

2024 ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR E HIPERTENSIÓN
GESTACIONAL EN EMBARAZADAS DE UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

MÉD. GRAL. CARLOS RUBÉN CRUZ GONZÁLEZ



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

FACULTAD DE MEDICINA

ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR E HIPERTENSIÓN
GESTACIONAL EN EMBARAZADAS DE UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

TESIS

QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE LA

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

MÉD. GRAL. CARLOS RUBÉN CRUZ GONZÁLEZ

DIRIGIDO POR

M.C.E. MANUEL ENRIQUE HERRERA ÁVALOS

QUERÉTARO, QRO. MAYO, 2024

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad de Medicina Familiar

ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR E HIPERTENSIÓN GESTACIONAL
EN EMBARAZADAS DE UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Médico General: Carlos Rubén Cruz González

Dirigido por:

M.C.E. Manuel Enrique Herrera Ávalos

SINODALES

Med. Esp. Manuel Enrique Herrera Ávalos.

Presidente

Med. Esp. Patricia Flores Bautista

Secretario

Med. Esp. Prishila Danaé Reyes Chavéz.

Vocal

M. en E. Lilia Susana Gallardo Vidal.

Suplente

M. en E. Martha Leticia Martínez Martínez.

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Mayo, 2024
México.

DEDICATORIAS

A mis padres, Rosalba y Rubén, por haberme educado con valores a lo largo de mi vida, siempre con ese deseo de superación. Y gracias a su apoyo incondicional he logrado cada una de las metas que me impongo.

A mis hermanas, que aun en la distancia siempre conté con ambas, siempre con palabras de aliento y consejos que me ayudaron a seguir adelante.

A mis compañeros colegas y amigos de la residencia médica que hicieron más ameno este camino y siempre tuvieron palabras de aliento cuando comenzaba a flaquear.

A mis profesores adscritos por las enseñanzas y consejos que fueron forjando mi formación académica desde la universidad hasta culminar la especialidad.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por permitir llegar a esta importante etapa de mi vida.

Al Dr. Manuel Enrique Herrera Ávalos por todo su apoyo siendo mi profesor titular en la residencia médica y mi director de tesis, gracias por estar siempre al pendiente y por sus consejos durante estos años.

A mis profesores adscritos en todas y cada una de las rotaciones que tuve durante la especialidad, porque en cada una de ellas aprendí cosas distintas que podré aplicar en mi vida profesional.

Gracias a todos los que contribuyeron de alguna manera en mi formación como médico especialista en Medicina Familiar.

RESUMEN

Introducción: La hipertensión gestacional es una enfermedad caracterizada por un aumento de las cifras de tensión arterial sistémica después de la semana 20 del embarazo y esta desaparece posterior al parto, además de provocar daño orgánico a la madre, también produce alteraciones en el desarrollo del producto, así mismo provoca alteraciones psicológicas y sociales, esto debido a que al producir un cierto grado de incapacidad en la mujer altera la homeostasis familiar, provocando disfuncionalidad. **Objetivo:** determinar la asociación entre la funcionalidad familiar y la hipertensión gestacional en embarazadas de una UMF. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, transversal comparativo, que se realizó en una muestra de 60 embarazadas de 18 a 40 años, usuarias y derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 16, del IMSS Delegación 23 de Querétaro, Qro. México. La muestra se calculó con la fórmula para estudios descriptivos para comparar dos proporciones. Se aplicó el Test FF-SIL para funcionalidad familiar, que tiene un alfa de Cronbach de 0.890. Para el análisis estadístico se usó la media y desviación estándar para las variables cuantitativas; y para las cualitativas, se calcularon frecuencias y porcentajes. Para la prueba de hipótesis se aplicaron la Chi cuadrada, V de Cramer y el Coeficiente de Contingencia de Pearson. En relación con los aspectos éticos se apegó a las normas éticas institucionales, a la Ley General de Salud, a la Declaración de Helsinki, Finlandia. **Resultados:** La media de edad de las pacientes fue 27 ± 5 años. Se encontró que las pacientes con disfuncionalidad familiar el 81.7% tienen hipertensión gestacional. Se relaciono significativamente la disfuncionalidad familiar con la hipertensión gestacional $p < 0.05$. **Conclusiones:** Se rechaza la hipótesis nula, por lo que podemos decir que existe asociación entre funcionalidad familiar e hipertensión gestacional.

(**Palabras clave:** hipertensión gestacional, funcionalidad familiar)

SUMMARY

Introduction: Gestational hypertension is a disease characterized by an increase in systemic blood pressure levels after week 20 of pregnancy and this disappears after childbirth. In addition to causing organic damage to the mother, it also produces alterations in the development of the product., likewise causes psychological and social alterations, this is because by producing a certain degree of disability in women it alters family homeostasis, causing dysfunction. **Objective:** determine the association between family functionality and gestational hypertension in pregnant women of a FMU. **Materials and methods:** Observational, cross-sectional comparative study, which was carried out in a sample of 60 pregnant women aged 18 to of the IMSS Delegation 23 of Querétaro, Qro. Mexico. The sample was calculated with the formula for descriptive studies to compare two proportions. The FF-SIL Test for family functionality was applied which has a Cronbach's Alpha of 0.890. For the statistical analysis, the mean and standard deviation were used for the quantitative variables; and for the qualitative ones, frequencies and percentages were calculated. To test the hypotheses, Chi square, Cramer's V and Pearson's Contingency Coefficient were applied. In relation to ethical aspects, it adhered to institutional ethical standards, the General Health Law, and the Declaration of Helsinki, Finland. **Results:** The mean age of the patients was 27 ± 5 years. It was found that 81.7% of patients with family dysfunction have gestational hypertension. Family dysfunction was significantly related to gestational hypertension $p < 0.05$. **Conclusiones:** The null hypothesis is rejected, so we can say that there is an association between family functionality and gestational hypertension.

(**keywords:** gestational hypertension, family functionality)

ÍNDICE

DEDICATORIAS	i
AGRADECIMIENTOS	ii
SUMMARY	iv
ÍNDICE DE CUADROS	vii
ÍNDICE DE GRÁFICAS	viii
ABREVIATURAS Y SIGLAS	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	2
III. FUNDAMENTACION TEORICA	3
III.1 Trastornos hipertensivos del embarazo.	3
III.2 Familia y su funcionalidad.	7
III.3 FF-SIL: Prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares.	8
IV. HIPÓTESIS	11
IV.1. Hipótesis específicas.	11
V. OBJETIVOS	12
V.1. Objetivo general.	12
V.2. Objetivos específicos.	12
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	13
VI.1. Tipo de Investigación.	13
VI.2. Población o unidad de análisis	13
VI.3. Muestra y tipo de muestra	13
VI.3.1 Criterios de selección	13

VI.3.2 Variables estudiadas	14
VI.4. Técnicas e instrumentos.	14
VI.5. Procedimiento	16
VI.5.1. Análisis estadístico	16
VI.5.2. Consideraciones éticas.	17
VII. RESULTADOS	18
VIII. DISCUSIÓN	277
IX. CONCLUSIONES	288
X. PROPUESTAS	29
XI. BIBLIOGRAFIA	30
XII. ANEXOS	34
XII.1 Hoja de recolección de datos	34
XII.2 Instrumento de recolección de datos Test FF-SIL	35
XII.3 Carta de consentimiento informado	38

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro	Página
VII.1 Asociación entre la funcionalidad familiar y presencia de hipertensión gestacional.	21
VII.2 Asociación entre grado escolar y presencia de hipertensión gestacional.	22
VII.3 Asociación entre el estado civil y presencia de hipertensión gestacional.	23
VII.4 Asociación entre la ocupación y presencia de hipertensión gestacional.	24
VII.5 Asociación entre la edad gestacional y presencia de hipertensión gestacional.	25
VII.6 Asociación entre número de embarazos y presencia de hipertensión gestacional.	26

ABREVIATURAS Y SIGLAS

ARIMAC	Área de Información Médica y Archivo Clínico
FF-SIL	Test de Funcionamiento Familiar
IMSS	Instituto Mexicano de Seguridad Social
MmHg	Milímetros de Mercurio
OMS	Organización Mundial de la Salud.
PAD	Presión Arterial Diastólica.
Qro	Querétaro.
SDG	Semanas de Gestación
UMF	Unidad de Medicina Familiar

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, cada año los desórdenes hipertensivos causan 50, 000 muertes maternas y 900,000 perinatales, además que constituyen una predisposición a enfermedades cardiovasculares. En Latinoamérica la preeclampsia es la causante del 25.7% de las muertes maternas por lo que es de real importancia poder diagnosticar a tiempo y es nuestra labor como médicos familiares predecir en que mujeres se puede desarrollar. En México la hipertensión gestacional es la causa más frecuente de la hipertensión durante el embarazo con una prevalencia entre el 6% y 17% en nulíparas sanas y del 2% al 4% en multíparas (IMSS, 2017).

Se define como hipertensión gestacional ($PAS \geq 140$ mmhg y/o $\geq PAD$ 90 mmhg) que se presenta luego de las 20 SDG y que no se asocia a proteinuria significativa. Se debe tener en cuenta que la hipertensión gestacional siempre es un diagnóstico provisorio ya que si aparece proteinuria estaremos en presencia de una preeclampsia y se persiste posterior a las 12 semanas del parto se denomina hipertensión crónica y si desaparece en el puerperio se tratara de una hipertensión transitoria (Archivos en Medicina Familiar, 2005).

El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros; con base es en cumplimiento eficaz de las funciones de cada uno, se habla de familia funcional o disfuncional, la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar u superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa (Soto-Acevedo, 2015).

II. ANTECEDENTES

Soto-Acevedo F y cols. en 2015 determinaron la calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas; de acuerdo con sus resultados encontraron que de las 65 pacientes estudiadas el 49% fue de familias funcionales, el 39% con disfunción moderada y el 12% con disfunción severa, en cuanto a la calidad de vida el 76.9% con buena calidad de vida y el 23.1% con mala calidad de vida (Soto-Acevedo, 2015).

III. FUNDAMENTACION TEORICA

III.1 Trastornos hipertensivos del embarazo.

La hipertensión es el trastorno médico más común del embarazo y se complican una de cada 10 gestaciones. La principal preocupación acerca de la presión arterial elevada son sus posibles efectos perjudiciales, tanto para la madre como para el feto (IMSS, 2017). La hipertensión gestacional es aquella que se presenta después de la semana veinte de gestación y con proteinuria negativa en el postparto.

A escala mundial, cada año, los desórdenes hipertensivos durante el embarazo representan 50,000 muertes maternas y 900,000 perinatales, además de constituir una predisposición a presentar complicaciones cardiovasculares en el futuro, y de que los hijos puedan padecer hipertensión arterial (HTA) en edades tempranas, así como Síndrome Metabólico (IMSS, 2017). La incidencia de los desórdenes hipertensivos en la gestación está aumentando, entre otros factores, debido a un incremento global de la edad materna, la obesidad, la tecnología de reproducción asistida, y las comorbilidades médicas que predisponen a la preeclampsia, como la diabetes, la hipertensión y la enfermedad renal. La preeclampsia es más común en las mujeres afro-caribeños, multifetal de gestación, y primigravidas (IMSS, 2017).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la segunda causa de complicación materna grave luego de las hemorragias postparto requiriendo internación en unidades de cuidados intensivos poniendo en peligro sus vidas y desarrollando secuelas a largo plazo. Además, aquellas mujeres que la padecieron asociada a parto pretérmino antes de las 34 semanas presentan un mayor riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular a edad temprana de su vida (Lapidus, 2017).

Probablemente por padecer una enfermedad vascular previa a su embarazo como hipertensión crónica, diabetes mellitus, resistencia a la insulina, síndrome metabólico, obesidad o sobrepeso, enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso o síndrome anti fosfolípidos, entre otras patologías que generan alteración de la función endotelial (Lapidus, 2017).

La primera etapa de la enfermedad es asintomática, caracterizada por hipoperfusión e hipoxia placentaria generando trombosis e infarto en las vellosidades aumentando la producción y liberación de ciertos factores en la circulación materna que causan un estado de inflamación generalizada y activación del endotelio induciendo la segunda etapa de la enfermedad caracterizada por vasoconstricción, reducción del volumen plasmático y activación de la cascada de coagulación, siendo esta, la etapa sintomática o de diagnóstico clínico (Lapidus, 2017).

El embarazo es un estado de inflamación sistémica con incremento de las citoquinas proinflamatorias y activación de la cascada de la coagulación, pero en la preeclampsia este proceso inflamatorio se amplía incrementando la activación de granulocitos, monocitos y citoquinas proinflamatorias tales como la IL6 y el TNF- α si este proceso es causa o efecto de la enfermedad todavía no está claro (Lapidus, 2017).

La calidad de vida durante el embarazo implica el esfuerzo para que el proceso de gestación, el trabajo de parto y la transición a la maternidad supongan la menor alteración posible en la autonomía real de estas mujeres y entrañe las menores variaciones en sus vidas habituales (Soto-Acevedo, 2015).

La calidad de vida se define según la OMS, como la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses (Soto-

Acevedo, 2015). Las mujeres de los países en desarrollo que durante su embarazo recibieron al menos un control prenatal, aumentó, pasando de 54% en 1990 a 74% en el 2005; en América Latina, en estos mismos años, pasó de 77% a 95% (Herazo Tovar, 2016).

En un estudio realizado en México, Martínez L. et al reportaron que el 75% de las embarazadas inició la atención prenatal en el primer trimestre, pero de ellas, sólo el 23.8% hizo uso adecuado del control; es decir, no acudió a 9 consultas como mínimo; el 37% de las embarazadas desarrollaba actividades remuneradas fuera del hogar, y de ellas el 72% eran empleadas y el resto obreras (Herazo Tovar, 2016).

En la revisión de la evidencia científica, se han identificado a la ansiedad, la depresión, la disfunción familiar y la violencia al interior del hogar como factores psicosociales que incrementan significativamente en la gestante el riesgo para desarrollar preeclampsia (Ku, 2014). Se ha demostrado que existe una relación entre la ansiedad y la depresión durante el embarazo y preeclampsia, incrementándose el riesgo de desarrollar dicha enfermedad si la ansiedad y depresión estuvieron presentes desde el primer trimestre del embarazo (Ku, 2014).

Se propone como hipótesis que durante el afrontamiento de un evento estresante hay secreción de hormonas vasoactivas y otros transmisores neuro-endocrinos, los cuales podrían aumentar la resistencia vascular periférica, la resistencia a la insulina y la producción de citoquinas pro inflamatorias como la interleucina 6 que facilitan el desarrollo de disfunción endotelial y preeclampsia (Ku, 2014).

Tanto la ansiedad como la depresión se pueden expresar como estados emocionales transitorios y como rasgos de la personalidad relativamente estables, no son más que el reflejo subjetivo de la situación vital de la persona, en un momento determinado (en el caso de los estados emocionales) a lo largo de su vida

en el caso de los rasgos de la personalidad) que se producen de forma activa, modulado por factores intrínsecos y factores extrínsecos (Ku, 2014). El fenómeno emocional durante el embarazo es un aspecto relevante por su influencia directa en el sano desarrollo gestacional y en la salud física y mental de las maternas (Loterio Osorio et al., 2018). También se ha indicado que la ansiedad está relacionada con mayor número de complicaciones obstétricas y mayor número de anomalías (Loterio Osorio et al., 2018).

El embarazo es una experiencia de vida con demandas, restricciones y un porvenir incierto, puede ser un periodo crítico en la vida de la mujer en la cual experimenta cambios físicos, psicológicos y sociales que requieren de un constante proceso de adaptación, que pueden desencadenar problemas emocionales o psicológicos (Rodríguez Leis y Flores Gallegos, 2018).

Las manifestaciones psicológicas relacionadas con el embarazo se encuentran asociados a factores individuales o externos, tales como: sociodemográficos, estabilidad emocional, actitudes hacia la feminidad, la relación de pareja, actitudes correspondientes con cultural local, preparación para la maternidad, apoyo social, historial psicológico, presencia o ausencia de un hijo, embarazos previos, abortos (Rodríguez Leis y Flores Gallegos, 2018).

Se ha encontrado una relación positiva entre altos y prolongados niveles de ansiedad y la agravación de síntomas depresivos, abortos espontáneos y un incremento en el riesgo de suicidio (Heron et al., 2004; Mayo Clinic, 2015 citados por (Rodríguez Leis y Flores Gallegos, 2018).

La evidencia indica que las mujeres que experimentan altos niveles de estrés psicosocial durante el embarazo corren el riesgo de un inicio de parto espontáneo o prematuro y un bebé de bajo peso al nacer (Lobel, 1994; Stanton, Lobel, Sears y

deLuca, 2002; Wadhwa, Clubane, Rauh y Barve, 2001 citados por (Rodríguez Leis y Flores Gallegos, 2018).

III.2 Familia y su funcionalidad.

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. La OMS comprende como parte de la familia a los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio, en tanto el diccionario de la lengua española dice que “la familia es el grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje” (Huerta González, 2005).

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Con base en el cumplimiento eficaz de sus funciones o en su incumplimiento, se habla de familia funcional o disfuncional, respectivamente, en vez de referirse a ella como normal o patológica, términos que por su connotación resultan controvertidos (Huerta González, 2005).

Funciones de la familia: se refiere a las tareas que les corresponden realizar a los integrantes de la familia como un todo. Las funciones específicas de la familia son las siguientes (Archivos en Medicina Familiar, 2005).

- *Socialización*: condiciones que favorecen en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona, propiciando la expresión de valores individuales y patrones de conducta propios de cada familia.

- *Afecto*: es la interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia, los cuales favorecen la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- *Cuidado*: protección y asistencia incondicionales para afrontar las diversas necesidades del grupo familiar, incluyendo las de tipo material, económicas, de salud y sociales.
- *Estatus*: se refiere a la participación y transmisión de las características sociales que le da a la familia una posición ante la sociedad.
- *Reproducción*: es provisión de nuevos miembros a la sociedad, recientemente se ha llamado desarrollo y ejercicio de la sexualidad. ¹⁴

III.3 FF-SIL: Prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares.

Instrumento que permite diagnosticar la percepción del funcionamiento familiar según la dinámica relacional sistémica que se da entre los miembros de una familia, a través de la percepción de uno de los miembros. Es un instrumento diseñado en 1994, es sencillo, de bajo costo, de fácil comprensión para cualquier nivel de escolaridad y que puede ser aplicado por cualquier tipo de personal (Pérez González, 2018).

Las categorías que se evalúan con este instrumento son:

- a) *Cohesión*: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas domésticas.
- b) *Armonía*: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con las de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- c) *Comunicación*: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.

- d) *Adaptabilidad*: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.
- e) *Afectividad*: capacidad de los miembros de la familia para vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- f) *Rol*: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- g) *Permeabilidad*: capacidad de la familia para brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones (Pérez González, 2018)

La validez del instrumento se realizó en La Habana, Cuba; en 1994. La estimación de la validez incluyó tres aspectos: la de contenido, la de criterio, y la de construcción. Constituye una prueba de alta confiabilidad de 0.94, lo que demuestra que el test es confiable y estable. En el análisis de la consistencia interna se obtuvo un coeficiente global de 0.88, lo que demuestra que el test es homogéneo, por lo que cabe esperar una alta correlación entre los ítems (Pérez González, 2018).

Estas categorías quedan distribuidas de acuerdo a los ítems de la siguiente manera:

- a) Cohesión: 1 y 8.
- b) Armonía: 2 y 13.
- c) Comunicación: 5 y 11.
- d) Adaptabilidad: 6 y 10.
- e) Afectividad: 4 y 14.
- f) Roles: 3 y 9.
- g) Permeabilidad: 7 y 12 (Pérez González, 2018).

Se utiliza una escala de Likert y se designa una puntuación entre 5 y 1: casi siempre (5 puntos), muchas veces (4 puntos), a veces (3 puntos), pocas veces (2 puntos) y casi nunca (1 punto). La puntuación final se obtiene de la suma de los puntos por ítems, quedando de la siguiente manera (Pérez González, 2018).

- De 70-57 familia funcional.

- De 56 a 43 familia moderadamente funcional.
- De 42 a 28 familia disfuncional.
- De 27 a 14 familia severamente disfuncional (Pérez González, 2018).

IV. HIPÓTESIS

IV.1. Hipótesis específicas.

Ho. En las pacientes con hipertensión gestacional la prevalencia de la disfunción familiar es igual al 50%, las pacientes sin hipertensión gestacional la prevalencia de la disfunción familiar es igual a 50%.

Ha. En las pacientes con hipertensión gestacional la prevalencia de la disfunción familiar es diferente al 50%, las pacientes sin hipertensión gestacional la prevalencia de la disfunción familiar es diferente al 50%.

En la revisión bibliográfica que se realizó no se encontraron estudios en donde relacionaran las dos variables principales; hipertensión gestacional y disfunción familiar. Por lo que se consideró el valor de la probabilidad de ocurrencia diferente al 50% pues se desconoce si es menor o mayor a esta proporción, así como por el tipo de variables que son cualitativas.

V. OBJETIVOS

V.1. Objetivo general.

Determinar la asociación entre la funcionalidad familiar y la hipertensión gestacional en embarazadas de una UMF.

V.2. Objetivos específicos.

Determinar la asociación entre las familias funcionales y la hipertensión gestacional en embarazadas de una UMF.

Determinar la asociación entre las familias moderadamente funcionales y la hipertensión gestacional en embarazadas de una UMF.

Determinar la asociación entre las familias disfuncionales y la hipertensión gestacional en embarazadas de una UMF.

Determinar la asociación entre las familias severamente disfuncionales y la hipertensión gestacional en embarazadas de una UMF.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de Investigación.

Estudio transversal comparativo

VI.2. Población o unidad de análisis

La población se consideró infinita. Esta se conformó con las pacientes embarazadas con y sin hipertensión gestacional, de 18 a 40 años derechohabientes de una unidad de Medicina Familiar del IMSS.

VI.3. Muestra y tipo de muestra

Se utilizó una fórmula para dos grupos, para población infinita, con un nivel de confianza al 95%, con Z_{α} de 1.64. Con poder 80%.

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 (p_1 q_1 + p_2 q_2)}{(p_2 - p_1)^2}$$
$$n = \frac{(1.64 + 0.84)^2 (0.80)(0.20) + (0.60)(0.40)}{(0.80 - 0.60)^2}$$
$$n = \frac{(6.1603)(0.4)}{(0.04)}$$
$$n = \frac{2.46016}{0.04}$$
$$N = 61.504 = 60 \text{ Por cada grupo}$$

P1: 50%: 0.80
Q1: (1-p1): 0.20
P2: 40%: 0.60
Q2: (1-p2): 0.40

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

VI.3.1 Criterios de selección

a. Criterios de inclusión

- Embarazadas de entre 18 y 40 años.
- Derechohabientes a la UMF N° 16.

- Que deseen participar en el estudio.

b. Criterios de exclusión

- Diagnóstico de alguna otra enfermedad hipertensiva del embarazo.
- otras Comorbilidades. (diabetes, insuficiencia renal crónica, lupus)

c. Criterios de eliminación.

- No concluyan correctamente el instrumento.

VI.3.2 Variables estudiadas

Se recabaron variables sociodemográficas: edad, escolaridad, estado civil, ocupación, número de hijos, edad gestacional, gestas, diagnóstico de hipertensión gestacional y se evaluó la funcionalidad familiar.

VI.4. Técnicas e instrumentos.

Para evaluar y conocer la funcionalidad familiar se utilizó el FF-SIL (Ver anexo XII.2)

Confiabilidad

La confiabilidad del FF-SIL fue sometida en el año 1994 y en el 2000 a varios procedimientos que evidenciaron su confiabilidad y validez con alfa de Cronbach 0.890.

Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)

A continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir en su familia o no. Ud. debe clasificar y marcar con una X su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.		Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1	Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

Validación.

El FF-SIL es un instrumento validado en la década de los 90 para evaluar cualitativamente la función familiar. Test de funcionamiento familiar (FF-SIL) es un instrumento construido por Máster en Psicología de Salud para evaluar cuantitativamente la funcionalidad familiar, el cual mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad.

Para el encontrar las pacientes con diagnóstico de hipertensión gestacional se obtuvo permiso de la dirección médica de la UMF para acceder a los reportes del Área de Información Médica y Archivo Clínico (ARIMAC), una vez obtenidos los datos de las pacientes se buscó por consultorio asignado y se obtuvo la fecha de la próxima cita programada, esperándola en sala de espera para platicar sobre el

estudio y al aceptar participar firmando el consentimiento informado, se realizó la entrevista y se aplicó el instrumento

VI.5. Procedimiento

Posterior a la autorización por el comité local de investigación, se solicitó permiso mediante oficio firmado por el Director de Tesis, a las autoridades correspondientes para realizar la investigación en la unidad especificada.

Se acudió en horario matutino y vespertino a la sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar No. 16 de la Delegación 23 de Querétaro, se seleccionaron a las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y se les invitó a participar en el protocolo de investigación, haciendo una reseña breve del objetivo y de los beneficios que se obtendrían al decidir participar en el mismo. Una vez que el paciente aceptó participar y firmó el consentimiento informado y se procedió a entregarles el test que corresponde al FF-SIL buscando la funcionalidad familiar.

Una vez obtenidas todos los test de acuerdo con la muestra, se procedió a vaciar la información en una base de datos en Excel para posteriormente iniciar con el análisis; en donde la intención es dar a conocer los resultados al personal médico encargado y a las autoridades con la finalidad que en caso de que presente alguna situación que requiera atención por otro especialista se pondrá a consideración del médico tratante. Así mismo, se tiene la intención de presentar este proyecto en foros, congresos y realizar la publicación.

VI.5.1. Análisis estadístico

Como se mencionó anteriormente se elaboró una base de datos en Excel considerando las variables del estudio, posteriormente se exportó al programa IBM SPSS versión 26. Esto permitió calcular estadística descriptiva como medidas de tendencia central y de dispersión, así como frecuencias y porcentajes.

Para la prueba de hipótesis se aplicó la prueba de Chi cuadrada (X^2), así como la V de Cramer y el coeficiente de contingencia de Pearson dado que los datos siguieron una distribución libre y la variable de funcionalidad familiar se midió en escala nominal. El nivel de confianza fue de 95%.

VI.5.2. Consideraciones éticas.

El presente estudio se apegó a las normas éticas institucionales y a la Ley General de Salud en materia de experimentación en seres humanos, así como, en la declaración de Helsinki, Finlandia, actualizada en Fortaleza 2013.

Considerada como una investigación sin riesgo de acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, en su artículo 17 inciso I. (Cámara de Diputados del H Congreso de la Unión, 2014).

Se requirió consentimiento informado de los pacientes encuestados, donde se explicó el objetivo de la investigación. (Ver anexo XII.3) (Cámara de Diputados del H Congreso de la Unión, 2014).

Se garantizó la confidencialidad de resultados y la utilización de los mismos para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el estudio, sin violar los aspectos éticos ni se expuso la integridad o la salud.

VII. RESULTADOS

Se analizaron 120 pacientes femeninos, 60 para cada grupo con hipertensión gestacional y sin hipertensión gestacional, con una edad mínima de 18 y máxima de 40 años. En cuanto a la funcionalidad familiar asociado a la hipertensión gestacional se encontró que para ambos grupos prevaleció la disfunción familiar, en los de adecuada funcionalidad familiar de 45% con hipertensión gestacional y 58% sin hipertensión gestacional y en los de disfuncionalidad familiar con el 55% con hipertensión gestacional y 42% sin hipertensión gestacional, teniendo en global un resultando significativo de chi cuadrada con una $p=0.051$. (Cuadro VII.1).

Al relacionar el grado escolar con la hipertensión gestacional se encontró que la mayor prevalencia se encuentra en el grado escolar de secundaria con un 53% de las mujeres encuestadas, para el grado escolar de primaria se obtuvo que el 11.7% no presentan hipertensión gestacional, para el grado de secundaria el 60% presentan hipertensión gestacional y 46.7% no presentan hipertensión gestacional, para el grado de preparatoria el 28.3% presentan hipertensión gestacional y el 33.3% no presentan hipertensión gestacional, y finalmente para el grado de licenciatura el 11.7% presentan hipertensión gestacional y el 8.3% no presentan hipertensión gestacional, teniendo en global un resultando significativo de chi cuadrada con una $p=0.04$. (Cuadro VII.2).

Por su parte al asociar el estado civil con la hipertensión gestacional se encontró que la mayor prevalencia se encuentra en unión libre con un 43.3% de las mujeres encuestadas, encontrando que para unión libre el 46.7% tienen hipertensión gestacional y el 40% no tienen hipertensión gestacional, respecto a las mujeres solteras el 15% tienen hipertensión gestacional y el 13.3% no tienen hipertensión gestacional, para las mujeres casadas el 30% tienen hipertensión gestacional y el 35% no tienen hipertensión gestacional, para las mujeres divorciadas el 8.3% tienen hipertensión gestacional y el 11.7% no tienen

hipertensión gestacional, esta variable no presento una asociación significativa con la presencia de hipertensión gestacional como se muestra el resultado de X^2 con una $p > 0.05$. (Cuadro VII.3).

Al relacionar la ocupación con la hipertensión gestacional, se obtuvo, que la mayor prevalencia se encuentran en las amas de casa con el 55.8% de las mujeres encuestadas, y de estas el 55.3% tienen hipertensión gestacional, para la ocupación de obreras tienen una prevalencia del 25.8% y de estas el 25% tienen hipertensión gestacional, para la ocupación de profesionistas tiene una prevalencia del 10.8% y de estas el 13.3% tienen hipertensión gestacional, para la ocupación de comerciantes tienen una prevalencia de 7.5% y de estas el 8.3% tienen hipertensión gestacional, esta variable demográfica no mostró una asociación estadísticamente significativa con la presencia de hipertensión gestacional, $p > 0.05$. (Cuadro VII.4).

En cuanto a la edad gestacional asociado a la hipertensión gestacional encontramos que la mayor prevalencia se encuentran entre la semana 31-35 SDG, con un 42.5% de las mujeres encuestadas y de estas el 48.3% tienen hipertensión gestacional, para el grupo de 20-25 SDG tienen una prevalencia del 15% de las mujeres encuestadas y de estas el 10% tienen hipertensión gestacional, para el grupo de 26-30 SDG tienen una prevalencia de 32.5% de las mujeres encuestadas y de estas el 30% tienen hipertensión gestacional, para el grupo de 36-41 SDG tienen una prevalencia del 10% de las mujeres encuestadas y de estas el 11.7% tienen hipertensión gestacional, teniendo en global un resultando significativo de chi cuadrada con una $p = 0.047$. (Cuadro VII.5).

Para el número de embarazos asociado a la hipertensión gestacional encontramos que la mayor prevalencia se encuentran el grupo de las primigestas con el 48.3% de las mujeres encuestadas y de estas 51.7% tienen hipertensión gestacional, para el grupo de las secundigesta tienen una prevalencia del 37.5% de las mujeres encuestadas y de estas el 33.3% tienen hipertensión gestacional, para el grupo de las multigestas tienen una prevalencia del 14.2% de las mujeres

encuestadas y de estas el 15% tienen hipertensión gestacional, la prueba de χ^2 indica que no existe asociación entre el número de gestas y la presencia de hipertensión gestacional, con una $p > 0.05$. (Cuadro VII.6).

Cuadros

Cuadro VII.1

Asociación entre la funcionalidad familiar y presencia de hipertensión gestacional.

		Hipertensión Gestacional				Total	
		Presente		Ausente			
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Funcionalidad	Funcional	27	45	35	58.3	62	51.7
	Disfuncional	33	55	25	41.7	58	48.3
Total		60	100	60	100	12	100
							0

Prueba $X^2=2.118$, $p=0.051$

Fuente: Cuestionario sobre funcionalidad familiar y la asociación con la hipertensión gestacional en un primer nivel de atención, aplicado a mujeres de la UMF16, IMSS, Querétaro

Cuadro VII.2

Asociación entre grado escolar y presencia de hipertensión gestacional.

		Hipertensión gestacional				Total	
		Presente		Ausente			
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Grado escolar	Primaria	0	0	7	11.7	7	5.8
	Secundaria	36	60	28	46.7	64	53.33
	Preparatoria	17	28.3	19	33.3	36	30.8
	Licenciatura	7	11.7	6	8.3	13	10
Total		60	100	60	100	120	100

Prueba $X^2=8.188$, $p=0.04$

Fuente: Cuestionario sobre funcionalidad familiar y la asociación con la hipertensión gestacional en un primer nivel de atención, aplicado a mujeres de la UMF16, IMSS, Querétaro

Cuadro VII.3

Asociación entre estado civil y presencia de hipertensión gestacional.

		Hipertensión Gestacional				Total	
		Presente		Ausente			
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Estado Civil	Casada	18	30	21	35	39	32.5
	Unión	28	46.7	24	40	52	43.33
	Libre						
	Divorciada	5	8.3	7	11.7	12	10
	Soltera	9	15	8	13.3	17	14.2
Total		60	100	60	100	120	100

Prueba $X^2=0.931$, $p>0.05$

Fuente: Cuestionario sobre funcionalidad familiar y la asociación con la hipertensión gestacional en un primer nivel de atención, aplicado a mujeres de la UMF16, IMSS, Querétaro

Cuadro VII.4

Asociación entre ocupación y presencia de hipertensión gestacional.

		Hipertensión gestacional				Total	
		Presente		Ausente			
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Ocupación	Ama de casa	32	53.3	35	58.3	39	55.8
	Obrera	15	25	16	26.7	52	25.8
	Profesionista	8	13.3	5	8.3	12	10.8
	Comerciante	5	8.3	4	6.7	17	7.5
Total		60	100	60	100	120	100

Prueba $X^2=0.970$, $p>0.05$

Fuente: Cuestionario sobre funcionalidad familiar y la asociación con la hipertensión gestacional en un primer nivel de atención, aplicado a mujeres de la UMF16, IMSS, Querétaro

Cuadro VII.5

Asociación entre las Semanas de Gestación y presencia de hipertensión gestacional.

		Hipertensión gestacional				Total	
		Presente		Ausente			
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
SDG	20-25	6	10	12	20	18	15
	26-30	18	30	21	35	39	32.5
	31-35	29	48.3	22	36.7	51	42.5
	36-41	7	11.7	5	8.3	12	10
Total		60	100	60	100	120	100

Prueba $X^2=3.525$, $p=0.047$

Fuente: Cuestionario sobre funcionalidad familiar y la asociación con la hipertensión gestacional en un primer nivel de atención, aplicado a mujeres de la UMF16, IMSS, Querétaro

Cuadro VII.6

Asociación entre número de embarazos y presencia de hipertensión gestacional.

		Hipertensión gestacional				Total	
		Presente		Ausente			
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
SDG	Primigesta	31	51.7	27	45	58	48.3
	Secundigesta	20	33.3	25	41.7	45	37.5
	Multigesta	9	15	8	13.3	17	14.2
Total		60	100	60	100	120	100

Prueba $X^2=0.936$, $p=>0.05$

Fuente: Cuestionario sobre funcionalidad familiar y la asociación con la hipertensión gestacional en un primer nivel de atención, aplicado a mujeres de la UMF16, IMSS, Querétaro

VIII. DISCUSIÓN

La hipertensión gestacional es uno de los padecimientos más importantes y con mayor prevalencia en la actualidad de las complicaciones del embarazo, causando además de los problemas de salud un gasto considerable en las instituciones para su atención y resolución.

La funcionalidad familiar por su parte provoca diversos problemas a cualquier miembro de la familia, en el caso específico de la embarazada debido a su aumento en el sistema hormonal presenta mayor susceptibilidad a los problemas emocionales, por ende, sufre mayor afectación y esto altera las cifras de tensión arterial sistémica, provocando las complicaciones que ya sabemos afectando la salud del binomio y provocando una inestabilidad en el núcleo familiar.

En comparación con los resultados obtenidos por Soto-Acevedo F y cols., en 2015, donde los resultados fueron muy similares, para el rango de familias funcionales fue del 49%, mientras que en el presente estudio para el grupo que desarrollo hipertensión gestacional fue del 45%, para los resultados de disfunción familiar 51%, para nuestro grupo con hipertensión gestacional la disfunción familiar fue del 55%, considerando que el tipo de población es también de una UMF correspondiente al estado de sonora, México., con este resultado podemos esperar que al realizar un estudio en alguna UMF del país el resultado sea muy acorde a estos dos estudios.

En el presente estudio se identificó la existencia de una fuerte asociación entre la hipertensión gestacional y la disfuncionalidad familiar, encontrando también algunos datos sociodemográficos que nos orientan aún más sobre los grupos de mayor vulnerabilidad, por lo que abre una ventana de posibilidad de trabajos subsecuentes para investigar más a fondo las causas probables y aprender a desarrollarnos más en la prevención primaria con un enfoque más preciso.

IX. CONCLUSIONES

Las mujeres estudiadas en su mayoría se encontraban en el rango de edad gestacional de la 31-35 SDG, se encontró que en su mayoría son primigestas.

El estado civil de mayor prevalencia fue la unión libre y estas muestran mayor incidencia de disfunción familiar.

En cuanto al grado escolar se observa que en su mayoría carecen de una buena educación sólo llegando a la secundaria completa.

De acuerdo a los resultados hay asociación entre la funcionalidad familiar y la hipertensión gestacional en embarazadas de una UMF.

X. PROPUESTAS

Aplicar el FF-SIL como método de detección oportuna en la consulta de primera vez de embarazo y en caso de detectar disfunción familiar colocar un distintivo en el carnet.

Derivar a trabajo social, psicología y Enfermera especialista en medicina familiar a las embarazadas que se detecten con disfunción familiar para un seguimiento más específico.

Continuar con las acciones ya implementadas en las diversas áreas de salud involucradas en el control prenatal

XI. BIBLIOGRAFIA

- Antolínez P, Lafaurie MM. (2017) *Estrés y sobrecarga laboral durante el embarazo: experiencias de médicas del sector asistencial en Bogotá*. Bogotá, Colombia: Hacia promoci. Salud, 22(1): 84-100. DOI: 10.17151/hpsal.2017.22.1.7.
- Anzures CR, Chávez AV, García PM, Pons AO. (2013) *Medicina Familiar*. 2° edición México: Corienter.
- Archivos en Medicina Familiar. (2005). Conceptos básicos para el estudio de las familias. *Archivos en Medicina familiar*, 7(1), S15-19. <http://Medigraphic.com/>
- Arias Trujillo, CM, Carmona Serna IC, Castaño Castrillón JJ, Castro Torres AF, Ferreira González AN, González Aristizábal AI, Mejía Bedoya JD. (2012) Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de ASSBASALUD ESE, Manizales (Colombia), 2012. *Archivos de Medicina* 14(2):142-159. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273829753004>
- Calderón Morales IC, Del Rio Aguirre CI, Rodríguez Zamora O, Guisandes Zayas AA. (2014) Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud. *Cuba: Medisan*; 18 (11): 1544.
- Cámara de Diputados del H Congreso de la Unión. (04 de Abril de 2014). *DOF*. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Chávez AV, Velazco OR. (1994) *Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación*. Revista médica, Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Concha TM, Rodríguez GC. (2010) *Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados*. Theoria.
- Costa BD. (2009) *Escala de evaluación del funcionamiento familiar – faces IV proceso de adaptación a Montevideo*. Ciencias psicológicas III.

- Duvall EM. Family development, citado por Medalie JH. *En Medicina Familiar principios y prácticas*. México; 1987.
- González Ochoa R, Sánchez Rodríguez EN, Chavarría A, Gutiérrez Ospina G, Romo González T. (2018) *Evaluating Stress during Pregnancy: Do We Have the Right Conceptions and the Correct Tools to Assess It*. Journal of pregnancy.
- Herazo Tovar, D. y. (2016). Factores predictores y de funcionalidad familiar relacionados con el uso adecuado del control prenatal en las comunas 8 y 9 de Sincelejo - Sucre. Sincelejo. *Universidad de Sucre*. <http://repositorio.unisucre.edu.co/handle/001/540>
- Huerta González, J. L. (2005). *Medicina Familiar. La familia en el proceso salud enfermedad*. México, México: Alfil. www.medilibros.com
- IMSS. (2017). Detección, Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo. *Guía de Evidencias y recomendaciones*. México, México: IMSS. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/058GER.pdf>
- Ku, E. (Enero-Abril de 2014). Factores psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres hospitalizadas en el Instituto Nacional. *Revista Peruana de Epidemiología*, 8(1), 1-7.
- Lapidus, A. e. (2017). Estados hipertensivos y embarazo. Consenso de obstetricia FASGO. *N England J Med*, 313, 613-622. http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Fasgo_2017_Hipertension_y_embarazo.pdf
- Ledón LL. (2011) *Enfermedades crónicas y vida cotidiana*. Cuba: Revista cubana de salud pública.
- Leñero L. (1976) *Etapa constitutiva de la familia. En: la familia*. México: Anuis.

- Lotero Osorio, H. D., Villa González, I. C., y Torres Trujillo, L. E. (2018). Afectividad y apoyo social percibido en mujeres gestantes: un análisis comparativo. *Revista Colombiana de Psicología*, 27, 85-101. <https://doi.org/https://doi.org/10.15446/rcp.v27n2.65584>
- Louro BI. (2002) *Manual para la intervención en la salud familiar*. La Habana: ciencias médicas.
- Louro BI. (2004) *Matriz de salud del grupo familiar: un recurso para el diagnóstico de la situación de salud de la familia*. Cuba: revista cubana de medicina general integral.
- Pérez González, E. (2018). Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento. *Ciencia Ergo-Sum*, 4(1), 63-66. <https://cienciaergosum.uaemex.mx/article/view/8017>
- Poma J, Carrillo L, González J. (2018) *Family functionality and modifiable risk factors for arterial hypertension*. Colombia: Univ. Med; DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed59-1.ffha>.
- Quiroz F. (1986) *La pareja, ciclo vital y la disolución del vínculo*. Revista niños XXI.
- Rodríguez Leis, P., y Flores Gallegos, R. (2018). Relación entre apoyo social, estrés, ansiedad y depresión durante el embarazo en una población mexicana. *Ansiedad y Estrés*, 24(2-3), 67-72. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.anyes.2018.03.003>
- Sánchez AJ. *Etapas de la familia. En familia y sociedad*. México: Joaquín Mortiz; 1976
- Solorzano MA, Brandt TC, Flores O. (2001) *Estudio integral del ser humano y su familia*. Caracas, Venezuela: graficas la bodoniana.
- Soto-Acevedo, F. L.-C.-S. (2015). Calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas derechohabientes de una unidad de medicina

familiar del estado de Sonora, México. *Aten Fam*, 22(3), 64-67.
<https://doi.org/https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2015.3.50727>

Suarez CM, Alcalá EM. (2014) *Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar*. Bolivia: revista médica la paz.

Suarez CM. (2006) *El médico de familia y la atención a la familia*. Bolivia: revista paceña Medicina Familiar.

Willi J. (1985) *La pareja humana: relación y conflicto*. 2° Edición. Madrid, España: Ediciones Morata.

XII. ANEXOS

XII.1 Hoja de recolección de datos



HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION QUERETARO
UNIDAD MEDICA FAMILIAR No. 16.
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD.



FOLIO _____

- a) Edad:
- b) Lugar de nacimiento: _____ lugar de residencia actual: _____
- c) Diagnóstico de hipertensión gestacional 2: **(1)** si **(2)** no
- d) Estado civil: **(1)** unión libre **(2)** soltera **(3)** casada **(4)** divorciada
- e) Ocupación: **(1)** Ama de casa **(2)** Obrera **(3)** Profesionista **(4)** Comerciante
- f) Número de hijos: **(1)** 0 **(2)** 1 **(3)** más de 2
- g) Edad gestacional: **(1)** 20-25 **(2)** 26-30 **(3)** 31-35 **(4)** 36-41
- h) Gestas: **(1)** Primigesta **(2)** Secundigesta **(3)** Multigesta

XII.2 Instrumento de recolección de datos Test FF-SIL

A continuación, le presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesito que UD. Marque con una X su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación:

Situaciones	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11. Podemos conversar diferentes temas sin temor					
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

B.- 1) De 70 a 57 pts. Familia funcional

2) De 56 a 43 pts. Familia moderadamente funcional

3) De 42 a 28 pts. Familia disfuncional

4) De 27 a 14 pts. Familia severamente disfuncional

A continuación, te presentamos una serie de frases las cuales deberás leer y responder de acuerdo a tu forma de actuar y sentir más frecuente en tus relaciones sexuales por favor responde todas las preguntas con sinceridad recuerda que estás preguntas son anónimas.

Frases	Siempre	Casi siempre	En ocasiones	Casi nunca	Nunca
1. Durante la relación sexual doy y me dan besos	5	4	3	2	1
2. Recibo y doy muchas caricias durante mis relaciones sexuales	5	4	3	2	1
3. Disfruto mucho el acariciar a mi pareja durante la relación sexual	5	4	3	2	1
4. Siento mucho cariño por parte de mi pareja en la relación sexual	5	4	3	2	1
5. Disfruto mucho recibir caricias de mi pareja durante la relación sexual	5	4	3	2	1
6. En mis relaciones sexuales tengo muchos sentimientos positivos hacia mi pareja y los recibo también	5	4	3	2	1
7. Siento y tengo mucha confianza hacia mi pareja	5	4	3	2	1
8. En mis relaciones sexuales siento que me importa mucho la otra persona y que le importo a ella/el	5	4	3	2	1
9. En mis relaciones sexuales tengo orgasmos	5	4	3	2	1
10. La frecuencia con la que tengo orgasmos me satisface	5	4	3	2	1
11. Me siento satisfecho (a) después de tener relaciones sexuales	5	4	3	2	1
12. En mis relaciones sexuales me siento libre	5	4	3	2	1
13. Las relaciones sexuales que tengo son apasionadas	5	4	3	2	1
14. En mis relaciones sexuales siento erotismo propio	5	4	3	2	1
15. En mis relaciones sexuales me siento seducido (a)	5	4	3	2	1
16. Mis relaciones sexuales son placenteras	5	4	3	2	1
17. En mis relaciones sexuales siento erotismo en la pareja	5	4	3	2	1
18. Se da una entrega total en mí y mi pareja	5	4	3	2	1
19. En mis relaciones sexuales se da respeto	5	4	3	2	1

20. Siento respeto mutuo en las relaciones sexuales	5	4	3	2	1
21. Me parece que mi pareja actúa en forma responsable durante las relaciones sexuales	5	4	3	2	1
22. Son importantes los olores durante mis relaciones sexuales	5	4	3	2	1
23. Son importantes durante mis relaciones sexuales los sabores	5	4	3	2	1
24. La masturbación contribuye a mi satisfacción sexual	5	4	3	2	1
25. Ver a mi pareja desnuda y yo estarlo, es importante para disfrutar una relación sexual	5	4	3	2	1
26. Me cuesta trabajo escuchar que mi pareja me diga lo que le gusta y no durante la relación sexual	5	4	3	2	1
27. Planeamos nuestras relaciones sexuales	5	4	3	2	1
28. En mis relaciones sexuales expreso lo que me gusta y no durante la relación sexual	5	4	3	2	1

XII.3 Carta de consentimiento informado

		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO			
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN					
Nombre del estudio:	Asociación entre funcionalidad familiar e hipertensión gestacional en embarazadas de un primer nivel de atención.				
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica				
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, UMF. 16. Delegación, Querétaro, enero 2019				
Justificación y objetivo del estudio:	La finalidad de su participación es este estudio es conocer la funcionalidad familiar en la mujer embarazada con y sin diagnóstico de hipertensión gestacional y si esta se podría asociar con el desarrollo de la enfermedad.				
Procedimientos:	Se acudirán a la UMF 16 en ambos turnos donde aplicare el instrumento FF-sil a las mujeres embarazadas de 18 a 40 años que acepten participar en el estudio.				
Posibles riesgos y molestias:	Los riesgos potenciales y molestias que implican su participación en este estudio son mínimos. Usted podrá sentir alguna incomodidad al realizar el cuestionario inicial y final, en caso de ser así tiene la plena libertad de negarse a seguir participando en cualquier momento, o suspender el llenado y retirarse, la decisión de participar o no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo se relaciona con los servicios de salud, la participación es voluntaria.				
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Identificar el nivel de funcionalidad familiar en la mujer embarazada con y sin diagnóstico de hipertensión gestacional				
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	De acuerdo a los resultados podrá ser derivada al área correspondiente para su adecuado manejo si así lo desea.				
Participación o retiro:	El retiro no afectará la atención médica que recibe en el instituto.				
Privacidad y confidencialidad:	Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por los integrantes del estudio de investigación y para los fines establecidos en el mismo. Su información quedara encriptada o identificada con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá usted ser identificado. El participante cuenta con la seguridad de que no se identificará su personalidad y se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad. Se garantiza por medio de este escrito al participante que sus datos no podrán ser vistos o utilizados por otras personas ajenas al estudio, ni tampoco para propósitos diferentes a los que establece el documento que firma.				
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </td> <td> No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros. </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.				
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica				
Beneficios al término del estudio:	Informar sobre los resultados obtenidos.				
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	Med. Esp. Manuel Herrera Avalos. Especialista en Medicina Familiar. Unidad de adscripción: UMF 16 Matricula: 99175412 Director clínico de tesis Celular: 442 332 6428 Correo electrónico: manuel.herreraauv@imss.gob.mx	Med. Gral. Carlos Rubén Cruz González. Residente de Segundo año de Medicina Familiar. Unidad de adscripción: UMF 16 Matricula: 99238266. Celular: 7851015035. Correo electrónico alumno: charly_rcg@hotmail.com			
Colaboradores:	Med. Gral. Carlos Rubén Cruz González				
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx					
Nombre y firma de la paciente	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento				
Nombre y firma del padre de familia:	Testigo:				
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio					
Clave: 2810-009-013					