19	22	36	38			
Efecto negativo	6	15	29	34							
Recurso	2	12	13	14	17	40					
Recurso	2	12	13	14	17	40					
Puntaje global											

# ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO:



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



## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Funcionalidad y tipología familiar en relación al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica, adscritos a la unidad de medicina familiar número 11 del instituto mexicano del seguro social, Tapachula, Chiapas.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.
Lugar y fecha:	UMF número 11, Tapachula, Chiapas. Del 2020 al 2022.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	El presente proyecto, tiene como finalidad, conocer la influencia de la funcionalidad familiar y el tipo de familia en el que se desenvuelve un paciente con hipertensión arterial, teniendo en cuenta que es una enfermedad de alto riesgo cardiovascular, de mayor frecuencia en nuestro país y ocupa uno de los principales motivos de consulta en primer nivel de atención en enfermedades crónicas atendidas por un médico familiar, encargado de dar una atención integral, tratando oportunamente, con la finalidad de contribuir a un mejor bienestar para el sujeto enfermo. El objetivo se fija en determinar y conocer las características de la funcionalidad y tipología familiar, en pacientes con hipertensión arterial sistémica adscrito a la unidad de medicina familiar número 11 de Tapachula, Chiapas.
Procedimientos:	Realizar cuestionario y aplicación de encuesta para la recolección de información, acerca de la funcionalidad familiar, así como identificar el tipo de familia de los pacientes en estudio y observar su relación con el tratamiento actual.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	No recibirá un beneficio personal o individual por su incorporación al estudio, sin embargo, estará contribuyendo a la identificación de factores relacionados con el manejo adecuado de hipertensión arterial, lo cual permitirá el diseño de estrategias para la mejora de la atención médica a las personas con la enfermedad.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se proporcionará el resultado obtenido en los test de funcionalidad familiar si el paciente lo requiere, no se aplicarán modificación de forma directa al tratamiento actual, independiente de los resultados obtenidos
Participación o retiro:	Según el art. 100 de la ley general de salud, describe que el profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación. se resolverá cualquier duda que exista durante el proceso.
Privacidad y confidencialidad:	En base al art. 16 del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, 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.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Sí autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Sí autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No se proporcionará tratamiento médico que modifiquen el tratamiento de base, pero se investigará que fármacos consume el paciente en estudio mediante el interrogatorio el tratamiento.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Guillermo De la luz Alemán. Médico residente, adscrito a la unidad de medicina familiar número 11 de Tapachula, Chiapas tel. 9613695421
Colaboradores: (Asesor de Tesis)	DR. JULIO CESAR BARRIOS AGUILAR ASESOR METODOLÓGICO
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 4º 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: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>
Nombre y firma del paciente en estudio	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	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: 2810-009-022**

