



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 78
DELEGACION ORIENTE.**

**DISFUNCIÓN FAMILIAR E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR 180 EN VALLE DE CHALCO ESTADO DE MÉXICO AÑO
2015**

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

PRESENTA:

DR. ULISES GARCÍA LUJANO

ESTADO DE MÉXICO ORIENTE.

2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

"DISFUNCIÓN FAMILIAR E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 180 EN VALLE DE
CHALCO ESTADO DE MÉXICO AÑO 2015"

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. ULISES GARCIA LUJANO


AUTORIZACIONES



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



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



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

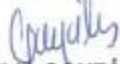
**DISFUNCIÓN FAMILIAR E HIPERTENSION ARTERIAL EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR 180 EN VALLE DE CHALCO ESTADO DE MÉXICO AÑO
2015**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DR. ULISES GARCÍA LUJANO

AUTORIZACIONES



DRA. ANA LILIA GONZÁLEZ RAMÍREZ
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
ADSCRITO A:
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.78 NEZAHUALCOYOTL



ASESOR DE TEMA DE TESIS
DR. CRUZ CRUZ ARMANDO REY
MEDICO FAMILIAR
ADSCRITO A:
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.180 VALLE DE CHALCO



ASESOR METODOLÓGICO
DRA. ANA LILIA GONZÁLEZ RAMÍREZ
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
ADSCRITO A:
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR, No.78 NEZAHUALCOYOTL



DR. PEDRO ALBERTO MUÑOZ REYNA
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACION ESTADO DE MEXICO ORIENTE

AGRADECIMIENTOS

A mi esposa Elide.

Con todo mi amor, respeto y agradecimiento. Por tu apoyo, enseñanza y confianza. Gracias.

A mis hijos.

Danae y Gael por ser un aliciente de cada una de mis metas.

A mis padres: Refugio e Imelda, a mis hermanos Isaías y Refugio.

Al Sr. Eligio y Sra. Patricia, Por el apoyo que siempre me brindan. Gracias.

Doy gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México y al Instituto Mexicano del Seguro Social por su apoyo en mi formación como especialista.

Dra. Ana Lilia por haberme motivado a ser cada vez mejor y realizar un sueño de superación.

INDICE

Resumen.....	1
Marco teórico.....	2
Antecedentes.....	5
Planteamiento del problema.....	13
Justificación.....	14
Hipótesis.....	15
Objetivos.....	15
Material y métodos.....	16
Tamaño de la muestra.....	17
Análisis estadístico.....	18
Factibilidad y aspectos éticos.....	19
Recurso.....	20
Resultados.....	21
Discusión.....	24
Conclusiones.....	25
Recomendaciones.....	26
Sugerencias.....	28
Anexos.....	30
Bibliografía.....	34

RESUMEN

TITULO: DISFUNCIÓN FAMILIAR E HIPERTENSION ARTERIAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 180 EN VALLE DE CHALCO ESTADO DE MÉXICO AÑO 2015.

OBJETIVO: Determinar cuál es la disfuncionalidad familiar en el Paciente con hipertensión arterial en una unidad de medicina familiar del IMSS.

ANTECEDENTES: La disfunción familiar en presencia de enfermedad crónica como es la hipertensión arterial en uno de los integrantes del núcleo familiar, puede contribuir indirectamente a su descontrol.

MATERIAL Y METODO: En un estudio transversal prospectivo, se compararon los niveles de hipertensión arterial con el grado de disfuncionalidad familiar y su relación con la descompensación de la hipertensión. Para valorar la función familiar, se aplicó el Test Apgar Familiar a 140 pacientes con Hipertensión arterial en la sala de espera de la consulta externa de Medicina Familiar, para luego registrar su Tensión Arterial, la cual se midió con esfigmomanómetro calibrado aneroide, y con las condiciones óptimas sugeridas por el JNC 7, 8 y la NOM-030-SSA2-2009 de Hipertensión Arterial y la European Heart Journal 2013.

RESULTADOS: Se estudiaron 140 pacientes hipertensión arterial sistémica (grupo estudio) adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N° 180 del IMSS de Valle de Chalco Estado de México que acudieron al control mensual. Correspondiendo según su género, 98 (70%) mujeres y 42 (30%) hombres. De los cuales, en 28 (20%) de ellos, se detectó familia moderadamente disfuncional y 5 (4%) con disfunción familiar, el resto, que fueron 107 (76%), correspondió a familias funcionales. Del total de familias moderadamente funcionales y disfuncionales presentaron descontrol de la hipertensión, 22 pacientes: Esto resume, que la presencia de algún grado de disfunción familiar, contribuye de alguna forma al mal control de la hipertensión.

CONCLUSIONES: La disfunción familiar es un factor de riesgo para la descompensación del paciente con hipertensión arterial.

PALABRAS CLAVE: Disfuncionalidad Familiar, Apgar, Hipertensión Arterial.

MARCO TEÓRICO

La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) constituye una de las enfermedades crónicas no transmisibles, con mayor prevalencia en México como en toda Latinoamérica a la que deben enfrentarse los médicos de la Atención Primaria de la Salud (APS). En la actualidad, afecta a más de 1 billón de personas en el mundo, y más que una enfermedad, es un factor de riesgo con nefastas consecuencias cardiológicas, y cerebro vasculares si no se controla^{1, 2}.

Esta patología se ha convertido, en un importante factor de riesgo, para desarrollar enfermedades cardiológicas y cerebro vasculares, así mismo, es un problema de salud, que ocasiona complicaciones renales, oftalmológicas y hasta la muerte.³ Ante esta situación, es indispensable establecer lineamientos adecuados e informes de atención, que sólo se lograrán con el trabajo conjunto y ordenado, de un gran número de profesionales de la salud⁴.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana(NOM) NOM-030-SSA2-2009⁵, Para la prevención, tratamiento y control de la Hipertensión Arterial.y el séptimo informe sobre Hipertensión Arterial (Seventh Report of the Joint National Committe on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7) (diciembre del 2003.)⁶. El JNC 8⁷ y la European Heart Jornal 2013⁸. Las cifras de la clasificación de la Tensión Arterial (T/A) en los adultos mayores de 18 años es la siguiente:

Clasificación de la Hipertensión Arterial. Según el JNC 7

Clasificación PA	PAS* mmHg	PAD* mmHg	Estilos de Vida	Sin indicación clara	Con indicación clara
Normal	<120	Y < 80	Estimular	No indicado tratamiento farmacológico	Tratamiento Indicado***
Pre hipertensión	120-139	ó 80-89	Si		
HTA: Estadio 1	140-159	ó 90-99	Si	Tiazidas en la mayoría. Considerar IECAs, ARA II, BBs, BCC ó combinaciones	Fármacos según las indicaciones presentes***. Otros antihipertensivos
HTA: Estadio 2	>160	ó >100	Si	Combinación dos fármacos en la mayoría** (usualmente tiazídicos, IECAs, o ARA II, BBs ó BCC)	(diuréticos, IECAs, ARA II, BBs, BCC) según sea necesario

* Tratamiento determinado por la elevación de la Presión Arterial. (PA)

** La terapia combinada inicial debe usarse con precaución cuando exista riesgo de hipotensión ortostática

***Tratamiento en enfermedad renal crónica o diabetes con objetivo PA <130/80 mmHg

PAS: Presión arterial sistólica

PAD: Presión arterial diastólica

HTA: Hipertensión Arterial

Por otra parte en el caso del JNC 8, el panel presenta sus resultados en la forma de nueve recomendaciones.

Recomendación 1: En la población general de 60 o más años, inicie el tratamiento farmacológico para reducir la Presión Arterial con una Presión Arterial Sistólica (PAS) de 150 mm Hg o mayor, o con una Presión Arterial Diastólica (PAD) de 90 mm Hg o mayor, y trate hasta una meta de PAS menor de 150 mm Hg y una meta de PAD menor de 90 mm Hg (recomendación fuerte - grado A).

Corolario: En la población general de adultos de 60 o más años, si el tratamiento farmacológico antihipertensivo resulta en una PAS menor de 150 mm Hg y el tratamiento no se asocia con efectos adversos sobre la salud o la calidad de vida, no es necesario ajustar el tratamiento (opinión de expertos, Grado E).

Recomendación 2: En la población general menor de 60 años, inicie el tratamiento farmacológico antihipertensivo para reducir la PAD que sea mayor o igual a 90 mm Hg, y trátelo hasta una meta de menos de 90 mm Hg (para edades entre 30 y 59 años es una recomendación fuerte – grado A; para Edades entre 18 y 29 años es una opinión de expertos – grado E).

Recomendación 3: En la población general menor de 60 años, inicie el tratamiento farmacológico antihipertensivo para reducir la PAS que sea mayor o igual a 140 mm Hg, y trátelo hasta una meta de menos de 140 mm Hg (opinión de expertos – grado E).

Recomendación 4: En la población general con 18 años o más y con enfermedad renal crónica, inicie el tratamiento farmacológico antihipertensivo para reducir la PAS que sea mayor o igual a 140 mm Hg y la PAD que sea mayor o igual a 90 mm Hg, y trátela hasta una meta de menos de 140 mm Hg y menos de 90 mm Hg (opinión de expertos – grado E).

Recomendación 5: En la población general con 18 años o más y con diabetes, inicie el tratamiento farmacológico antihipertensivo para reducir la PAS que sea mayor o igual a 140 mm Hg y la PAD que sea mayor o igual a 90 mm Hg, y trátela hasta una meta de menos de 140 mm Hg y menos de 90 mm Hg respectivamente (opinión de expertos – grado E).

Recomendación 6: Si se excluye a los negros, en la población general, incluyendo a los diabéticos, el tratamiento inicial debe incluir un diurético tipo tizada, un bloqueador de los canales de calcio (BCC), un inhibidor de la enzima convertidor de angiotensina (IECA) o un bloqueador del receptor de Angiotensina (ARA) (recomendación moderada - grado B).

Recomendación 7: En la población general de pacientes negros, incluyendo a aquellos que tienen diabetes, el tratamiento antihipertensivo inicial debe incluir un diurético tipo tizada o un bloqueador de los canales de calcio (recomendación moderada - grado B para la población negra, y recomendación débil - grado C para los pacientes negros con diabetes)

Recomendación 8: En la población de 18 años o más con enfermedad renal crónica e hipertensión, el tratamiento antihipertensivo inicial (o agregado) debe incluir un IECA o un ARA para mejorar los eventos renales. Se aplica a todos los pacientes con enfermedad renal crónica e hipertensión, Independientemente del grupo étnico o de la presencia de diabetes (recomendación moderada – grado B).

Clasificación de la hipertensión arterial European heart jornal 2013

Categoría	Sistólica	Diastólica
Óptima	< 120	< 180
Normal	120-129	80 – 84
Normal alta	130- 139	85 – 89
Hipertensión Grado 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensión Grado 2	160 - 179	100 – 109
Hipertensión Grado 3	> = 180	>= 110
Hipertensión Sistólica Aislada	> = 140	<90

La hipertensión sistólica aislada debe evaluarse de acuerdo a los grados 1, 2,3: basada en la valoración

Sistólica de los rangos indicados. Si la presión diastólica es < 90 mmHg.

Los grados 1,2 y 3 corresponden a las calificaciones leve, moderada y grave respectivamente.

Fuente; european heart jornal 2013

La prevalencia de la hipertensión arterial fluctúa de un 10 a 30 % de la población adulta y su presencia se eleva con la edad de los pacientes.

A su vez, en las últimas 5 décadas se ha observado, un importante incremento en la incidencia de enfermedades no transmisibles, principalmente debido, al aumento en la esperanza de vida de la población en general, lo que ha constituido, un verdadero problema de salud para todos los países, y que se traduce, en el incremento de la morbi-mortalidad, y disminución potencial de años productivos de vida.⁹

Por lo que, frecuentemente los pacientes mayores de 65 años se hallan en riesgo de padecer hipertensión arterial sin saberlo y por lo tanto están expuestos a sus complicaciones. Sin olvidar que el incremento de la presión arterial diastólica se halla relacionada con la mortalidad en personas mayores.

En México, la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2012, reporta que alrededor de 15 millones de adultos la padecen y que al año mueren por complicaciones, 200 mil de ellos. En tan solo seis años, entre 2000 y 2006, la prevalencia de HAS incremento 19.7% hasta afectar a 1 de cada 3 adultos mexicanos (31.6%). reporta que alrededor de 15 millones de adultos la padecen y que al año mueren por complicaciones, 200 mil de ellos.

Cuando no se logra el control adecuado de la T/A alta, se lesionan tejidos y órganos, como son; cerebro, corazón, riñón y vasos sanguíneos, mismos que afecta de manera crónica y aumenta la morbi mortalidad cardiovascular¹⁰.

A pesar de los avances en cuanto a la detección, tratamiento y control de la hipertensión arterial, ésta sigue ocupando, un importante problema de salud pública en la mayoría de los países. Por lo que se encuentra, desde hace años en la lista de afecciones a controlar, dada la alta morbi-mortalidad nacional y mundial. Aunque se dispone de fármacos eficaces para su tratamiento, y de numerosos programas científicos de formación y actualización, la realidad es que, solo se controla un porcentaje bajo de pacientes, según las cifras consideradas normales en la actualidad¹¹. Por citar alguno, en los Estados Unidos de Norteamérica sólo una cuarta parte de los pacientes se encuentran controlados.

Por otra parte, es importante recordar que la HAS, es una afección silenciosa, que frecuentemente pasa inadvertida, a pesar de los riesgos que tienen los individuos de padecerla, sin ser controlada, en especial mayores de 65 años, con incrementos de la presión arterial sistólica.¹²

Cabe agregar, que la aparición de una enfermedad aguda, crónica ó terminal, en alguno de los miembros de la familia, puede representar un serio problema, tanto en su funcionamiento, como en su composición. Pudiendo considerar a la enfermedad como una crisis, dada la capacidad que tiene para desorganizar un sistema familiar, y que se traduce e impacta, en cada uno de sus miembros¹³.

ANTECEDENTES

La HAS reviste especial importancia, no sólo por constituir las primeras causas de morbi-mortalidad, sino por las dificultades que enfrenta el paciente para llevar a cabo su tratamiento, lograr su control y prevenir sus múltiples complicaciones. Se sabe que además de la ingesta de medicamentos, se requieren otras medidas de control, primordialmente el ajuste de la alimentación, el control de peso en caso de obesidad, una actividad física adecuada, entre otras. Dichas medidas deben ser cumplidas a lo largo de su vida y efectuadas en el hogar fuera del campo de la atención médica. Es decir, la atención médica del paciente con hipertensión arterial, debe realizarse de forma individual en cada uno de ellos, mejorando su calidad de vida, y estableciendo medidas que favorezcan el control de la enfermedad, y a su vez, tratar de mejorar al máximo las posibilidades que le permitan una mejor calidad de vida, a pesar de su padecimiento¹⁴.

Esta situación exige, un apoyo importante del grupo familiar que lo ayude en la vigilancia de la enfermedad, toma de decisiones, y en la ejecución de acciones adecuadas. Como padecimiento crónico, la HAS es un evento estresante, con altas probabilidades de ser, emocionalmente difícil para el enfermo. Por lo que, el

apoyo familiar es clave para el control de la hipertensión, al propiciar un ambiente favorable que reduzca el estrés, y mejore el cumplimiento del tratamiento. Este apoyo, tiene su base en las redes sociales, y deriva de las relaciones interpersonales familiares, o de parejas.

Así mismo, la familia es un grupo social organizado como un sistema abierto, formado por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos, conviven en un mismo lugar vinculados por lazos, ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es la responsable, de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa, y depende del contexto en el que se ubique. Ahora bien, para que las familias de estos enfermos puedan reorganizar su contexto de apoyo, se requiere una educación acorde con sus necesidades, a fin de lograr una mejor participación en el control de la hipertensión¹⁵.

Por otro lado, en Medicina Familiar es importante, establecer el diagnóstico de salud de los grupos familiares, y debe considerarse que es más apropiado preocuparse por definir el grado de disfuncionalidad familiar. Es tarea del médico, fomentar en la familia, la idea de la autorresponsabilidad en la salud de éste colectivo y de sus miembros, así como, desarrollar y utilizar todas las potencialidades del grupo en aras de mejorar su salud. El médico que no aproveche estas posibilidades no ejerce eficazmente sus funciones¹⁶.

En cierta forma, la evaluación de la familia, es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el primer nivel de atención. Se puede decir, es el proceso fundamental para realizar intervenciones promocionales y preventivas, a favor de la salud, establecer diagnósticos, manejos y tratamientos, y en su caso, rehabilitación o paliación. Así pues, la función familiar, es un factor determinante en la conservación de la salud, o aparición de enfermedad entre sus miembros.¹⁷

Para reafirmar este criterio, nos apoyaremos en el concepto de salud, emitido por la Organización Mundial de Salud (OMS), donde se concibe a ésta, no sólo como ausencia de síntomas, sino también, como el disfrute de un bienestar psicológico y social. Además menciona, que uno de los fines principales de cada país, debe ser el incremento en el nivel de salud de la población, haciendo referencia a la "familia como uno de los grupos fundamentales en el terreno de la salud".

En relación a lo anterior, y para poder hablar de estado de salud adecuado, es necesario tener en cuenta el modo de vida del individuo, y por tanto, sus condiciones y su estilo de vida. Por lo general, el hombre pertenece, vive y se desarrolla dentro del grupo social primario denominado "familia", y de ahí que consideramos muy importante también para su salud, su modo de vida familiar.

Así mismo, la familia como grupo social, debe cumplir funciones básicas como son: cuidado, afecto, estatus, socialización y reproducción, además de, la económica, la biológica, la educativa, la cultural, y la espiritual, siendo éstas, uno de los indicadores que se utilizan, para valorar el funcionamiento familiar, o sea, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo.

Sin embargo, para hacer un análisis del funcionamiento familiar, es necesario verlo con una perspectiva sistémica, pues la familia es un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a la vez integrada a un sistema mayor que es la sociedad. El nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia. Por ejemplo: la enfermedad de uno de sus miembros altera la vida del resto de los familiares quienes tienen que modificar su estilo de vida para cuidar al familiar enfermo.

A su vez, considerar a la familia como sistema, implica que ella constituye una unidad, una integridad, por lo que no podemos reducirla a la suma de las características de sus miembros, o sea, la familia no se debe ver como una suma de individualidades, sino como, un conjunto de interacciones. Esta concepción de la familia como sistema, aporta mucho en relación con la causalidad de los problemas familiares, los cuales, tradicionalmente se han visto de una manera lineal (causa-efecto), siendo un enfoque erróneo, pues en una familia no hay un "culpable", sino que los problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfunción de la familia como sistema. Así pues, el enfoque sistémico nos permite sustituir el análisis causa-efecto, por el de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, siendo esto, lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares, y por tanto, a la causa(s) de la disfunción familiar¹⁸.

De aquí, que siempre que aparece un síntoma, éste puede ser tomado, como un indicador de una disfunción familiar, y hay que ver al paciente, no como el problemático, sino como el portador de las problemáticas familiares¹⁹.

Sin embargo, la familia como sistema, juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad, sino en el proceso de su rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas. Esto va a depender, de si la familia es funcional o no, y cuenta con los recursos adecuados de soporte social. Por su parte, el modelo de medicina familiar actual, no tiene una delimitación clara entre aquellos problemas de salud individual de los miembros de la familia, y la salud del conjunto, o del grupo familiar propiamente dicho.

Por lo anterior, se denomina familia funcional, cuando es capaz de cumplir sus funciones básicas que le están encomendadas de acuerdo al ciclo vital en que se encuentre, y en relación con las demandas que percibe de su entorno, o cuando la familia, no es capaz de manejar adecuadamente el estrés, y favorece un grado todavía mayor del mismo. A su vez, cuando una familia no puede ejercer estas funciones, utilizamos el término de familia disfuncional. Por tanto, cuando la familia pierde la capacidad funcional, ocurren alteraciones en el proceso salud-enfermedad.

A la hora de hablar de función familiar, encontramos que no existe un criterio único de los indicadores que lo miden. Algunos autores plantean, que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Otros la refieren, como la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas. En suma, no se puede hablar de funcionalidad familiar como algo estable y fijo, sino como un proceso que tiene que estar reajustando constantemente. Esto hace, que en la evaluación de la función familiar, no existan en realidad técnicas o instrumentos que permitan catalogar su función de forma absoluta, y solo se midan aspectos parciales.

El mero hecho de utilizar un instrumento para detectar disfunción familiar, no garantiza por sí mismo la mejor salud de los pacientes y sus familias. Una vez establecido el diagnóstico debe intervenir sobre las familias, para lo cual, lo primero que hace falta son conocimientos, actitudes y habilidades.

A partir de los sesenta, uno de los enfoques más utilizados para estudiar a la familia, se fundamentó en la denominada, teoría general de los sistemas, esta considera al sistema, como un conjunto de elementos en interacción dinámica, donde cada elemento cumple una función con respecto al todo, y su función es más, que la simple suma de ellos. Así entonces, en esta interacción dinámica, lo que le acontece a uno, afecta al otro y al grupo.

Por su parte, toda familia presenta dificultades cotidianas que deben ser afrontadas a lo largo de las distintas fases de su ciclo vital. Por lo que, la familia disfuncional no puede distinguirse de la familia funcional, por la presencia de problemas, sino por la utilización de patrones de interacción recurrentes, que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación, y la resolución de conflictos. Así pues, en las sociedades modernas la posibilidad de pertenecer a una familia disfuncional, es de aproximadamente 77%²⁰.

De igual forma, debería evaluarse la presencia de una enfermedad crónica, la existencia de conflictos familiares, y otras situaciones que modifican la dinámica familiar, ya que la cooperación, y la participación de todos los miembros de la familia, es necesaria para alcanzar de nuevo el equilibrio de la salud familiar. El impacto de la función familiar sobre la salud se ha comprobado sobre muchas variables como en: la mortalidad de los viudos, el control de la presión arterial, o diabetes, los resultados obstétricos, o la adherencia a tratamientos²¹.

De esta forma y en un intento por evaluar, algunos aspectos de la familia se han realizado diversos instrumentos, uno de ellos conocido, validado y muy utilizado es el APGAR-FAMILIAR (AF) entre otros diseñados, para evaluar el funcionamiento sistemático de la familia. En todas estas situaciones, el AF, es un instrumento útil para conocer, si la familia puede considerarse un recurso para los individuos del grupo, o si por el contrario influirá empeorando su situación.

Dr. Gabriel Smilkstein utilizó el acrónimo Apgar, para recordarlos cinco componentes de la FUNCIÓN FAMILIAR (FM): (adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutoria (resolve), del mismo modo, aprovechó la similitud con el índice Apgar empleado en pediatría, no sólo en sus iniciales, sino también en el significado de las puntuaciones²².

El AF es una técnica rápida y sencilla para explorar la FM, desarrollada por el Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle en 1978²³. Este instrumento se ha incorporado a la práctica clínica del médico de familia, como herramienta para el abordaje de los problemas familiares, tanto de forma experimental, como en la asistencia clínica diaria³². Hasta el momento, aunque se han empleado algunas versiones en castellano, no conocemos ninguna validación del cuestionario en nuestro país, si bien en otros medios, éste se ha demostrado válido y fiable.

El test Apgar fue diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil en la identificación de familias a riesgo, se ha validado en diferentes comunidades norteamericanas, asiáticas e hispanas, y ofrece una correlación alta con pruebas especializadas³². Además, tiene considerables ventajas como instrumento de medición, por su sencillez rapidez y facilidad de aplicación, mediante el cual se identifica, el grado de satisfacción que percibe el paciente, al evaluar la función de su sistema familiar²⁴.

Por otra parte, el Apgar surge ante la necesidad de evaluar la función de la familia, cuyo instrumento se dirige por sí mismo, es fácilmente entendido por personas con

educación limitada, y se puede completar en muy poco tiempo ²⁵. Se formuló para ser usado, en distintos estratos socioeconómicos, y diversos contextos socioculturales; además, es capaz de proporcionar datos, que indiquen la integridad de componentes importantes, de la función familiar. Sus parámetros se delinearon sobre la premisa, en como los miembros de una familia perciben su función familiar, y pueden manifestar el grado de satisfacción, en el cumplimiento de sus funciones básicas familiares.

El test AF, consta de cinco preguntas, que evalúan de manera cualitativa las características familiares; cada pregunta consta de tres posibles respuestas: siempre, algunas veces y casi nunca, con valores de 2,1, y 0 puntos respectivamente. Una vez obtenido el puntaje total, es decir la suma de los 5 parámetros de preguntas, se procede a la clasificación de funcionalidad familiar. Considerando lo siguiente: de 8 a 10 puntos familia funcional, de 4 a 7 disfunción moderada, y de 0 a 3 disfunciones severa. El AF, es una herramienta útil para conocer la situación familiar y su posible papel en el origen de los conflictos y en su solución, y dada su simplicidad es posiblemente, el cuestionario de elección con este fin en la práctica clínica. Existen otros cuestionarios que analizan la FM igualmente validados que el AF; pero en general, suelen contener un número tan elevado de ítems que los hace de difícil aplicación, entre estos están; la escala de ambiente familiar (CES) tiene 90 ítems, la escala de McMaster 53 ítems, una de las últimas versiones del Faces III dispone de más de 20 ítems, mientras que más asequible sería, la escala de Pless-Satterwhite con 15 ítems²⁶.

El objetivo fundamental de este tipo de instrumento, es disponer en muy poco tiempo, de una información válida y fiable que nos oriente sobre un determinado problema psicosocial, en nuestro caso, una posible disfunción familiar. Más no pretende pues sustituir la información que se obtendría de una entrevista familiar más o menos extensa ²⁷.

La disfunción familiar en principio, es un problema de interrelación con uno mismo y con las estructuras sociales, condición compleja porque requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales, aspectos económicos, sexuales, religiosos, etc., Las interacciones entre los miembros de la familia pueden ser negativas o positivas, cuando se dan las segundas, proveen sensación de bienestar y el apoyo que permite mantener el soporte emocional como vehículo de socialización²⁸.

La validación inicial del AF, se efectuó para establecer correlaciones con un instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index), e igualmente con estimativos de función familiar hechos por diversos psicólogos. La

validación mostró un índice de correlación de 0.80 entre el APGAR/Pless-Satterwhite y de 0.64 entre APGAR/estimación de psicólogos. Este mismo estudio observó cómo los puntajes en familias de profesionales (promedio = 8.24) eran significativamente más altos que los puntajes observados en las familias no profesionales (promedio = 5.89) ²⁹.

Así mismo, en diversos estudios de la Universidad del Valle, se ha utilizado el APGAR familiar como instrumento de evaluación de la función familiar, en diferentes entidades como; embarazo, depresión postparto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial, y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de familias. Así, ha sido posible observar que el instrumento es de gran utilidad y fácil aplicación, cuando el nivel de escolaridad del paciente permite el auto administración³⁰.

Por consiguiente, y dada la elevada prevalencia de disfunción familiar reportada en estudios realizados en general, y en nuestro país en particular, parece necesario educar a los profesionales de la salud para que se enfrenten eficazmente a estos problemas. Tomando en cuenta que, el mayor número de procesos crónicos y la percepción subjetiva que de su propia salud tiene el paciente, se relacionara, con la peor función familiar.

De esta forma, el clínico identifica con mucha facilidad la disfunción familiar severa, bien sea por el interrogatorio o por la observación de las interacciones familiares. Sin embargo, lo más común en la práctica ambulatoria es que el enfermo haga una negación de sus problemas familiares o que el agente de salud tenga dificultad para abordar tales temas. En estas circunstancias, el APGAR familiar cobra su importancia como herramienta de enfoque del problema, en el seguimiento y orientación para una remisión oportuna y adecuada, en los casos que sea necesario.

Pues a saber, al médico familiar le debe interesar la evaluación de la funcionalidad familiar, en la medida que permite comprender, cómo los daños a la salud (entendidos como factores de estrés individual y familiar) son manejados por las familias. Dicha evaluación, por parte de los médicos de familia, comprende actividades de carácter clínico, que se vinculan con una visión integradora de elementos biológicos, psicológicos y sociales que interactúan para dar como resultado uno o varios daños a la salud.

El afrontar estos factores de estrés, depende entre otros elementos, del grado de cohesión, adaptabilidad y calidad en la comunicación, que se dé entre los miembros de la familia. La evaluación funcional familiar y el riesgo de disfunción,

propicia la posible participación de los profesionales de la salud, para ofrecer el apoyo que requieran las familias con mayor riesgo, y permite establecer una serie de tareas de carácter clínico, dirigidas a un manejo médico más integral de los daños a la salud, así como, la previsión de intervenciones de otros miembros, del equipo de salud. De esta forma, la evaluación familiar favorece el cumplimiento de las premisas de la práctica de la Medicina Familiar: continuidad de la atención, evaluación integral del proceso salud-enfermedad en los individuos y sus familias, y anticipación a los daños a la salud mediante un enfoque de riesgo.

En base a lo anterior, es necesario considerar que la funcionalidad familiar, no debe ser entendida como un elemento estático, sino por el contrario, debe ser evaluada al tomar en cuenta su gran dinamismo. Pues es un grave error, calificar a una familia como funcional o disfuncional, como si se tratara de un diagnóstico definitivo, etiquetándola bajo la idea de que, así ha permanecido o permanecerá por tiempo indefinido.

Por su parte, De la Revilla señala, que entre los elementos que afectan a la dinámica familiar, conviene destacar dos por su importancia; los cambios obligados; que se producen en el tránsito de una etapa a otra del ciclo vital, y en segundo la presentación de acontecimientos vitales estresantes; factores familiares (divorcio, muerte), económicos, laborales y escolares (huelgas, cambio de empleo, problemas de adaptación escolar), legales (detenciones, juicios) y ambientales (emigración, cambio de residencia).

Entendiéndose por ciclo vital familiar, las diversas fases o etapas, por las que suelen pasar los arreglos familiares, desde la constitución de un núcleo inicial (pareja con o sin hijos, principalmente, pero no exclusivamente), pasando por distintos momentos de cambio de acuerdo al crecimiento del grupo inicial, y a las edades de sus miembros, hasta la disolución de dicho núcleo, o su dispersión en nuevos núcleos y arreglos familiares. Ambos conceptos están asociados a patrones demográficos y socioculturales, como la nupcialidad, fecundidad, mortalidad, las estrategias de sobrevivencia, prácticas culturales de convivencia o cohabitación, condiciones materiales de vida, y al nivel socioeconómico de los miembros del hogar o familia. Por su parte, la tipología familiar alude, a la composición de los arreglos familiares y no familiares, dentro de cada hogar o vivienda, a partir de las relaciones de parentesco entre sus miembros, con respecto a una persona de referencia, que por lo general, es aquella considerada como jefe o jefa del hogar. Así mismo existe, mucha evidencia de que los factores psicosociales, como el estrés y la ansiedad, afectan tanto la capacidad del paciente para enfrentarse a la enfermedad, como la predisposición a contraerla.³¹

Por lo anterior, el diagnóstico de salud familiar, por medio de la evaluación de funciones familiares, permite dar la orientación para conservar la integridad familiar, con el fin de mantener en lo posible, el núcleo familiar en una homeostasis biológica y psicoafectiva, para generar acciones que permitan, una mejor calidad de vida, y un mejor control de paciente sobre su enfermedad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La disfunción familiar se ha asociado a muchos factores entre ellos, experiencias familiares, sexo, edad, disfunción cognitiva, el ambiente social del individuo, el dolor, grado de incapacidad y la presencia de una enfermedad somática y su severidad son sólo algunos factores involucrados.

La presencia de disfunción puede empobrecer el pronóstico de algunas enfermedades como la hipertensión (hipertensos deprimidos ambulatorios) en los cuales se describe hasta el doble de riesgo de mortalidad, el identificar si en la población existe relación entre disfunción familiar e hipertensión nos debe orientar para realizar las acciones preventivas de manera oportuna de tal forma que se limiten los daños al paciente.

Por otro lado la hipertensión, en la población en estudio, está condicionada por los factores genéticos, como la herencia y la raza; los factores de la alimentación; los factores ambientales, donde se incluye el ruido excesivo; los factores psicosociales, que incluyen el tipo de personalidad tipo A, el estrés emocional, psicosocial y tensión ocupacional; y otros factores como la obesidad, el sedentarismo y tabaquismo (OPS, 1990). Tan solo en la ciudad de México y área de la megalópolis, el 50% de los derechohabientes adultos mayores del IMSS sufre hipertensión. A nivel nacional el 50% de 5 millones 225 mil 907 adultos mayores derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) sufre de alguna enfermedad crónica. A nivel nacional e internacional, la prevalencia de depresión en los hospitales generales, se encuentra entre 18 y 35%.

Además es bien conocido que la presencia de comorbilidad médica crónica aumenta la prevalencia de alteraciones del estado de ánimo a corto plazo de 5.8 a 9.4% y de 8.9 a 12.9%. En relación con valle de Chalco municipio del estado de México la prevalencia de pacientes con hipertensión arterial sistémica es de 5692 según el censo de pacientes con hipertensión arterial hasta abril del 2014.

Mi cuestionamiento es

¿Hay disfuncionalidad familiar en pacientes con hipertensión arterial?

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio surge ante necesidad de conocer la disfuncionalidad familiar de población con hipertensión arterial en la consulta externa de medicina familiar, siendo los problemas crónicos degenerativos, los principales motivos de consulta en estas unidades familiares, así como, en hospitales de segundo nivel de atención, principalmente en el servicio de urgencias. Considerando que dentro de las funciones del médico familiar ésta, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como, el conocimiento de la funcionalidad de las familias a su cargo, y no solo de la enfermedad. Por esta razón, creo importante identificar, la presencia de disfunción familiar percibida por algún miembro de la familia, logrando con ello que el médico que atiende a estos enfermos, otorgue una atención en forma más integral, respecto al control de su enfermedad, con un enfoque familiar, y tomando como base, el conocimiento de su funcionalidad.

Por lo anterior, se considera de suma importancia, para la atención primaria del paciente con hipertensión arterial, el conocer su disfuncionalidad familiar, y tratar con ello de disminuir su incidencia.

Siendo esta investigación de gran importancia y magnitud, dado que conocer si, la presencia de disfunción familiar en paciente con hipertensión arterial, contribuye a lograr un control de su enfermedad. Teniendo en cuenta, que en las unidades de medicina familiar se requiere del compromiso del personal de salud, a fin de realizar un manejo más estrecho con las familias disfuncionales, interesado en el diagnóstico y tratamiento de este tipo de pacientes.

Por lo anterior, el diagnóstico de salud familiar, permite dar la orientación para conservar su integridad, con el fin de mantener en lo posible, el núcleo familiar en una homeostasis biológica y psicoafectiva, para generar acciones que permitan, una mejor calidad de vida y control del paciente enfermo

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Los pacientes con hipertensión arterial tienen disfuncionalidad familiar.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar cuál es la disfuncionalidad familiar en el Paciente con hipertensión arterial en la UMF 180 del IMSS

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1.- Identificar la edad en pacientes con hipertensión arterial con disfunción familiar, derechohabientes de la UMF 180 del IMSS.

2.- Identificar el género de los pacientes con hipertensión arterial con disfunción familiar derechohabientes de la UMF 180 del IMSS.

3.- Estadificar el grado de hipertensión arterial en pacientes con disfunción familiar derechohabientes de la UMF 180 del IMSS

MATERIAL Y METODOS

Población, lugar y tiempo:

Se realizó en la población de ambos géneros, con diagnóstico de hipertensión arterial y que pertenezcan a un núcleo familiar en la UMF con UMAA 180 de primer nivel la cual se encuentra localizada en Avenida López Mateos esquina Solidaridad Colonia Providencia, CP 56600 Chalco México entre Norte 8 y Avenida Solidaridad. Durante el año 2015.

DISEÑO

Se realizó un estudio analítico, transversal, prospectivo.

- Analítico: describe las características de un grupo de individuos
- Transversal: una sola medición de tiempo.
- Observacional: no se manipularon variables.
- No experimental, ya que no aplica una variable independiente en espera de un cambio en el sujeto.
- Prospectivo: es una medición a partir del 01 de enero del 2015 y hasta completar el tamaño de muestra.

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial consignados en su expediente clínico.
- Ambos géneros
- Pacientes con edad entre 40 y 100 años.
- Pacientes que aceptaron contestar el test Apgar Familiar, previo consentimiento informado del paciente.

Criterios de exclusión

- Pacientes con algún deterioro cognitivo.

Criterios de eliminación

- Pacientes que contesten de manera parcial el instrumento.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizó un muestreo de tipo intencional en el cual se elige a los individuos que son representativos de la población de la UMF con UMAA 180, según los criterios de selección para facilitar la información necesaria. Tomando como universo de estudio a 140 pacientes ambos géneros, con el diagnóstico de hipertensión arterial (en la unidad familiar donde se realizó el estudio existe un censo nominal de 19,859 derechohabientes adultos hasta marzo del 2014, de los cuales 5,692 (29%) tienen el diagnóstico de HAS; datos obtenidos del archivo clínico de la UMF con UMAA 180, IMSS, valle de Chalco 2014).

El tamaño de la muestra para el diseño de una encuesta, basado en una fuente aleatoria simple, se calculó mediante la siguiente fórmula.

$$n = t^2 \times p (1 - p) / m^2$$

Descripción de la fórmula:

n = tamaño de la muestra requerido

t = nivel de fiabilidad de 95% (valor estándar de 1.96)

p = prevalencia estimada, de la variable considerada 90% (0.9)

m = margen de error de 5% (valor estándar de 0,05)

Sustitución de los valores

n. = tamaño de la muestra requerido

t. = $1,96^2 = 3.8416$

p. = 0.9.

m. = $0.05^2 = 0.0025$

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.9 (1-0.9)}{0.05^2}$$

$$n = \frac{3.8416 \times 0.9 (0.1)}{0.0025}$$

$$n = \frac{0.3457}{0.0025}$$

$$n = 138.276$$

n = 140 Pacientes en total.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Variables cuantitativas:

Medidas de dispersión central, media, moda, Promedios, t studen, Valores de referencia puntual, valor p, e índice de confiabilidad de 95%

Variables cualitativas:

Medidas de tendencia central, Frecuencia, proporción y dispersión en percentiles, X con valor de referencia

Definición de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medida
Hipertensión arterial	Aumento excesivo de la tensión vascular o sanguínea:	Normal <120/<80 Pre hipertensión 120-139/80-89 Estadio 1 140-159/90-99 Estadio 2 160- />100-	Nominal Cuantitativa continua	Clasificación de la Hipertensión arterial	mmhg
Dinámica familiar	La fuerza en el trabajo de una familia que produce comportamientos y síntomas particulares.	1- Adaptabilidad 2- Cohesión: 3- Comunicación	Nominal cuantitativa	Apgar	Funcional Moderadamente disfuncional Disfuncional.
Edad	Tiempo transcurrido entre la fecha de nacimiento y el momento actual, expresado en años	DE 30 años Hasta 100 años	Escalar Cuantitativa Continua.	Según último año cumplido	Años
Genero	Conjunto, grupo con características comunes	Masculino Femenino	Nominal Cualitativa	Según sexo biológico	Caracterizar a la población en estudio según género.

VARIABLES

Disfunción familiar
Hipertensión arterial
Edad
Genero

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS

Consideraciones éticas.

Se encuentra dentro de lo legislado en la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4to, en la ley general de salud, en el código de Núremberg, no se viola ningún derecho humano. Se informará a los participantes los objetivos y métodos de trabajo para que puedan elegir participar o no, sin implicación alguna en sus estudios.

De acuerdo con lo estipulado en la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud (título II, capítulo 1, Art 17, sección 1) corresponde a o riesgo inferior al mínimo.

No se contrapone a lo establecido en el capítulo I, Art 3ro de la Ley General de Población, ni a lo especificado en el capítulo VI, Art 67 de la Ley General de Salud. Ni a lo establecido en la sección sexta, Art. 71 y 72 del reglamento de los servicios médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En el presente estudio los participantes serán informados verbalmente. En el presente estudio los participantes serán informados sobre los objetivos del estudio y se les solicitará su autorización por escrito a través del consentimiento informado, basándose en la Ley General de Salud y la declaración de Helsinki.

RECURSOS HUMANOS FISICOS, FINANCIEROS:

Humanos:

- Se solicitó apoyo al personal de asistentes médicos de ambos turnos, para la detección de pacientes que acuden a consulta para atención de hipertensión arterial.
- Se solicitó apoyo al personal de ARIMAC para obtener datos estadísticos de la unidad.
- El propio investigador.

Físicos:

- Se utilizó recursos propios del investigador.
- Hojas de papel bond, para elaboración del instrumento de evaluación. (Anexo 1), elaboración de consentimiento informado (anexo 2) y Banco de datos (anexo 3):
- Lápiz y borrador.
- Equipo de cómputo. Paquete estadístico IBM SPSS versión 22
- Tabla de respaldo.

Financieros:

- Propios del IMSS y del investigador.

RESULTADOS.

Se estudiaron 140 pacientes con hipertensión arterial (grupo estudio) adscritos a la UMF N° 180 del IMSS de Valle de Chalco Estado de México que acudieron al control mensual. Observando que del total de la muestra analizada (n=140), 42 pacientes fueron del género masculino 30% y 98 fueron género femeninos 70% (tabla 1).

Tabla 1: frecuencia género de pacientes con hipertensión arterial.

	n140	
Género	Frecuencia	Proporción
Masculino	42	30
Femenino	95	70

Fuente: UMF/ UMAA 180 periodo del 01 de noviembre 2014 a julio 2015

La edad de mayor porcentaje fue de 50 a 59 años con una frecuencia de 48 (34 %) y el de menor frecuencia fue de 90 a 100 años con una asuidad de 2 (1%). (Tabla 2)

Tabla 2 frecuencia edad de pacientes con hipertensión arterial.

	n140	
Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
30 a 39	6	4
40 a 49	18	13
50 a 59	48	34
60 a 69	34	24
70 a 79	18	13
80 a 89	14	10
90 a 100	2	1

Fuente: UMF/ UMAA 180 periodo del 01 de noviembre 2014 a julio 2015

Del total se realizó el Apgar Familiar en donde con una frecuencia mayoritaria de 107 casos (76%) de familia funcional, seguido de moderadamente funcional con 28 (20%) y familia disfuncional en 5 (4%) (Tabla 3).

Tabla 3: Apgar familiar en pacientes con hipertensión arterial.

n140		
APGAR.	Frecuencia	Porcentaje
Funcional	107	76
Moderadamente	28	20
Disfuncional	5	4

Fuente: UMF/ UMAA 180 periodo del 01 de noviembre 2014 a julio 2015

Por otro lado del total de pacientes hallados con frecuencias de Tensión Arterial Sistólica (TAS), Tensión Arterial Diastólica (TAD) y Edad se encontró que de acuerdo a la Edad, la media es de 61 la mediana de 59 la moda de 59 y la desviación estándar de 13. En relación a la TAS, la media es de 126; la mediana de 120; la moda de 120 y la desviación estándar de 14. En TAD, la media es de 79; la mediana de 79; la moda de 80 y la desviación estándar de 9 (Tabla 4)

Tabla 4: Frecuencia Tensión Arterial Sistólica, Tensión Arterial Diastólica, Edad.

n140				
	Media	Mediana	Moda	Desviación Estándar
Edad	61.09	59.0	59	13
Tensión Arterial Sistólica	126*	120	120	14
Tensión Arterial Diastólica	79.39+	79.39	80	9

* T student Tensión Arterial Sistólica $p < 0.001$ Intervalo de confianza IC_{95%} (123.59 – 128.41)

+ T student Tensión Arterial Diastólica $p < 0.001$ intervalo de confianza IC_{95%} (77.90 – 80.87)

Fuente: UMF/ UMAA 180 periodo del 01 de noviembre 2014 a julio 2015 resumen son significativas para el control de la hipertensión arterial la mayoría de los pacientes tienen una presión arterial

La relación entre la funcionalidad familiar APGAR con el intervalo TAS <90 mmhg fue funcional de 86, moderadamente funcional de 20 y disfuncional de 3, el intervalo TAS de 90/100 mmhg fue funcional de 21, Moderadamente funcional de 8 y disfuncional de 2. En la relación del intervalo TAD <140 mmhg fue funcional de 88, moderadamente funcional 18 y disfuncional de 3, el intervalo TAD de 140/190 mmhg fue funcional de 19, moderadamente funcional de 10 y disfuncional de 2. (Tabla 5)

Tabla 5: Relación de la tensión arterial sistólica, diastólica en control y no control con la funcionalidad familiar

	n140			
APGAR.	Tensión arterial diastólica		Tensión arterial sistólica	
	<90mmhg	90/100mmhg	<140mmhg	140/190mmhg
Funcional	86	21	88	19
Moderadamente	20	8	18	10
Disfuncional	3	2	3	2

Fuente: UMF/ UMAA 180 periodo del 01 de noviembre 2014 a julio 2015

La disfunción familiar en pacientes con hipertensión arterial nos da como resultado de acuerdo a la funcionalidad familiar APGAR en relación con la presión arterial sistólica < 90 mmhg nos da como resultado 86 y disfuncional nos da 23, en relación a la tensión arterial sistólica 90/100 mmhg nos da como funcional 21 y disfuncionalidad de 10. (Tabla 6)

Tabla 6: Disfunción familiar En paciente con hipertensión arterial en la UMF 180

	n140			
APGAR.	Tensión arterial diastólica		Tensión arterial sistólica	
	<90mmhg	90/100mmhg	<140mmhg	140/190mmhg
Funcional	86	21	88	19
Disfuncional	23	10 [¥]	21	12*

* χ^2 p (0.024) Intervalo de confianza 95% IC 95% (0.266 – 0.897), ¥ χ^2 p (0.197) Intervalo de confianza 95% IC 95% (0.340 – 1.233)

Nuestro estudio detecto la existencia de disfunción familiar en 10 y 12 de 140 pacientes con hipertensión arterial sistémica comparada con la relación con las familias funcionales y pacientes controlados. Esto explica el objetivo de este estudio, donde se puede observar que la disfunción familiar de los pacientes estudiados, parece contribuir en cierta forma, a que la población con hipertensión arterial no logre un control adecuado de su enfermedad. Estos resultados son similares a los ya reportados en otros estudios donde se ha valorado la función familiar y su posible repercusión al mal control de ciertas patologías como es el caso de pacientes diabéticos, nefropatías, donde no se logra una respuesta favorable a los tratamientos establecidos. Encontrando en estos casos, que la función familiar y el apoyo familiar, de igual forma estaban alterados.

Respecto al género y de acuerdo a la muestra estudiada, el femenino fue el más afectado con 70% este se vio favorecido por que en nuestra muestra de estudio, el sexo femenino fue el más representativo (70%).

DISCUSIÓN.

En el presente estudio encontramos pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en un rango de edad de entre 30 y 100 años con un predominio de 50 a los 59 años lo que nos lleva a pensar en un alto grado de complicaciones financieras y sociales que con el tiempo puede contribuir en una disfunción familiar y agravar el padecimiento por el tiempo estimado de que puede evolucionar esta enfermedad y manifestar sus complicaciones

Además se observó una disfunción familiar en 24% de los pacientes y de 76% en familias funcionales, lo que nos haría pensar que aun de que los pacientes se encuentran enfermos tiene la percepción de estar apoyados por sus familiares ya que consideran que su familias son funcionales.

Encontramos que el estudio de Tatiana Ceballos Robles titulado Funcionalidad Familiar en el apego al tratamiento farmacológico del paciente con hipertensión arterial sistémica en una unidad de medicina familiar (2016) estudio realizado en Sonora el rango de edad de mayor frecuencia el de 30 a 49 lo que agravara el problema ya que se está presentando a una edad más temprana lo que condicionara mayor riesgo de complicaciones además de que se pondría mayor presión en los familiares para el cuidado del paciente con hipertensión arterial sistémica así como la interacción con su familiares.

En relación con la funcionalidad familiar encontró que el 45% presentan funcionalidad familiar y 54 % una disfuncionalidad familiar lo que difiere de nuestro estudio donde se apreció que el mayor porcentaje de los pacientes presenta una funcionalidad familiar y una minoría pero significativa de disfunción familiar.³²

Por otra parte en el estudio realizado por la Dra. Marbella Pérez en el 2012 acerca de la funcionalidad y disfuncionalidad en las familias de pacientes hipertensión arterial sistémica de la umf 28 la funcionalidad familiar se encuentra alterada en 85% de los pacientes estudiados ya que presentan disfunción familiar sin encontrar diferencias notables entre los pacientes controlados y descontrolados, lo que también difiere de nuestro estudio donde se apreció que el mayor porcentaje de los pacientes tiene una familia funcional y una minoría pero significativa de disfunción familiar.

Además de que la disfunción familiar en pacientes con hipertensión arterial nos da como resultado en relación con la presión arterial sistólica < 90 mmhg 86 pacientes con familia funcional y 23 en familia disfuncional en relación a la tensión arterial sistólica 90/100 mmhg nos da como funcional 21 pacientes y disfuncionalidad de 10, por lo cual si existe en nuestro estudio una muestra que es significativa en relación con los pacientes controlados y descontrolados.³³

En el estudio de evaluación de la funcionalidad familiar en pacientes con hipertensión arterial en el hgz/umf no 8 Dr. Guillermo Flores Izquierdo presentado por la Doctora Jaqueline Soriano Tadeo se encontró un mayor porcentaje en la edad de 61 a 70 años,

Con una frecuencia de 156 en funcionales (68.42 %) y una disfuncionalidad del 72 (31.58%).³³ y además de que en el estudio de funcionalidad familiar en pacientes con hipertensión arterial sistémica de la umf 224 Zinacantepec México de enero a febrero del 2014 presentado por MC. Esteban Villanueva Aguilar se tuvo un mayor frecuencia de edad de 60a 69 (36...37%) y de los cuales 60 pacientes con funcionalidad familiar y 36 pacientes con disfuncionalidad familiar (modelo de olson).³⁴

los cuales concuerdan con nuestro estudio ya que en relación con el mayor porcentaje de los pacientes funcionales y una minoría pero significativa como disfuncional. En relación con la edad se presenta en edades más tardías probablemente por el tipo de estudio que se realiza en provincia.

CONCLUSIONES

La disfuncionalidad familiar influye directamente con el apego al tratamiento del paciente con hipertensión arterial ya que este estudio se ha visto que el ambiente familiar dentro del que se ven involucrados, influye en gran medida al buen control de la enfermedad, así como, a la modificación de la conducta tanto del enfermo, como del resto de los miembros del núcleo familiar.

Esto trae como consecuencia, alteraciones en su dinámica familiar, de no saber manejar el contexto enfermo-enfermedad dentro de la familia. Con ello se determinara parte del interés o motivación del enfermo para el control de su patología, en base a la convivencia adecuada o inadecuada que predomine en su núcleo familiar.

Lo que trae consigo alteraciones en la dinámica familiar, y con ello modificaciones importantes en cuanto al ciclo vital en que se esté viviendo, contribuyendo esto de cierta manera a que el enfermo hipertensión arterial sistémica no logre su control adecuado, por falta de apoyo familiar, siendo la esfera más baja la de afecto, donde se valora la capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familia, y demostrar distintas emociones, tanto de bienestar, como de emergencia.

Siendo la esfera más alta adaptabilidad, que refleja la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares, para resolver situaciones de crisis como son, los cambios obligados que se producen de una etapa a otra del ciclo vital, y los

acontecimientos vitales estresantes; factores familiares (enfermedad, divorcio), económicos, laborales, escolares, etc., como sucede en este estudio, donde el tener un enfermo con hipertensión, ocasiona que la familia, en su mayoría no lo acepte y apoye, a superar la crisis, manifestándose a través de la disfunción familiar.

Por tanto, la familia juega un papel de vital importancia para el control del paciente hipertensión arterial sistémica, así como, la cooperación y aceptación de su condición por este último y sus familiares.

El género más afectado fue el femenino tanto en familias funcionales como disfuncionales y esto se deba quizá a él tipo de muestra analizada, donde 70% pertenece a éste mismo, dado que son las pacientes que más regularmente acuden a control de su enfermedad.

En resumen, las personas con hipertensión arterial, afrontan su problema de una manera individual, a través de la consulta externa en el primer nivel de atención, además del uso de sus propios recursos, en base a sus vivencias y apoyo familiar que reciben.

RECOMENDACIONES.

Por parte del médico familiar se debe de realizar un trabajo oportuno para determinar el grado de funcionalidad y disfuncionalidad en el paciente hipertensión arterial sistémica, teniendo redes de apoyo ya sea de la familia como de las instituciones para permitir que el paciente controle adecuadamente su hipertensión arterial y que no se afecte la dinámica familiar.

Es de gran importancia para el paciente con hipertensión arterial el conocer la condición y participar activamente en el control de su enfermedad. Además de compartir información con la familia, acudir periódicamente a supervisión médica y ayudar a otras personas que lo requieran, para que reciban tratamiento. Además hay que recordar que el estado emocional puede tener efectos en su salud.

Dado que es difícil determinar si la disfunción familiar puede ser causa o efecto del descontrol de la hipertensión arterial sólo podemos decir que la presión ejercida por el padecimiento crónico puede alterar las condiciones facilitadoras de la función familiar. Si bien nuestro estudio tiene limitaciones para evaluar la relación entre disfunción familiar y la asistencia del paciente.

La mayor proporción de pacientes con hipertensión arterial se recomendaría observar la situación observada en poblaciones con nivel socio económico y cultural bajo como lo es en valle de Chalco.

Por lo que este tema resulta relevante en medicina familiar ya que puede ayudar a instaurar el diagnóstico de salud familiar como un eje de atención para identificar oportunamente los fenómenos de crisis familiar estableciendo la necesidad de ayuda técnica profesional.

Dado que diversos fenómenos asociados a patologías orgánicas u otros padecimientos crónicos tienen como objeto la disfunción familiar y está obligado a intervenir en este aspecto, pues de no hacerlo las recaídas, cronicidad y fracaso terapéutico son frecuentes.

Los pacientes con hipertensión arterial, por lo general demandan mayor apoyo familiar, no escapan a esta condición. El test de Apgar familiar, diseñado como un instrumento de tamizaje, permitió discernir entre los diferentes niveles de alteración de la dinámica familiar. Se ha informado que su sensibilidad podría no ser adecuada debido a que puede existir cierto grado de disfunción no evaluable.

Esto puede deberse a sesgos en las respuestas debido a la interpretación de la familia como una esfera privada cuya intimidad se tiende a preservar más que otros aspectos que afectan exclusivamente al individuo. Evidentemente esta consideración puede subestimar el grado de disfunción.

También es conveniente resaltar que el estudio se basa en la percepción del paciente respecto a su familia, lo que implica que de acuerdo a las características del individuo, sus relaciones interpersonales y su contexto familiar o social pueden facilitar, modificar o incluso impedir que la red de apoyo familiar se otorgue si la conducta del enfermo muestra desadaptación, desorden o conflicto ante la condición crítica en que se encuentra.

No obstante las limitaciones del estudio, la contribución respecto a las características de la dinámica familiar del paciente con una enfermedad crónica como la hipertensión arterial, permite identificar los patrones de funcionalidad de familia y su influencia en el cuidado del enfermo, lo que depende fundamentalmente de la eficiencia familiar, de los patrones de liderazgo, expresión de conflictos y claridad en la comunicación, conceptos que pueden ser las directrices de futuras investigaciones.

Por otra parte, el tema es relevante ya que la atención y el control de las enfermedades crónicas representan un reto para los servicios de salud. La información puede ser utilizada para estructurar intervenciones con estrategias individuales y familiares que permitan reforzar los valores familiares y sociales,

pues se sabe que la familia es una fuente disponible y accesible de apoyo para los enfermos.

Más que sustituir las fuentes de apoyo informal, como la familia, se deben buscar las estrategias tendentes a aumentar su capacidad de ayuda y funcionamiento por parte del equipo de salud, a partir de intervenciones en grupos de apoyo a pacientes y familiares

SUGERENCIAS

Ya que la hipertensión arterial es considerada como un predictor de primordialidad para enfermedades cardiovasculares: enfermedad cerebro vascular, infarto del miocardio, insuficiencia cardiaca, enfermedad arterial periférica e insuficiencia renal.

Es de gran importancia el tener un buen control y es de gran importancia el tener una adecuada dinámica familiar para tener una familia funcional lo que nos podría ayudar para un buen control de la hipertensión arterial por lo cual recomiendo que a todos los paciente mayores de 18 años y que presenten antecedentes familiares se deberá de realizar una historia clínica completa y detallada, exploración física concienzuda para identificar presencia de signos y síntomas de hipertensión arterial.

Por lo que creo conveniente tomar la presión arterial 2 veces en cada consulta, al menos en 2 consultas con un intervalo semanal mínimo. Para realizar un diagnóstico efectivo, además de examinar fondo de ojo ya que tiene confiabilidad, precisión y utilidad demostrada.

Auscultación cardiaca para detección de soplos cardiacos o arritmias, es fiable y recomendable. Pruebas diagnósticas biometría hemática completa, creatinina sérica, glucosa electrolitos (Na, Ca, K), colesterol, triglicéridos, HDL, Ácido úrico. Rayos X PA de Tórax, EKG 12 derivaciones, identificar factores de riesgo cardiovasculares para poder dar un tratamiento oportuno según sea el caso y las características de los pacientes.

Además de que recomiendo realizar ejercicio aeróbico de 30 a 60 minutos, al menos de 3 a 5 días a la semana. Con una Dieta rica en frutas y verduras (5-7) con alto contenido de potasio (sin IRC). Ingesta de sodio a 2.5 - 3 grs/día. Pérdida de peso en caso de que el paciente lo requiera, Reducción en el consumo de alcohol ya que disminuye la presión arterial de 3-4 mmHg. Disminuir el Consumo excesivo de café (> 5 tasas al día) ya que esto incrementa la T/A de 1 a 2 mmHg, tanto en pacientes hipertensión arterial sistémica como no hipertensos. Suspensión del hábito tabáquico. Existe una reducción de T/A por

disminución de ingesta de sodio es de mayor magnitud en pacientes > 45 años que no reciben tratamiento farmacológico.

Es de gran importancia la referencia a Pacientes hipertensión arterial sistémica con complicaciones. Anualmente enviar a valoración oftalmológica y medicina interna con el propósito de vigilar, detectar y controlar oportunamente la aparición de lesiones a órgano blanco.

Para concluir queremos enfatizar que no se puede hablar de funcionalidad familiar como algo estable y fijo, sino como un proceso que tiene que estarse reajustando constantemente. Si la familia establece estrategias disfuncionales ante las situaciones de cambio, como la rigidez y la resistencia, esto provoca una enquistación de los conflictos y por tanto, comienzan a aparecer síntomas que atentan contra la salud y el desarrollo armónico de sus miembros.

Por lo tanto, la principal característica que debe tener una familia funcional es que promueva un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio.

ANEXO 2 - CUESTIONARIO APGAR PARA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

Nombre: _____

Instrucciones: Responda de acuerdo a su apreciación personal las siguientes preguntas marcando con una cruz la respuesta que más se acomode a su vivencia personal en su familia.

	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
	0	1	2
¿Está satisfecho (a) con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en su casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en su casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
¿Siente que su familia lo (a) quiere?			

Análisis:

Puntaje Total: _____

Familias altamente funcionales	7 a 10 puntos
Familias moderadamente funcionales	4 a 6 puntos
Familias severamente disfuncionales	0 a 3 puntos

ANEXO 3- CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	DISFUNCIÓN FAMILIAR E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 180 EN VALLE DE CHALCO ESTADO DE MÉXICO AÑO 2015
Patrocinador externo (si aplica)*:	NINGUNO
Lugar y fecha:	VALLE DE CHALCO ESTADO DE MÉXICO AÑO 2015
Número de registro:	R-2014-1401-37
Justificación y objetivo del estudio:	surge ante necesidad de conocer la funcionalidad familiar de enfermos hipertensos En la consulta externa de medicina familiar. objetivo determinar cuál es la funcionalidad familiar en el paciente con hipertensión arterial en una unidad de medicina familiar del IMSS
Procedimientos:	se realizara un muestreo intencional en donde se elegirán los individuos con dx de hipertensión arterial
Posibles riesgos y molestias:	bajo riesgo
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	mejorar la dinámica familiar
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	
Participación o retiro:	
Privacidad y confidencialidad:	En el presente estudio los participantes serán informados verbalmente. En el presente estudio los participantes serán informados sobre los objetivos del estudio y se les solicitará su autorización por escrito a través del consentimiento informado, basándose en la Ley General de Salud y la declaración de Helsinki.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autorizo que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: _____

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

Investigador Responsable: _____

Colaboradores: _____

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

Nombre y firma del sujeto

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.

* En caso de contar con patrocinio externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación Científica

ANEXO 4- DICTAMEN

 MÉXICO GOBIERNO DE LA REPÚBLICA		Dirección de Prestaciones Médicas Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud Coordinación de Investigación en Salud	 IMSS
---	---	---	---

"2014, Año de Octavio Paz".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1401
H GRAL REGIONAL 196 FIDEL VELA, MÈXICO ORIENTE, ESTADO DE

FECHA **20/10/2014**

DR. ULISES GARCIA LUJANO

P R E S E N T E

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

DISFUNCIÓN FAMILIAR E HIPERTENSION ARTERIAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 180 EN VALLE DE CHALCO ESTADO DE MÉXICO AÑO 2015

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

Núm. de Registro
R-2014-1401-37

ATENTAMENTE

DR.(A). MARÍA DE LA LUZ GODÍNEZ FLORES
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1401



IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

BIBLIOGRAFIA:

- 1.-De la Noval GR¹, Armas RNB², Dueñas HA, y col. Programa de control de la hipertensión arterial en el municipio Plaza (CHAPLAZA).
- 2.-OPS. Health in the Americas, 2002 edition. Volume I. Washington, D.C. PAHO; 2002. (PAHO Scientific and Technical Publication No. 587).
- 3.-Arrivillaga M¹, Cáceres RD ², Correa D³, y col. ¿Puede una intervención biopsicosocial reducir los niveles de presión arterial? Med Unab. 2006; 8(1); 20-27.
- 4.-Hernández HH, Meaney ME, Navarro RJ. Actualización del Consenso Nacional de Hipertensión Arterial. Med Int Méx. 2006; 22(1); 44-45.
- 5.-Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de la Hipertensión Arterial.
- 6.- Joint National Committee. The seven report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure (JNC VII). Arch Intern Med. 2003.
- 7.- Joint National Committee. The eight report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure (JNC VIII). Arch Intern Med. 2014.
- 8.- European society of Hipertension and of the European Society of Cardiology 2013 Guidelines for Management of Arterial Hipertension. The task forcé for the management of arterial hypertension of the European Society of Hipertension and of the European Society of Cardiology. European Heart Journal. 2013, 28; 1462-1536.
- 9.-Bustos SR¹, Mesa SA², Bustos MA³ y col. Hipertensión arterial en el paciente anciano del occidente de México. Rev. Cubana Med Gen Integr 2004; 20:5-6.
- 10.-Fonseca RS, Zúñiga SG, García AG y col. Disfunción diastólica en pacientes con hipertensión de bata blanca. Med Int Méx. 2006; 22(2):85-92.
- 11.-Guidelines Subcomité WHO. 2003 World health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. Hypertension 1999; 17:151-183.
- 12.-Wing LM, Reid CM, Ryan P, et al. Second Australian National Blood Pressure Study Group. A comparison of outcomes with angiotensin-converting-enzyme

inhibitors and diuretics for hypertension in the elderly. N Engl J Med 2003; 348(7):583-592.

13.-Fernández OMA. "El impacto de la enfermedad en la familia" Rev. Fac. Med. UNAM Nov.-Dic 2004; 47(6); 251-254.

14.-Ortiz MTG¹, Louro IB², Jiménez CL³ y col. La salud familiar. Caracterización en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15(3):303-9.

15.-Mosterd A, D'Agostino RB, Silbershatz H, et al. Trends in the prevalence of hypertension, antihypertensive therapy, and left ventricular hypertrophy from 1950 to 1989. N Engl Med 1999; 340(16):1221-7.

16.-Comité Organizador del Consenso de Medicina Familiar Conceptos básico para el estudio de las familias. Archivos de medicina familiar 2005; 7(1):15-19

17.-Rangel JL, Valerio L, Patiño J, y col. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev Fac Med UNAM 2004;47(1);24-26.

18.-González BI. Reflexiones acerca de la salud familiar. Rev Cubana Med Genegr 2000; 16(5):508-512.

19.-Varela RFJ. Disfunción familiar en hiperfrecuentadores de atención primaria. Medicina de Familia 2000;1(2):141-44.

20.-Bellón JAS, Delgado AS. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Atención Primaria 1996;18(6):289-296.

21.-Santos CB¹, Armas FA², Ibrahin GVP³ y col. Tentativa de suicidio y Apgar familiar modificado. Rev Cubana Men Gen Integr 1997; 13(4):325-329.

22.-Smilkenstein G. The family Apgar: a proposal of a family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978; 6:1231-1239.

23.-Arias CL, Herrera JA. El Apgar familiar en el cuidado primario de salud. Colombia Médica 1994;25: 26-28.

24.-Gómez CFJ, Irigoyen CAE, Ponce RER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med FAM 1999;1(2):45-57.

25.-Méndez DM¹, Gómez LVM², García RME³ y col. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Rev. Med IMSS 2004; 42(4):281-284.

- 26.-De la Revilla L, Fleitas L, Función y disfunción familiar. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Ed. Doyma. 1994;91-100. 38.-28.-
- 27.- Bellon JA, Vilchez JL, Zafra JJ. Intervención familiar simple: una herramienta al alcance del medico de familia. Med Fam 1995;3:150-155.
- 28.-Rodríguez ÁG, Rodríguez ÁI. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. Rev Med IMSS 2004;42(2):97-102.
- 29.- GOOD MJD, SMILKSTEIN G, GOOD BJ, ET AL. THE FAMILY APGAR INDEX: A STUDY OF CONSTRUCT VALIDITY. J FAM PRACT 1979;8:55
- 30.- Newman A, Herrera JA. Prevalencia de la hipertensión arterial y el estrés psicosocial en una comunidad de Cali.Colombia Med 1993;24:44-46.
- 31.-Alchaer AJR, Bahsas BF¹. Hernández NR ² y col. Relación entre el funcionalismo familiar, el estrés y la ansiedad. Med ULA, revista de la facultad de medicina, Univ. De los andes, 1994;(3);3-4.
- 32.-Ceballos RT. Funcionalidad familiar en el apego al tratamiento farmacológico del paciente con hipertensión arterial sistémica en una unidad de medicina familiar 2016.
- 33.- Pérez CM, funcionalidad y disfuncionalidad en las familias de pacientes hipertensos de la UMF número 28. 2012.
- 34.- Suriano TJ. Evaluación de la funcionalidad familiar en pacientes con hipertensión arterial en el HGZ UMF núm. 8 dr, Guillermo flores izquierdo, 2015
- 35.- Villanueva AE. Funcionalidad familiar en pacientes con hipertensión arterial sistémica en la umf 224 Zinacantepec México de enero a febrero del 2014. 2015