



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



SECRETARIA DE SALUD

UNIDAD ACADEMICA

SEDE LA MANGA

VILLAHERMOSA, TABASCO

EL APOYO NEGATIVO DE LA PAREJA COMO FACTOR DE DESCONTROL DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRES COMUNIDADES DEL MUNICIPIO DE
CENTRO, TABASCO.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DR. CARLOS ZÁRATE MONTERO

VILLAHERMOSA, TABASCO

2009



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.

EL APOYO NEGATIVO DE LA PAREJA COMO FACTOR DE DESCONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRES COMUNIDADES DEL MUNICIPIO DE CENTRO, TABASCO.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. CARLOS ZARATE MONTERO

AUTORIZACIONES:

DR. LUIS FELIPE GRAHAM ZAPATA

SECRETARIO DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

QUIM. SERGIO LEON RAMIREZ

DIRECTOR DE CALIDAD Y ENSEÑANZA EN SALUD

VILLAHERMOSA, TABASCO 2009.

EL APOYO NEGATIVO DE LA PAREJA COMO FACTOR DE DESCONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRES COMUNIDADES DEL MUNICIPIO DE CENTRO, TABASCO.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. CARLOS ZARATE MONTERO

DR. MIGUEL PABLO GARCIA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN

MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN

SEDE LA MANGA

ASESOR DE METODOLOGIA Y ASESOR DE TESIS

EL APOYO NEGATIVO DE LA PAREJA COMO FACTOR DE DESCONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRES COMUNIDADES DEL MUNICIPIO DE CENTRO, TABASCO.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. CARLOS ZÁRATE MONTERO.

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U. N. A. M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA

COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U. N. A. M

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DEL

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U. N. A. M.

ÍNDICE

	Titulo	Páginas
I.	Antecedentes	1
II.	Planteamiento del problema	19
III.	Justificación	20
IV.	Objetivos	23
	- Objetivo general	
	- Objetivo específico	
V.	Hipótesis	24
VI.	Metodología	25
	- Tipo de estudio	
	- Población, lugar y tipo de estudio	
	- Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
	- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
	- Información a recolectar	
	- Método o procedimiento para capturar la información	
	- Consideraciones éticas	
VII.	Resultados	33
	- Descripción	
	- Tablas y graficas	
VIII.	Discusión de los resultados encontrados	40
IX.	Conclusiones	41
X.	Referencias bibliografías	43
XI.	Anexos	48

Antecedentes.

La Medicina Familiar es una rama de aparición reciente, sin embargo esto no le impide contar con un sólido sustento epistemológico, teórico y práctico, que le permite ostentar el título de ser una especialidad médica fundamentada en una disciplina científica y una práctica clínica específica. De manera habitual las diversas especialidades médicas se caracterizan por tener un objeto de estudio delimitado ya sea por la edad o el sexo, los aparatos y sistemas que atienden o por los recursos terapéuticos y diagnósticos que utilizan; a diferencia la Medicina Familiar que tiene como objeto de estudio al núcleo familiar.

Para el estudio y abordaje de la familia utiliza un consistente soporte teórico, resultante de la integración de conceptos de las ciencias sociales y naturales, que la catalogan como una disciplina que proporciona atención médica a través de una orientación curativa, preventiva y que ha diferencia de otras especialidades utiliza una visión amplia e integradora de los eventos.

La Medicina Familiar posee una práctica clínica propia basada primordialmente en el trato continuo que se establece con el individuo y la familia, circunstancia que le brinda la posibilidad de modificar la historia natural de la enfermedad, además de atender y controlar con oportunidad una gran diversidad de padecimientos por intermediación de la interconsulta que pudiera realizar con los expertos de otras áreas medicas.

Si bien es cierto, que la Medicina Familiar dispone de los elementos esenciales para gozar del título de especialidad y disciplina práctica, también es cierto que en la actualidad enfrenta el reto de consolidar su reconocimiento científico. Para el logro de este objetivo la Medicina Familiar requiere demostrar sus bondades, a través del proceso universal y científicamente aceptado, reconocido como Investigación Científica.

La Investigación Científica se define en el concepto que es claramente generalizable a todas las situaciones o circunstancias en que suceden las interacciones que establecen seres humanos con el medio que los rodea, ya sea en el plano biológico, físico, químico, psicológico, social, económico, demográfico, epidemiológico, docente y educativo entre otros.

En el caso específico de la Medicina Familiar la Investigación Científica es un proceso intencional, que tiene el propósito de mejorar su práctica médica-educativa e incrementar su fundamento científico. Para su desarrollo requiere de una planeación racional, tomando en cuenta una mezcla compleja de necesidades sociales, institucionales e individuales.

La productividad científica en Medicina Familiar es particularmente escasa, situación que no refleja la relevancia de su función dentro de los sistemas de salud así como la importancia de esta especialidad con relación a otras especialidades médicas.

La Medicina Familiar es esencial para un sistema de atención a la salud que constituye una forma de prestar servicios de atención primaria. Las fortalezas más importantes de este tipo de atención se derivan de su ubicación cercana al paciente, una amplia perspectiva, y el carácter disciplinario, así como la flexibilidad y adaptabilidad de sus métodos. Al analizar los avances obtenidos a través del

Proceso de Mejora de la Medicina Familiar. Los costos económicos y sociales de las principales complicaciones de las enfermedades crónicas y degenerativas como la hipertensión arterial están a la alza, entre otras, representan una tremenda carga para las finanzas en un sistema de atención médica centrado en hospitales.

Los servicios efectivos y flexibles de la medicina familiar, que aplican prevención de padecimientos, detección oportuna de enfermedades crónicas y un manejo adecuado de los padecimientos crónicos existentes para prevenir o retrasar sus complicaciones, son clave en la superación del abrumador escenario financiero y de resultados de salud.

Requerimos seguir realizando investigación en medicina familiar, pues es un elemento clave para proporcionar servicios de salud encaminados a prevenir la enfermedad, prolongar la vida y reducir la carga de enfermedades crónicas para la sociedad. La medicina familiar constituye la mejor forma de otorgar servicios de salud a distintos miembros de la familia en una visita única y también en una forma continua en el tiempo, a demás de saber el rol y el apoyo que perciben entre ellos.¹

El Médico familiar, requiere desarrollar un mínimo habilidades entre las que destacan: ser un hábil y experto entrevistador de individuos y de familias, un facilitador efectivo de los procesos de negociación, de solución de problemas y de comunicación familiares y un excelente y eficaz educador sobre los problemas de salud que inciden en su población.

El establecer una relación médico, paciente, familia efectiva es la herramienta más importante para un tratamiento exitoso, y la disponibilidad y el tiempo que el Médico Familiar dedica en la consulta, son por sí solos los dos factores más valiosos para un resultado adecuado.²

El hombre es un ser social y como tal se ha estudiado, a si mismo, la pareja forma parte fundamental de las relaciones humanas y esta determina pensamientos, acciones, actitudes y comportamiento de los hombres.

Una pareja es considerada la unión de dos personas que interactúan entre si formando, un conjunto de emociones y necesidades.

La satisfacción marital es una experiencia personal donde cada uno selecciona distintos aspectos de su propia experiencia, asignándole diferentes valores en tiempos variados, por lo que la satisfacción marital es un sentimiento subjetivo.

El grado de satisfacción de las personas esta determinado, principalmente, por la valoración que hace el sujeto de su propia vida en distintas áreas, matizada por una valoración individual.³

Siendo el apoyo de pareja una variable que tiene un rol positivo en el ajuste y salud tanto personal como en la vinculación con los de más. En este sentido su análisis cobra importancia en el estudio de las reacciones interpersonales y sobre todo en la relación de pareja por ser esta el pilar de la familia y esta ultima la unidad funcional de las sociedades colectivistas. Pese a su gran importancia como un aspecto de salud mental, psicológica y emocional, su estudio es relativamente reciente. El apoyo percibido visto desde una relación dual, es un factor central, sobre todo cuando existe un compromiso emocional. El vínculo que existe entre apoyo y necesidad emocional da la impresión de ser la dinámica que se juega en toda relación de pareja. En esta las emociones que le invaden genera un

involucramiento que promueve un deseo interno involuntario encaminado a buscar la protección del otro, además con esta relación sentimental ambos miembros contribuyen al bienestar y desarrollo del otro, tanto física, emocional, espiritual y social como cognitivamente. Mediante la expresión física de afectos y cuidados. De tal modo el apoyo entre esposos guía la satisfacción de necesidades y permite responder mejor hacia los diversos eventos estresantes de la vida lo que a su vez puede contribuir a mejorar la intimidad y la cercanía entre los miembros de la pareja.

Es así como desde el área de relaciones interpersonales, el autor Saitzyk, define el apoyo como aquellas conductas entre los miembros de la relación que intentan promover o mejorar la competencia adaptativa del cónyuge que necesita ayuda ya sea en un periodo corto, mientras dura una crisis, o cambios de vida o los estresantes a largo plazo esta definición destaca el intercambio social que implica la conducta de apoyo, pone especial atención en recursos específicos del intercambio entre los esposos y da lugar a que el esposo que brinda el apoyo tome ese rol hacia el esposo que lo busca. Pero desafortunadamente, no en todos los casos de relación de pareja se puede satisfacer las necesidades que demanda cada uno de sus miembros por medio de brindarle apoyo pues las percepciones del apoyo que se perciben y que se dan no concuerdan frecuentemente.

El apoyo tiene pocas acepciones. El autor Rhodes lo define como la toma de decisiones por un individuo para satisfacer las necesidades del otro, por medio de brindarle sustento emocional, ayuda, comodidad y amor.

El autor Díaz Guerrero señala que cuando un individuo percibe cierto grado de dificultad para afrontar obstáculos (como crisis problemas laborales, de salud o en relación con el cónyuge), busquen generar apoyo emocional en el seno familiar y sobre todo en aquella persona que para el desempeñe un papel significativo desde su escala de valores y nivel de confianza. La familia constituye un punto de referencia de identificación y de apoyo.

Los autores Beaver y Hampson refieren que, como nacemos y vivimos en un grupo social "la familia" esta en el soporte social y de un individuo. Cuando no se tiene este soporte el ser humano tiende a enfermarse, emocionalmente, así como al aislamiento y distanciamiento social.

Para los autores Cohen y Wills existen 4 tipos de apoyo que se brinda una pareja: El apoyo puramente informacional, el apoyo instrumental, el apoyo de compañía y el apoyo moral de (estima) de los cuales los dos primeros son estilos de apoyo instrumental por que proporcionan conocimiento, técnica, método o ayuda al que solicita o necesita el apoyo para que realice una tarea lo mejor posible. En cambio, los dos últimos estilos de apoyo son de tipo emocional por que le proporcionan confort y tranquilidad a la persona que necesita o solicita el apoyo.

El código de apoyo social diseñado por los autores Suhr en Cutrona y otros, al valorar la frecuencia de 23 comportamientos de intento de comunicación de apoyo, reporta que estos se ubican en cinco categorías:

- a. Apoyo emocional: Comunicando amor, interés o empatía.
- b. Apoyo estimado: Comunicando respeto y confianza en las habilidades.
- c. Apoyo de información: Proporcionando información sobre el estrés o consejo de cómo manejarlo.

- d. Ayuda tangible: Proporcionando u ofreciendo buenos servicios o deseos en una situación de estrés.
- e. Red de apoyo social: Comunicándose con o perteneciendo a un grupo de personas con problemas similares o intereses similares.

Así todos los comportamientos codificados son verbales; un código no verbal es el aspecto físico: tocarse, sostener las manos, etc.

Algunos investigadores por ejemplo: Newcombs, Saranson, Saransason y Sherarin, Von Dras y Siegler. Piensan que la personalidad del esposo son determinantes en las interacciones del apoyo social marital. Recientemente, estos investigadores han destacado que la red de apoyo social no emerge independientemente del individuo y sus alrededores. Las características de la individualidad de las persona es muy influyentes o determinantes en la cantidad y calidad de apoyo disponible en el tiempo en que se necesita.

Las definiciones de los factores del inventario para la pareja son las siguientes:

Apoyo positivo: Alude a aquellas conductas destinadas a dar soporte emocional al otro miembro de la relación cercana, a través de proporcionarle protección, brindarle seguridad, afecto y amor cuando este se encuentre en momentos difíciles aumentando con esto la comunicación entre ellos.

Apoyo expresado: Se refiere a aquellas conductas destinadas a ayudar al otro miembro de la relación cercana a buscar solución a sus conflictos, expresándole directamente su afecto, amor, seguridad y soporte, mejorando con esto la comunicación entre ellos.

Apoyo negativo: Se refiere a aquella conducta destinada a no apoyar al otro miembro de la relación cercana, cuando este ultimo atraviesa por momentos difíciles por medio de comunicarse con su pareja hostilmente, enjuiciamiento, critica, dureza, evitación, rechazo, y/o indiferencia.⁴

El interés científico por el estudio del apoyo social para afrontar los estresores y las dificultades personales se ha dirigido de lleno al ámbito de la relación matrimonial, teniendo en cuenta que el apoyo del/a cónyuge es fundamental como recurso para amortiguar las consecuencias negativas del estrés sobre la salud y bienestar a lo largo de la vida adulta. Las diferencias de género para brindar apoyo social en la relación de pareja es algo que comienza a investigarse de modo creciente.

A continuación se resume el trabajo de los autores Neff, L. y Karney, B. sobre las diferencias de género en el apoyo social en la relación matrimonial, por considerar que constituye un ejemplo de los estudios que actualmente se están acometiendo. Los cónyuges que reciben niveles superiores de apoyo reportan generalmente una mayor satisfacción marital y experimentan mejores resultados matrimoniales, que los cónyuges sin apoyo. Por el contrario, una ausencia de apoyo de la pareja a menudo se presenta como una razón significativa para la insatisfacción en la relación. Además, el apoyo de otras fuentes no compensa la falta de apoyo del cónyuge. Por otro lado, una vez que se considera el apoyo brindado por los cónyuges, el apoyo de otras personas importantes no ofrece ganancias significativas en predecir el bienestar o malestar emocional de las personas.

El apoyo que ofrecen tiende más a promover el afrontamiento del estrés y el bienestar, sin embargo, algunos estudios han demostrado que ambos sexos están igualmente capacitados para ofrecer apoyo al cónyuge. Los autores de este

artículo se preguntan por qué es que las mujeres son percibidas con tanta frecuencia como mejores proveedores de apoyo, cuando hay datos observacionales recogidos en diferentes estudios que no confirman este supuesto. Aunque los maridos y las esposas pueden no diferir en cómo apoyan a sus parejas, pueden diferir en cuándo es que brindan el apoyo a sus parejas. La relación matrimonial permite a las personas innumerables oportunidades para ofrecer apoyo a su pareja. El comprender los procesos de apoyo en el matrimonio se complica por el hecho de que, a través del tiempo, los cónyuges experimentarán fluctuaciones en las dificultades que enfrentan y así pueden requerir cantidades variables de apoyo de la pareja. Para ser efectivos en apoyar a su pareja, los cónyuges deben saber, no sólo cómo ofrecer a sus parejas un apoyo positivo, sino también cómo ajustar continuamente su provisión de apoyo en respuesta a las dificultades cambiantes de la pareja en el transcurso de su matrimonio. Desde esta perspectiva, apoyar exitosamente a la pareja, implica brindarle apoyo positivo y brindarle este apoyo en los momentos cuando se supone que sea más necesario, es decir, cuando los cónyuges experimentan las mayores dificultades.

El estudio de los autores Neff y Karney examina las circunstancias particulares en que los maridos y las esposas son más o menos proclives a proveer apoyo a sus parejas.

El estudio de estos autores mostró que, cuando se observan las conductas de apoyo que los cónyuges despliegan, sin tener en cuenta la severidad del tópico que se discute, los maridos y las mujeres no se diferencian en su capacidad general para ofrecer apoyo a su pareja. Los maridos y las mujeres exhibieron proporciones iguales de conductas positivas, negativas, neutrales o fuera de la tarea, durante las interacciones de apoyo, indicando que ambos poseen las habilidades básicas necesarias para brindar apoyo positivo a sus parejas.

Sin embargo, los maridos y las mujeres sí se diferenciaron en su tendencia a ofrecer apoyo positivo cuando sus parejas discutían problemas más severos. Cuando los maridos reportaban que sus problemas eran más severos, sus mujeres eran calificadas como mejores proveedoras de apoyo. No sucedió lo mismo cuando las mujeres reportaron problemas más difíciles.

Los resultados de los datos de la realización del diario durante siete días, repitieron y extendieron los resultados de los datos observacionales. Cuando se examinaron las percepciones de apoyo, sin tener en cuenta el nivel específico de estrés del cónyuge, se obtuvieron resultados que revelaron que los maridos y las mujeres no diferían en la cantidad de apoyo que percibían de sus parejas durante siete días. Los maridos y las mujeres reportaron sentirse igualmente apoyados por sus parejas a través del tiempo, sugiriendo que ambos veían a sus parejas como generalmente capaces de ofrecerles apoyo.

Sin embargo, aunque los cónyuges no diferían en la cantidad de apoyo que percibían de sus parejas como promedio, los maridos y las mujeres sí diferían en cuándo percibían ese apoyo. El estrés de los maridos no se asoció con percepciones de conductas negativas de las esposas.

Por el contrario, las mujeres que experimentaban mayor estrés, no reportaron recibir el mayor apoyo de sus maridos. De hecho, las mujeres más estresadas

tendieron a reportar recibir las mayores cantidades de conductas negativas de sus maridos.

El test más directo de si los maridos y las esposas responden de modo diferente al estrés de sus parejas se realizó examinando si, a nivel individual, los cónyuges reportaron recibir más apoyo en los días en que estaban experimentando niveles de estrés más elevados que lo normal.

Para maridos y mujeres, los aumentos en el estrés estuvieron asociados con aumentos en la percepción de apoyo de la pareja. Sin embargo, para las mujeres, los aumentos en el estrés estuvieron también asociados con aumentos en la percepción de conductas negativas por parte de los maridos.

De nuevo, este patrón de resultados es consistente con la idea de que las esposas pueden ajustar su provisión de apoyo para satisfacer las dificultades de los maridos, ofreciendo más apoyo cuando sus maridos están bajo mayores niveles de estrés. Los maridos, por otro lado, no parecían responder tan bien al estrés de sus mujeres, ya que el aumento de las conductas negativas que las esposas percibieron en condiciones de estrés, pudo haber socavado cualquier apoyo positivo que las esposas reportaban.

Los autores plantean que, una razón del por qué las mujeres respondían más positivamente a las dificultades de sus parejas que lo que hacían los maridos, puede ser por las valoraciones que hacen los cónyuges de la situación de apoyo. El conocer las necesidades de apoyo de la pareja y el decidir ofrecer ese apoyo, pueden representar dos procesos diferentes. Un cónyuge puede decidir retener el apoyo y no darlo, si evalúa al estresor como trivial, o como algo que la pareja podía haber controlado o prevenido. De hecho, algunos estudios han puesto en evidencia que los hombres son más proclives a culpabilizar a lo/as buscadores de apoyo y tienden a sentir menos simpatía por un/a buscador de apoyo, que las mujeres, respondiendo a los patrones tradicionales de masculinidad, que establecen que el varón no debe mostrar sus emociones, ni buscar ayuda en momentos de estrés, por Los resultados del estudio de los autores Neff y Karney son un ejemplo de cómo el ejercicio de la masculinidad y la femineidad repercute en la efectividad del apoyo social que se puede brindar a la pareja, colocando a la mujer en desventaja para recibir de su marido este importante recurso cuando más lo necesita, a pesar de que ella sí es capaz de brindarlo de modo óptimo. Como afirman los autores Neff y Karney, el brindar apoyo social cuando se necesita por la pareja, no se trata solamente de poseer las habilidades propiamente, sino de la sensibilidad para responder a las necesidades del/a otro/a, lo cual sabemos que es una cualidad esencial desarrollada por la mujer en su papel tradicional de cuidadora.⁵

Independientemente de las características de la familia y considerando la gran diversidad del arsenal terapéutico disponible actualmente para el manejo de la Hipertensión arterial sistémica, el éxito del tratamiento depende fundamentalmente del apego, por lo que es necesario desarrollar estrategias dirigidas a determinar cuáles son los factores involucrados para que el paciente se apegue al manejo.

Puesto que el apego se vincula de forma significativa con el apoyo que los familiares y la pareja otorgan al enfermo. El fracaso de la terapia antihipertensiva es común y se relaciona sobre todo con la falta de apego al tratamiento, por lo que es prioritario desarrollar estrategias para determinar cuáles son los factores

relacionados con ésta. En este contexto, el paciente con enfermedad crónica percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia, y a menos que el ambiente familiar se modifique para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de apego.

El manejo de la hipertensión arterial sistémica incluye medidas de tratamiento farmacológico, ejercicio y dieta, por lo que su control adecuado depende del apego que se logre a las diferentes acciones prescritas. Sin embargo, ya que se requiere la adopción permanente de estas acciones el entorno familiar se puede modificar desfavorablemente.

El apoyo familiar es el factor más relevante en el apego. La supresión en la dieta habitual de algunos alimentos y condimentos, la práctica de ejercicio cotidiano y la ingesta diaria de medicamentos que requiere el manejo integral de la Hipertensión Arterial Sistémica son objetivos difíciles de lograr sin una participación convencida de los enfermos y sus familiares, ya que implican modificaciones del estilo de vida, que no pueden lograrse sin la participación conjunta de la familia.

De esta forma, en el enfermo que acude a consulta con descontrol de la Presión Arterial deberían considerarse los aspectos relacionados con el entorno familiar, ya que los mismos, al ejercer una influencia significativa sobre el apego al tratamiento podrían ser una de las causas de la falla terapéutica secundarias falta de apoyo e insatisfacción marital.⁶

Los modelos conductuales sugieren que la más eficaz de las terapias prescritas por los médicos más meticulosos controlarán la Hipertensión arterial sistémica solo si el paciente está motivado para tomar la medicación prescrita y para establecer y mantener estilos de vida saludables. La motivación mejora cuando los pacientes tienen experiencias positivas con sus médicos y confían en ellos. La empatía aumenta la confianza y es un potente motivador. Además del apoyo familiar.

La actitud de los pacientes está fuertemente influenciada por diferencias culturales, creencias y experiencias previas con el sistema de atención de salud. Estas actitudes deberían ser entendidas implícitamente por los médicos para crear confianza e incrementar la comunicación con pacientes y familiares. La insuficiente dosificación o combinación de fármacos, a pesar de saber que el paciente no haya alcanzado el objetivo para controlar su Presión Arterial sistémica representa inercia clínica y debería ser superado.

Médico y paciente deben ponerse de acuerdo sobre los objetivos del control de la Presión Arterial Sistémica. Es importante una estrategia centrada en el paciente para que asuma el objetivo y una estimación del tiempo necesario para conseguirlo.

La no adherencia de los pacientes a la terapia se incrementa por desconocimiento de las condiciones del tratamiento, por negación de la enfermedad a causa de falta de síntomas o percepción de los fármacos como símbolos de salud-enfermedad, por falta de implicación del paciente en el plan de atención o por expectativas adversas sobre los efectos de la medicación y la falta de apoyo de su pareja si fuera el caso. El paciente debería de sentirse a gusto consultando con su médico todos sus temores en cuanto a reacciones inesperadas o molestas de los fármacos.⁷

También a menudo los cónyuges informan que las esposas proporcionan un mejor apoyo social que los maridos. Sin embargo, algunos estudios observacionales refieren que el apoyo entre cónyuges se da de acuerdo a sus interacciones y a sus percepciones.

Las parejas pueden ser diferentes, no por su habilidad en la prestación de apoyo, sino en su capacidad de respuesta a su pareja sobre las necesidades cambiantes en el tiempo. Diario de observación y datos de parejas confirmó que, mientras que maridos y mujeres no difieren en promedio en el apoyo que se brindan entre sí, sí difieren en el calendario de ese apoyo. Las esposas tienden a proporcionar un mejor apoyo en los días en que sus maridos experimentan un mayor estrés.⁸

Para comprender este cambio, los autores sostienen que, aunque los recién casados "relación global evaluaciones puedan ser uniformemente positivos, no todos los cónyuges su base mundial de adoración a una percepción exacta de su pareja cualidades específicas. Dos estudios longitudinales que confirmó que la mayoría de los recién casados mejorado sus socios a nivel mundial de sus percepciones, las parejas varían significativamente en sus percepciones apoyo en cualidades específicas. Para las esposas, pero no para los esposos, de manera más precisa las percepciones son específicos relacionados con su apoyo comportamientos, sentimientos de control de la pareja, y si o no la unión terminó en separación.⁹

¿Cómo mantener la satisfacción de la relación de pareja a pesar de las percepciones negativas de sus relaciones? Una forma de minimizar las consecuencias mundiales de las percepciones negativas es atribuir importancia al diferenciar las características positivas y negativas. Como estas características cambian con el tiempo, se pueden alterar su percepción de importancia, asegurando que aspectos positivos son siempre más estrechamente asociada con satisfacción global de las negativas. Una tendencia a considerar como positiva la percepción más importante que las percepciones negativas se asocia con la mayor satisfacción marital. Por otra parte, una tendencia a alterar la importancia de determinadas percepciones como las que han cambiado con el tiempo se asoció con una mayor satisfacción global estable.¹⁰

Colaboración para la solución de problemas puede ser utilizada por las parejas de edad avanzada para optimizar el funcionamiento cognitivo, con alguna sugerencia de que las parejas de mayor edad muestran una mayor colaboración de expertos. Tarea de control de las mujeres se ajustan a su propia percepción y de su cónyuge habilidades cognitivas; Los hombres sólo ajustan a su cónyuge habilidades cognitivas.¹¹

En el control del paciente hipertenso intervienen variables psicosociales que influyen en las fluctuaciones de su tensión arterial. El paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica. En virtud de que la diabetes requiere de un manejo cotidiano independiente de los médicos, es necesario que todo diabético perciba su propia conducta como parte de la responsabilidad en el control de la enfermedad, y que las personas de su entorno otorguen el apoyo adecuado para lograr los objetivos del tratamiento dentro de los que se incluya el apoyo de la pareja.¹²

La Insatisfacción marital es una experiencia personal, en donde cada uno selecciona distintos aspectos de nuestra propia existencia, asignándole diferentes valores en tiempos variados, por lo que debido a que la satisfacción marital es un sentimiento subjetivo, puede o no verse reflejado en el comportamiento personal.

El grado de satisfacción o insatisfacción de las personas esta determinado, principalmente, por la valoración que hace el sujeto de su propia vida en distintas áreas, matizada por una valoración individual.

La insatisfacción familiar aparece en muchas ocasiones cuando el ambiente es negativo en familia caracterizado por toma de malas decisiones.¹³

Una familia apoyadora y con buen funcionamiento es una protección contra los riesgos, la familia es un lugar de protección y afecto, actúa como mediadora del impacto de factores externos, no obstante, no siempre se da en esa dirección, en ocasiones es generadora de estrés en los miembros que la componen, el estilo de vida imperante hace que se viva a gran velocidad, todo se pretende resolver rápidamente, no hay tiempo para un acercamiento permanente y afectuoso que se precisa en la familia como espacio favorecedor de la comunicación.¹⁴

Es difícil definir o medir el concepto de satisfacción marital pero en términos generales se podrá conceptuar como el grado de satisfacción o gratificación que tiene el cónyuge con respecto a su condición matrimonial.

A mayor grado de insatisfacción familiar se corresponde un mayor índice de afectación psicofísica.¹⁵

La satisfacción marital es buscada, o esperada, por la mayoría de los individuos casados. Desafortunadamente, la oficina de Estados Unidos del censo en 1992 divulgó ese 52% del extremo de las uniones en el divorcio (Fowers, Montel, y Olson p.). Este hecho, junto con otros estimulantes, ha hecho a investigadores investigar las influencias en la satisfacción marital. Muchos predictores de la estabilidad y de la satisfacción en la unión, en hecho, existen. Entre las varias posibilidades exploradas por los investigadores, los estudios concluyentes se han hecho en las influencias de la satisfacción última y actual con la personalidad y las condiciones vivas de su esposo, el efecto de la autonomía en la unión, el síndrome vacío de la jerarquía, así como los tipos de relaciones premaritales y su efecto en la satisfacción marital.¹⁶

Los Estresores externos que con frecuencia afectan a los cónyuges son una manera evaluar su calidad marital. Hasta la fecha, sin embargo, la comprensión de la interacción entre el estrés externo e internos procesos de relación se ha limitado a dos formas. En primer lugar, la investigación ha examinado en general, sólo el corto plazo las consecuencias del estrés. En segundo lugar, a través de los mecanismos estresores externos que influyen en la relación resultados son inciertos. En este estudio se abordan tanto las limitaciones de examinar la relación cogniciones que pueden mediar los efectos externos de estrés a lo largo de cuatro años de matrimonio. Los análisis confirmaron que las experiencias de estrés se asociaron con la trayectoria de calidad marital horas extraordinarias. Por otra parte, tanto el contenido y la organización de los cónyuges "relación específica cogniciones mediado este efecto. Es decir, el estrés negativamente influido en la naturaleza de los cónyuges "percepciones civil, así como la forma cónyuges interpretarse los procesados y las percepciones. Estos resultados llaman la atención a las formas que el contexto de las relaciones de formas y limita

los procesos de relación.¹⁷

En la interacción positiva y negativa, se indica que los bajos niveles de afectación positiva y las habilidades negativas anuncian particularmente tasas rápidas de deterioro en las relaciones de pareja. Los hallazgos sugieren objetivos específicos para la intervención en programas para el desarrollo de parejas.¹⁸

Las características de las interacciones entre el marido de mediana edad y mayores de edad y si estas características se diferencialmente asociados con la satisfacción de pareja de edad. Las personas de edad superior civil informaron de satisfacción y percepción de su cónyuge como el comportamiento menos negativo en general y más positiva en todos los contextos de mediana edad las personas. La importancia de positivos y negativos características en funcionamiento civil a través de los grupos de edad e indican que estas características pueden ser dependientes de contexto. Se sugiere que, en algunos contextos, tanto positivas como negativas son las características más salientes de los adultos mayores.¹⁹

Estudios previos sobre el tema de la edad y las emociones ha encontrado que los adultos mayores pueden mostrar mejoría en la regulación fisiológica de su presión arterial a estímulos estresantes que los adultos más jóvenes. Sin embargo, en la literatura el estrés ha demostrado que la edad se asocia a una mayor reactividad cardiovascular. Las personas de edad relativamente mostraron significativamente mayor ambulatoria aumentos en la presión arterial diastólica en comparación con personas más jóvenes cuando se trata de estrés diario. Sin embargo, los resultados también revelaron que las personas de edad relativamente menos informado de un aumento en efecto negativo durante el estrés cotidiano en comparación con sus homólogos más jóvenes.²⁰

Dentro de las causas de los pacientes tengan incumplimiento en sus tratamientos de hipertensión arterial se a incluido la estructura familiar y la relación de los otros familiares con el paciente.²¹

Los procesos psicosociales están dados por una amplia gama de fenómenos que influyen sobre el proceso salud, enfermedad; como las costumbres, creencias, actitudes, valores sociales y estilos de vida, y estas a su vez lo hacen en el pensar, sentir y actuar de los individuos. Sin duda alguna es en la enfermedad crónica donde más se evidencia la relación entre lo biológico y lo social. La Enfermedad crónica es por definición un padecimiento usualmente lento e irreversible que lleva progresivamente al deterioro y pérdida gradual de las capacidades del individuo. Existe un estimado mundial que señala que el 60% de los adultos mayores son portadores de algún tipo de enfermedad crónica. En México la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial Sistémica se ubican en los primeros sitios de morbilidad y mortalidad nacional (con tasa de prevalencia por cada 100 mil habitantes es 11.27 y 15.9 respectivamente). La Hipertensión arterial es un padecimiento lento e irreversible que deteriora las capacidades del individuo y determina cambios sobre su imagen y relaciones sociales y familiares. Es fundamental para el médico familiar identificar la calidad de vida que se ofrece al enfermo y su familia.

En el plano familiar las enfermedades crónicas generan un alto grado de estrés, estructuralmente existe una modificación sobre las jerarquías, territorios, límites, alianzas y coaliciones establecidas por la familia. Las pautas de interacción y las funciones establecidas entre sus miembros también se modifican a causa de que

el enfermo adquiere la centralidad familiar, cuando éste es un uno de los padres, alguno de los hijos asume sus funciones, adquiriendo como ganancia secundaria la emancipación de las reglas familiares y la adquisición de mayor jerarquía con respecto al resto de sus hermanos.²²

En la mayoría de los países desarrollados la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, o también denominadas Enfermedades Crónicas Esenciales del Adulto (ECEA), tales como hipertensión arterial sistémica (HTAS), diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias, obesidad y aterosclerosis entre otras, han demostrado un crecimiento exponencial en las últimas dos décadas, llegando a superar la prevalencia de las enfermedades transmisibles en el adulto. A esta transformación se ha aplicado el término de "Transición epidemiológica". Pero tal vez el mayor valor de este concepto (como problema de salud pública mundial), es que ahora se reconoce a las ECEA como la primera causa mundial de morbilidad en el adulto. Su impacto económico – social es demoledor para cualquier sistema de salud en el mundo, ya que se trata de entidades no curables, con secuelas que en su mayoría serán incapacitantes. En México, la prevalencia identificada de hipertensión arterial sistémica para el año 2000 fue del 30.05%, es decir, más de 16 millones de mexicanos entre los 20 y 69 años. Los estados del norte de la república, alcanzaron cifras aún mayores. La Encuesta Nacional de Salud 2000, nos mostró que lamentablemente el 61% de los hipertensos de este país desconocen ser portadores del mal, situación que es de extrema importancia ya que, en general, el paciente acude al médico cuando ya han transcurrido varios años desde su inicio y, probablemente, ya habrá en su mayoría daño a órgano blanco.

De mayor preocupación, es que, de los que ya se sabían hipertensos, sólo la mitad estaba tomando medicamento antihipertensivo, y de éstos sólo el 14.6% tuvo cifras de control (< 140/90 mmHg), sin contar que el criterio reciente para control en el paciente diabético o con daño renal, es más estricto (< 130/80 mmHg). De manera que, de forma rigurosa, observaríamos que alrededor del 8% de toda la población hipertensa está realmente en control óptimo. Lo anterior explica en gran medida el porqué nuestra tasa de urgencias hipertensivas y eventos vasculares cerebrales, insuficiencia renal crónica, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y retinopatía, entre otros, van en aumento y no en reducción como en otros países. La existencia de hipertensión arterial sistémica guarda estrecha relación con la edad, género y factores comórbidos, tales como diabetes, obesidad, dislipidemias y tabaquismo. Así, la forma, tipo y gravedad en que la HTAS interacciona con estos factores, determina la magnitud y velocidad de progresión de daño a órgano blanco, situación que debe considerarse primordial para el establecimiento de un tratamiento médico óptimo inicial. La mayoría de los lineamientos internacionales están basados en estudios realizados en población anglosajona y/o caucásica. En general, éstos incluyen a pacientes con edad > 55 años. En contraste, en México la distribución poblacional es aún de tipo piramidal, es decir, la mayor parte del bloque de la población se ubica entre los 20 y 54 años. Así, si bien es cierto que la prevalencia en términos porcentuales de la HTAS se relaciona de manera directa con la edad, al cuantificar el número de pacientes portadores de HTAS de manera absoluta, se encontró que en México el 75% de los hipertensos, tienen menos de 54 años de edad. Por lo tanto, debemos

desmitificar que la hipertensión es una enfermedad de gente adulta mayor. ENSA 2000, informó además que otras entidades, tales como Diabetes Mellitus 2, está siguiendo el mismo comportamiento informándose una prevalencia nacional actual del 10.7%. Para factores de riesgo cardiovascular como la obesidad se informó una prevalencia de 24.4% y para el tabaquismo de 36.6%^{2,9}. El conocimiento de estos factores es relevante ya que mostraron ser catalizadores de una mayor prevalencia de HTAS. Lo cual establece los nexos que existen de las ECEA para incrementar la morbimortalidad cardiovascular del adulto. Por ello deben siempre estudiarse no de forma aislada sino a través de un abordaje de consolidación conjunta.

Toda vez que se obtuvo el diagnóstico situacional de las enfermedades crónicas en el país, el siguiente paso fue realizar el presente estudio. Basados en el diseño de una reencuesta nacional de hipertensión se buscó en primera instancia reencuestar a la mayoría de los pacientes detectados como hipertensos en el año 2000 y completar el tamaño de muestra representativo con población hipertensa identificada en las zonas geográficas predefinidas con edad y sexo similar.²³ La hipertensión arterial es el factor de riesgo cardiovascular modificable más prevalente del mundo, constituyendo un importante problema de salud pública. La Presión Arterial está sujeta a importantes oscilaciones dependientes del individuo (actividad física, momento del día, estrés...) y de las características propias del aparato de medida. En los últimos años han aparecido nuevas metodologías para la medida de la presión arterial diferentes a la convencional como la automedida y la monitorización ambulatoria de la presión arterial de 24 horas.

La Hipertensión Arterial es una causa frecuente de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados, constituyendo un problema de primera magnitud. Los hipertensos tienen el doble de riesgo de sufrir coronariopatía isquémica, siete veces más de probabilidad de accidente cerebrovascular agudo isquémico y 10 veces más de probabilidad de hemorragia cerebral o subaracnoidea. La presencia de presión arterial aumenta entre 2 y 4 veces la prevalencia de insuficiencia cardíaca frente a las personas normotensas.

Por todo ello, es muy importante conseguir un adecuado control de cifras tensionales. Según estudios desarrollados en España sobre pacientes con hipertensión tratados en Atención Primaria, el control de la enfermedad oscila entre un 36,1% (PRESCAP 2002) (7) y un 38,8% (Controlpres 2003). El estudio HORA, realizado en el año 2001, en una muestra de 4.009 individuos representativa de la población general española no institucionalizada mayor de 59 años, reportó un porcentaje de control del 16,3%, resultado algo superior a la media encontrada en otros países europeos, que no alcanza el 15%, aunque inferior al hallado en Estados Unidos (28%).

Estas cifras apuntan a un problema de gran magnitud que no está siendo adecuadamente respondido desde las instituciones sanitarias. Por ello es importante conocer el nivel de control tensional de los pacientes atendidos en los centros de salud así como los factores predictores de dicho control para poder identificar espacios concretos de mejora de la atención al paciente con hipertensión.²⁴

El control adecuado de las cifras de presión arterial en los pacientes con HAS aumenta su esperanza y calidad de vida; sin embargo, uno de los problemas

inherentes a su tratamiento es que la elevación de la PA no produce de manera habitual manifestaciones clínicas relevantes, por lo que el paciente puede tener la falsa impresión de que su enfermedad se encuentra controlada. De esta manera, el fracaso de la terapia antihipertensiva es común y se relaciona sobre todo con la falta de apego al tratamiento, por lo que es prioritario desarrollar estrategias para determinar cuáles son los factores relacionados con ésta. En este contexto, el paciente con enfermedad crónica percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia, y a menos que el ambiente familiar se modifique para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de apego.^{25, 6}

La hipertensión arterial sistémica es un problema de salud pública por su alta prevalencia en los diferentes países del mundo y por las complicaciones que la llevan a una morbilidad y mortalidad importante, la Organización Mundial de la Salud considera a esta enfermedad como la epidemia silenciosa, puesto que rara vez causa síntomas, sin embargo, sus complicaciones pueden ser muy graves, como los accidentes cerebrovasculares, cardiovasculares que son la primera causa de mortalidad, e insuficiencia renal y alteraciones vasculares. La hipertensión arterial sistémica afecta al 20% de la población adulta de los países desarrollados, porcentaje que asciende al 50% en los mayores de 65 años.²⁶

La hipertensión arterial sistémica afecta aproximadamente a 50 millones de personas en los Estados Unidos y a un billón en todo el mundo, al aumentar la edad poblacional la prevalencia de hipertensión arterial se incrementará en adelante a menos que se implementen medidas preventivas eficaces.

La hipertensión arterial esencial es un padecimiento frecuente y constituye uno de los principales problemas de salud pública. En la población urbana de México su prevalencia se estima en 25%¹ y en la población rural varía de 13% al 21%. El control adecuado de las cifras de presión arterial en los pacientes con hipertensión arterial sistémica aumenta su esperanza y calidad de vida. El fracaso de la terapia hipertensiva se relaciona sobretodo a la falta de apego al tratamiento, el paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia, y a menos que el ambiente se modifique para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de apego.^{27, 6}

En México la encuesta nacional de enfermedades crónicas efectuada en 1993 registró una tasa del 26.6% en la población de 20 a 69 años de edad que permite calcular que hay aprox. 10, 000,000 de hipertensos en el País, en una proporción de 1: 4 personas de los cuales más del 60% lo ignora.

La incidencia de hipertensión arterial sistémica diagnosticada en los servicios de salud, está aumentando, en 1996 se notificó una tasa de 433, por cada 100,000 habitantes en México.²⁸

La hipertensión arterial esencial (HAS) es un padecimiento frecuente y constituye uno de los principales problemas de salud pública. En la población urbana de México su prevalencia se estima en 25%¹ y en la población rural varía de 13% al 21%. El control adecuado de las cifras de presión arterial (PA) en los pacientes con HAS aumenta su esperanza y calidad de vida; sin embargo, uno de los problemas inherentes a su tratamiento es que la elevación de la PA no produce de manera habitual manifestaciones clínicas relevantes, por lo que el paciente puede tener la falsa impresión de que su enfermedad se encuentra controlada.^{29, 6}

Durante las últimas 5 décadas se ha observado un incremento importante en la

incidencia de enfermedades no transmisibles, principalmente debido al aumento en la esperanza de vida de la población en general. Esto ha constituido un verdadero problema de salud para todos los países que se traduce en un incremento de la morbilidad y mortalidad y disminución potencial de años productivos de vida. La hipertensión arterial sistémica (HAS) es probablemente la enfermedad crónica degenerativa más frecuente tanto en México como en toda Latinoamérica. Su prevalencia fluctúa de un 10 a un 30 % de la población adulta y su presencia se eleva con la edad de los pacientes.

En los Estados Unidos de América solamente una cuarta parte de los pacientes se encuentran controlados. Frecuentemente los pacientes hipertensos se hallan en riesgo de padecer hipertensión arterial sin saberlo y por lo tanto están expuestos a sus complicaciones.

El tratamiento integral de la HAS deberá sustentarse en las medidas no farmacológicas (modificación de estilos de vida, tanto de dieta como de ejercicio), y moderado apoyo farmacológico. El tratamiento adecuado tiene como propósito evitar el avance de la enfermedad, prevenir complicaciones, mantener la calidad de vida y reducir la mortalidad en los pacientes hipertensos.³⁰

La hipertensión arterial (HTA) representa el factor de riesgo cardiovascular más frecuente de la humanidad. En todas las poblaciones estudiadas, todos los grupos de edad y en ambos sexos, cuánto mayores son las cifras de TA más elevadas son la morbilidad y la mortalidad. No existe una clara línea divisoria entre la TA normal y la TA elevada. Por eso se han establecido niveles arbitrarios para definir a las personas con un mayor riesgo de padecer una complicación cardiovascular o de beneficiarse de un tratamiento médico.

El Sexto Reporte del "Joint National Comité" de EE.UU. sobre prevención, detección, evaluación y tratamiento de la HTA (JNC VI) de 1997, clasificaba a la TA de los adultos en las siguientes categorías: Óptima (TAS mayor a 120 y TAD menor a 80 mmHg), Normal (TAS menor a 130 y TAD menor a 85 mmHg), Normal Alta (TAS 130 a 139 ó TAD 85 a 89 mmHg) y tres estadios de HTA. Con la finalidad de evitar la progresión a HTA1, en este reporte se recomendaba la modificación del estilo de vida en los pacientes con TA Normal Alta, aún en ausencia de otros factores de riesgo, daño de órgano blanco o enfermedad cardiovascular. El Séptimo Reporte (JNC VII) del 2003, proporcionó una nueva clasificación añadiendo una nueva categoría denominada pre - hipertensión (PH) que engloba a individuos con TAS 120 a 139 ó TAD 80 a 89 mmHg². Los pacientes con PH tienen un riesgo incrementado para el desarrollo de HTA, progresando frecuentemente a ella en un período de cuatro años, especialmente durante la tercera edad, mientras que los que poseen una TAS 130 a 139 ó una TAD 80 a 89 mmHg tienen el doble de riesgo de presentar HTA que los que tienen cifras menores.

Recientes reportes del estudio de Framingham sugieren que los individuos normotensos mayores de 55 años tienen un 90% de riesgo de desarrollar HTA en el resto de sus vidas. Consecuentemente la prevalencia de la HTA acompañará al envejecimiento poblacional.

La relación entre la TA y el riesgo de eventos de enfermedades cardiovasculares (ECV) es continua, consistente e independiente de otros factores de riesgo. Cuánto más alta es la TA, mayor es la posibilidad de ECV, enfermedad

cerebrovascular y renal. Para individuos de 40 a 70 años, cada incremento de 20 mmHg en la TAS ó de 10 mmHg en la TAD, duplica el riesgo de ECV en todo el rango de TA comprendido entre 115/75 hasta 185/115 mmHg.

La clasificación PH reconoce este riesgo y señala la necesidad de incrementar la educación para la salud de los profesionales sanitarios y de la población general para reducir los niveles de TA y prevenir el desarrollo de HTA. Se recomiendan modificaciones al estilo de vida en pacientes con PH para evitar la progresión a HTA. Además, con PH e insuficiencia cardíaca, post-infarto agudo de miocardio, enfermedad coronaria de alto riesgo, diabetes o enfermedad renal crónica, se requiere tratamiento farmacológico específico.

La adopción de estilos de vida saludables es imprescindible para prevenir la elevación de la TA y es indispensable en hipertensos. La modificación de los estilos de vida que disminuyen la TA incluyen la reducción de peso en pacientes con sobrepeso y obesidad, una dieta tipo DASH, restricción del sodio en la dieta, actividad física moderada y moderación.

En el consumo de alcohol. Además, dejar de fumar provoca una disminución de todos los factores de riesgo.

En una investigación realizada en Michigan (EE.UU.) sobre los estilos de vida en adultos se encontró que sólo el 22,8% consumía las cantidades recomendadas de frutas y verduras, 25,9% practicaba actividad física en forma regular y 72,3% no fumaba.

En un estudio realizado en La Habana (Cuba) se detectó una prevalencia de circunferencia de cintura saludable en adultos de 93%.

Un estudio no publicado efectuado en el Barrio Municipal de la ciudad de Concepción (Tucumán) sobre una muestra de 280 adultos evidenció que el 60% era sedentario y el 27% fumador⁹. En suma, no existen estudios completos sobre la prevalencia de PH en Argentina. El propósito de este estudio además de aclarar la prevalencia fue la de concientizar a los equipos de salud de la zona sobre la importancia de los estilos de vida saludables y de la Presión Arterial como factor de riesgo cardiovascular, para incentivarlos en la elaboración y aplicación de programas de prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares.³¹

En las últimas cinco décadas se han observado cambios en el panorama epidemiológico de México relacionados con la disminución de las enfermedades infecciosas, y que, combinados con otros cambios en el estilo de vida, han dado lugar al aumento progresivo de las enfermedades crónico-degenerativas, particularmente las cardiovasculares, de las cuales la hipertensión arterial es una de las más relevantes. En México se considera la presión arterial alta como un problema de salud pública, ya que favorece la aparición de otras enfermedades, acorta la vida de quien la padece y se traduce en años potenciales de vida perdidos. En la población mexicana no se ha medido cabalmente la magnitud con que se presenta el problema de la hipertensión arterial; en ese contexto, se han realizado diversos estudios para establecer la prevalencia de la hipertensión arterial sistémica (PHAS) y se han notificado valores que fluctúan entre 10.2% y 26.9%. En esas variaciones influyen de manera importante tanto los factores sociales y culturales inherentes a las poblaciones estudiadas, como las diferentes metodologías que se emplean y que impiden comparar los resultados y establecer con precisión la evolución de la hipertensión en México. La falta de conocimiento

acerca de la epidemiología de las enfermedades crónicas dio lugar a la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC), que en 1991 notificó una PHAS de 24.6% en México; dos años después, en 1993, esa cifra se incrementó a 26.6%, lo que refleja la importancia de esta enfermedad y su impacto en la salud pública. En las zonas rurales se han hecho menos esfuerzos para determinar la magnitud de este problema, si bien una gran parte de la población del país se concentra en el campo. Los estudios de hipertensión realizados en poblaciones rurales muestran una prevalencia que fluctúa entre 7.7 y 10.0%; estas variaciones dependen, además de la estructura de la población y de la metodología empleada, de las características de los sujetos de estudio, que en el área rural varían considerablemente de una región a otra. Ello motiva a la realización de estudios con métodos estandarizados que permitan comparar las características, los factores de riesgo predisponentes y la prevalencia de la hipertensión arterial en las diferentes áreas de la población rural del país.³²

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial, constituyéndose en un problema de salud pública debido al notable incremento en su prevalencia a nivel mundial y a su reconocida asociación con otras patologías, aumentando la morbimortalidad y alterando la calidad de vida de quien la padece. Se estima que más de 1.1 billón de personas están en sobrepeso, de los cuales 320 millones son obesos. Más de 2.5 millones de muertes cada año se atribuyen a índices de masa corporal (IMC) elevados, esperando que se dupliquen para el 2030. Recientes hallazgos sugieren que la circunferencia abdominal (CA) es un mejor marcador de riesgo que el IMC. Las guías del USA National Institutes of Health (NIH) indican que los riesgos se incrementan de un modo gradual desde el peso normal a la obesidad, y que dentro de cada categoría de IMC, los hombres y mujeres con valores de CA altos están en mayor riesgo que aquellos con valores normales. Según información del NHANES III la prevalencia de obesidad abdominal sería del 27.1%, 20.2% y 21.4% en hombres blancos, negros e hispanos respectivamente y los valores correspondientes en mujeres son de 43.2%, 56% y 55.4% y asimismo que la obesidad abdominal se asocia a un incremento de 2 a 3 veces en el riesgo de hipertensión; en otros como el estudio de Framingham la obesidad justifica el 78% y el 65% de la HTA en hombres y mujeres respectivamente. Esta asociación varía con la edad, el sexo y la raza y es más fuerte en los sujetos jóvenes menores de 40 años, especialmente en varones. Un incremento del IMC de 1.7 Kg. /m² en hombres y 1.25 en mujeres o un aumento en la circunferencia abdominal de 4.5 cm en hombres y 2.5 en mujeres supondrían un incremento de 1 mmHg en la presión arterial sistólica.³³

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los problemas de salud más importantes en la actualidad por ser el principal factor de riesgo de la enfermedad coronaria, que a su vez constituye la primera causa de muerte.

La creciente expansión del estilo de vida urbano característico de los países industrializados, con una mayor tendencia al sedentarismo y a la obesidad, ha favorecido el aumento de la prevalencia de HTA y de las complicaciones cardiovasculares derivadas de este trastorno. Este aumento de la prevalencia de HTA en el mundo se debe al envejecimiento de la población y a la ampliación de los criterios de diagnóstico empleados, lo que ha contribuido a que se registren tasas cada vez más elevadas, especialmente en las comunidades urbanas.

Se calcula que la prevalencia de HTA en la población mexicana mayor de 30 Años es de 30%. Se ha observado una tendencia al aumento de la prevalencia de esta enfermedad en México como parte del fenómeno denominado “transición epidemiológica”, en el cual las enfermedades crónicas y degenerativas van desplazando de los primeros lugares de morbilidad y mortalidad a las enfermedades infectocontagiosas.

Los factores de riesgo asociados con el desarrollo de la HTA son el sobrepeso, el sedentarismo, la edad y el sexo masculino. También se han propuesto como factores de riesgo de HTA el nivel socioeconómico bajo, el alcoholismo, el tabaquismo y los antecedentes familiares de HTA. Sin embargo, su grado de asociación no ha sido definido claramente, sobre todo con relación a los casos de HTA leve o limítrofe. Por otra parte, el peso relativo que tiene cada uno de esos factores de riesgo y la interacción que pudiera existir entre ellos han sido poco estudiados. En un análisis de los factores de riesgo de HTA en México se encontró que las mujeres jóvenes no obesas tenían una menor tendencia a padecer de HTA que otros grupos de adultos, y que a medida que aumentaba la edad, las tasas de HTA en hombres y mujeres se equilibraban. Sin embargo, en ese estudio no se exploraron otras variables que pueden ser factores de confusión, como los antecedentes familiares de HTA, el sedentarismo, el tabaquismo y el alcoholismo. El reconocimiento de la contribución relativa de cada uno de los factores mencionados al desarrollo de la HTA, sobre todo en los casos de HTA limítrofe o leve, es crucial para poder planear estrategias preventivas más eficientes, orientadas a los grupos de población más vulnerables. La ciudad de Colima, en México, es una comunidad en proceso de transición del medio rural al urbano, caracterizada por una frecuencia creciente de enfermedades cardiovasculares asociadas con la HTA, por lo que constituye un escenario adecuado para estudiar los factores de riesgo de HTA en este tipo de población.

El objetivo del presente trabajo fue evaluar la posible asociación de la edad, el sexo, el sobrepeso, los antecedentes familiares de HTA, el alcoholismo y el sedentarismo con la HTA en la población adulta de la ciudad de Colima, México. La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México. En efecto, alrededor de 26.6% de la población de 20 a 69 años la padece, y cerca del 60% de los individuos afectados desconoce su enfermedad. Esto significa que en nuestro país existen más de trece millones de personas con este padecimiento, de las cuales un poco más de ocho millones no han sido diagnosticados. La hipertensión arterial es un importante factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y renales. La mortalidad por estas complicaciones ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas. Así pues, las enfermedades del corazón, la enfermedad cerebrovascular y las nefropatías se encuentran entre las primeras causas de muerte.

Los costos económicos asociados al tratamiento de esta enfermedad y sus complicaciones representan una carga para los pacientes y los servicios de salud. Para contender con este importante problema, esta norma define las acciones preventivas, así como los procedimientos para la detección, diagnóstico, tratamiento y control de esta enfermedad a ser realizados por los sectores público, social y privado.

Su aplicación contribuirá a reducir la elevada incidencia de la enfermedad, a evitar o retrasar sus complicaciones, así como disminuir la mortalidad asociada a esta causa.³⁴

Planteamiento del problema.

En los centros de salud de Villa Ocuilzapotlan, Fraccionamiento Lomas 2 y ranchería Medellín y Madero 2 da sección. Pertenecientes al Centro Especializado en Servicios de Salud Numero 6 del municipio de centro se encuentran en control un total de 125 pacientes en el programa de control de hipertensión arterial sistémica de los cuales en promedio de 90 pacientes se encuentran controlados y 35 en descontrol.

La secretaria de salud cuenta con el programa de control de hipertensión arterial sistémica el cual es un programa de carácter gratuito y que se oferta al publico en general con el antecedente de la enfermedad o que se diagnostique dentro de la consulta de atención medica general, además de que se le proporciona al paciente el medicamento siendo citada de manera mensual para revaloración y surtimiento de medicamento.

Cabe mencionar que un número importante de pacientes en control no logran estabilizar las cifras de hipertensión arterial sistémica a pesar del apoyo brindado por el programa de control de hipertensión arterial (consulta y medicamentos).

¿Cual es la relación entre el apoyo negativo de la pareja y el descontrol de la hipertensión arterial sistémica en pacientes de Villa Ocuilzapotlan Fraccionamiento Lomas 2 y ranchería Medellín y Madero?
--

Justificación.

La tendencia de la investigación y la intervención en la familia como grupo social se contrapone a una larga tradición epidemiológica, que considera a la familia como factor protector y de apoyo, sin embargo también puede ser considerada como generadora de patología. Por lo que el buen funcionamiento familiar esta relacionado con una conveniente integración de la familia, adecuada autoestima y sistemas de apoyo social, de igual manera el estrés crónico tanto individual como familiar ejerce efectos perjudiciales a largo plazo, aunque depende de la capacidad de adaptación del individuo y la familia; en ello influyen varios aspectos de esta última, desde su estructura y dinámica hasta el entorno de la misma; de esta manera, la familia influye fuertemente en la presencia y control de las enfermedades.

La hipertensión arterial es una alteración hemodinámica objetable, con fisiopatología bien conocida, que puede ser consecuencia de una amplia variedad de situaciones patológicas, y por lo tanto puede definirse como un signo clínico de enfermedad. Además es un factor de riesgo relevante para sufrir enfermedades derivadas de daño vascular en cualquier territorio del organismo, aunque las más frecuentes son, como se sabe, las enfermedades isquémicas del corazón y del sistema nervioso central. El mayor beneficio de un correcto diagnóstico, seguimiento, tratamiento y control de las cifras de presión arterial de los pacientes hipertensos es la disminución de la morbimortalidad por causa cardiovascular como se concluye de los múltiples estudios realizados al respecto^{35, 6.}

La HTA afecta aproximadamente a 50 millones de personas en los Estados Unidos y a 1 billón en todo el mundo. Al aumentar la edad poblacional, la prevalencia de HTA se incrementará en adelante a menos que se implementen amplias medidas preventivas eficaces. Recientes datos del Framingham Heart Study sugieren que los individuos normotensos mayores de 55 años tienen un 90 % de probabilidad de riesgo de desarrollar HTA.

La relación de presión arterial y riesgo de Eventos Cerebrales Vasculares es continua, consistente e independiente de otros factores de riesgo. Cuanta más alta es la presión arterial, mayor es la posibilidad de infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca, ictus y enfermedad renal. Para individuos de entre 40 y 70 años, cada incremento de 20 mmHg en Presión Arterial Sistólica ó 10 mmHg en Presión Arterial Diastolica dobla el riesgo de ECV en todo el rango desde 115/75 hasta 185/115 mmHg.

La hipertensión arterial sistémica es probablemente la enfermedad crónica degenerativa más frecuente tanto en México como en toda Latinoamérica. Su prevalencia fluctúa de un 10 a un 30 % de la población adulta y su presencia se eleva con la edad de los pacientes.

En los Estados Unidos de América solamente una cuarta parte de los pacientes se encuentran controlados. Frecuentemente los pacientes hipertensos se hallan en riesgo de padecer hipertensión arterial sin saberlo y por lo tanto están expuestos a sus complicaciones.³⁶

La Hipertensión Arterial Sistémica, es uno de los problemas de salud pública más importantes en la población adulta. La Encuesta Nacional de Enfermedades

Crónicas del año 2000, reportó una tasa de HAS del 30.05% en la población mayor de 20 años. Es un padecimiento crónico de etiología variada, caracterizado por el aumento sostenido de la presión arterial, sistólica, diastólica o ambas; en el 90% de los casos la etiología es desconocida por lo que se ha denominado hipertensión arterial esencial, con una fuerte influencia hereditaria; en 5 a 15% de los casos existe una causa directamente responsable de la elevación de las cifras tensiionales y a esta forma se le denomina hipertensión arterial secundaria.

La tendencia de la investigación y la intervención en la familia como grupo social se contraponen a una larga tradición epidemiológica, que considera a la familia como factor protector y de apoyo, sin embargo también puede ser considerada como generadora de patología. Por lo que el buen funcionamiento familiar está relacionado con una conveniente integración de la familia, adecuada autoestima y sistemas de apoyo social, de igual manera el estrés crónico tanto individual como familiar ejerce efectos perjudiciales a largo plazo, aunque depende de la capacidad de adaptación del individuo y la familia; en ello influyen varios aspectos de esta última, desde su estructura y dinámica hasta el entorno de la misma; de esta manera, la familia influye fuertemente en la presencia y control de las enfermedades.³⁷

En México aproximadamente 15.2 millones de personas padecen hipertensión arterial sistemática - El 61 por ciento de ellas lo ignora - Cinco de cada 10 mexicanos mayores de 50 años tiene la enfermedad. Del total de personas a quienes se les ha diagnosticado, menos del 50 por ciento están bajo tratamiento médico farmacológico - La mayor prevalencia se registra en los estados del norte (más del 30 por ciento) Los resultados de ENSA 2000 alertan sobre la necesidad de intensificar las estrategias para la detección, control, tratamiento y prevención de la hipertensión arterial sistemática.³⁸

En México, la prevalencia identificada de hipertensión arterial sistémica para el año 2000 fue del 30.05%, es decir, más de 16 millones de mexicanos entre los 20 y 69 años. Los estados del norte de la república, alcanzaron cifras aún mayores. La Encuesta Nacional de Salud 2000, nos mostró que lamentablemente el 61% de los hipertensos de este país desconocen ser portadores del mal, situación que es de extrema importancia ya que, en general, el paciente acude al médico cuando ya han transcurrido varios años desde su inicio y, probablemente, ya habrá en su mayoría daño a órgano blanco.³⁹

Se calcula que la prevalencia de HTA en la población mexicana mayor de 30 años es de 30% (3). Se ha observado una tendencia al aumento de la prevalencia de esta enfermedad en México como parte del fenómeno denominado "transición epidemiológica", en el cual las enfermedades crónicas y degenerativas van desplazando de los primeros lugares de morbilidad y mortalidad a las enfermedades infectocontagiosas.⁴⁰

Al ser la hipertensión arterial uno de los problemas de salud pública más importantes en nuestro país y en base a que se espera un repunte considerable de esta enfermedad crónica degenerativa se decide realizar el presente estudio el cual tiene la finalidad de apoyar a los pacientes con hipertensión arterial sistémica, controlados o no controlados con apoyo negativo de la pareja.

Existen varios motivos por los que los pacientes que se encuentran registrados en los programas de crónico degenerativos específicamente el de hipertensión arterial sistémica en los centros de salud, se encuentran en descontrol, por lo que este estudio nos permitirá saber si hay relación entre el apoyo familiar sea positivo o negativo y los pacientes en control de hipertensión arterial sistémica sea controlados o descontrolados.

Puesto que son pocos los estudios que relacionan estos temas se considero interesante saber cual es la relación y si es un motivo de descontrol de hipertensión arterial sistémica el apoyo negativo de la pareja y si realmente el paciente controlado tiene apoyo positivo por parte de su pareja y de esta forma considerar al apoyo como causa de descontrol de hipertensión arterial sistémica.

Objetivos.

Objetivo General:

Determinar la relación de apoyo de la pareja en pacientes con hipertensión arterial sistémica en Villa Ocuilzapotlan, Fraccionamiento Lomas 2 y Ranchería Medellín y Madero 2da Sección.

Objetivos Específico:

- Realizar la toma de Presión Arterial de los pacientes en control de Hipertensión arterial sistémica de acuerdo a la norma oficial mexicana.
- Redactar la información de los pacientes con hipertensión arterial sistémica que lleven su control en los centros de Salud de Villa Ocuilzapotlan, Fraccionamiento lomas 2 y ranchería Medellín y Madero Segunda Sección.
- Determinar mediante la aplicación del test de Inventario de apoyo para la pareja, el tipo de apoyo que tiene los pacientes de su pareja con hipertensión arterial sistémica.
- Determinar a través del test de apoyo para la pareja el apoyo positivo o proporcionado, el apoyo expresado y el apoyo negativo en pacientes con hipertensión arterial.
- Determinar si el apoyo negativo en la pareja es condicionante para el aumento de la presión arterial.
- Determinar las características sociodemográficas de los pacientes como edad, escolaridad, religión, ocupación, religión, estado civil.
- Determinar las mediciones antropométricas de los pacientes a estudiar.

Hipótesis.

Hipótesis Nula: La falta de apoyo en la pareja no favorece el descontrol de la Hipertensión arterial sistémica.

Hipótesis Alternativa: A la falta de apoyo de la pareja, mayor descontrol de la hipertensión arterial sistémica.

Metodología.

Tipo de Estudio: La presente investigación se ubica dentro de la modalidad de proyecto factible por los objetivos planteados y su fundamento científico es que es una investigación de tipo Descriptivo muestra las características de el apoyo familiar sin intentar dar una explicación entre las relaciones existentes entre apoyo familiar positivo, expresado o negativo e hipertensión arterial., Observacional pues es en esencia un diseño preexperimental que no tiene hipótesis explícita y transversal por que la recolección de la información se hizo en una sola ocasión y de inmediato se procedió a su descripción y análisis.

Población, lugar y tipo de estudio: Nuestro universo elegido para este estudio son los pacientes que se encuentren inscritos al programa de control de hipertensión arterial sistémica de los centros de salud de Lomas 2 Ocuilzapotlan, Medellín Y Madero 2da Sección y Jolochero 2da Sección durante el periodo comprendido entre enero y junio de 2008 y consta de 180 pacientes inscritos al control de hipertensión arterial sistémica, de ambos sexos,.

Tipo de muestra y tamaño de la muestra: No se utilizara muestra, dado que se utilizara el universo de pacientes.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación:

Criterios de inclusión:

- 1.- Todos los pacientes inscritos al programa de hipertensión arterial de los centros de salud de Lomas 2 Ocuilzapotlan, Medellín Y Madero 2da Sec. y Jolochero 2da sección, que acudan a la unidad.
- 2.- Con diagnostico de hipertensión arterial y que tengan indicado tratamiento farmacológico, cumpliendo o no con el mismo.

Criterios de exclusión:

- 1.- Pacientes que no estén inscritos al programa de hipertensión arterial de los centro de salud de Lomas 2 Ocuilzapotlan. , Medellín Y Madero 2da sección. Y Jolochero 2da sección.
- 2.- Pacientes que no deseen participar en el estudio.

Criterios de eliminación:

- 1.- Aquellos pacientes que no contesten de manera adecuada la encuesta.

Información a recolectar (Variables a recolectar):

Variables y escalas de medición:

Variable Dependiente:

Variable Independiente:

Apoyo negativo

Descontrol de hipertensión arterial

Definición operacional de variables

Variable	Definición de variable	Tipo de variable	Escalas de medición
edad	numero de años cumplidos en el momento de la encuesta	Cuantitativa	numero de años
sexo	característica sexual que definen al paciente	Cualitativa	1) masculino 2) femenino 3) otros
estado civil	condición legal de unión	Cualitativa	1) soltero 2) casado 3) viudo
presión arterial	cifra de la presión ejercida en las arterias tomado con baumanometro	Cuantitativa	expresada en milímetros de mercurio clasificación de acuerdo a la norma
peso	medición de la masa corporal en kilos	Cuantitativa	expreso en Kg.
talla	medición longitudinal en cm del paciente	Cuantitativa	expresado en cm

índice de masa corporal	se define como el peso entre la talla al cuadrado	Cuantitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1) normal 2) sobrepeso 3) obesidad grado 1 4) obesidad grado 2 5) obesidad mórbida
escolaridad	nivel académico	Cualitativo	<ol style="list-style-type: none"> 1) analfabeta 2) primaria 3) secundaria 4) bachillerato 5) universidad
apoyo en la pareja	test inventario de apoyo a la pareja	Ordinal	<p>factor 1 apoyo positivo, 108 (punto de corte o punto medio).</p> <p>factor 2 apoyo negativo, 24 (punto de corte o punto medio).</p> <p>factor 3 apoyo expresado, 45 (punto de corte o punto medio).</p>

Método o procedimiento para capturar la información:

Procedimiento básico para la toma de la Presión Arterial.

Aspectos generales:

- La medición se efectuará después de por lo menos, cinco minutos en reposo.
- El paciente se abstendrá de fumar, tomar café, productos cafeinados y refrescos de cola, por lo menos 30 minutos antes de la medición.
- Estará tranquilo y en un ambiente apropiado.

Posición del paciente:

La Presión Arterial se registrará en posición de sentado con un buen soporte para la espalda, y con el brazo descubierto y flexionado a la altura del corazón.

- En la revisión clínica más detallada y en la primera evaluación del paciente con HAS, la P. A. debe ser medida en ambos brazos y, ocasionalmente, en el muslo. La toma se le hará en posición sentado, supina o de pie con la intención de identificar cambios posturales significativos.

Equipo y características:

- Se utilizará el esfigmomanómetro mercurial.

Técnica:

- El observador se sitúa de modo que su vista quede a nivel del menisco de la columna de mercurio.
- Se asegurará que el menisco coincida con el cero de la escala, antes de empezar a inflar.
- Se colocará el brazalete, situando el manguito sobre la arteria humeral y colocando el borde inferior del mismo 2 cm por encima del pliegue del codo.
- Mientras se palpa la arteria humeral, se inflará rápidamente el manguito hasta que el pulso desaparezca, a fin de determinar por palpación el nivel de la presión sistólica.
- Se inflará rápidamente el manguito hasta 30 o 40 Mm de Hg por arriba del nivel palpatorio de la presión sistólica y se desinflará a una velocidad de aproximadamente 2 Mm de Hg/seg.
- La aparición del primer ruido de Korotkoff marca el nivel de la presión sistólica y, el quinto, la presión diastólica.
- Los valores se expresarán en números pares.
- Si las dos lecturas difieren por más de cinco Mm de Hg, se realizarán otras dos mediciones y se obtendrá su promedio.

Inventario de Apoyo para la pareja. (IAPP).

El inventario de apoyo para la pareja es un instrumento que ha sido creado por los autores Jorge Arellano López, Raquel Atri Zetune, Victoria Brizuela Díaz y Arturo Calderón Escobar con la finalidad de evaluar la percepción del apoyo que se recibe y que se da entre la pareja.

En primer término se construye el concepto de apoyo a partir de una red semántica. Para este fin, se siguió la técnica de Reyes (1993) y fueron seleccionados 60 adultos que tuvieron como requisito ser casados o tener una pareja.

Se solicitó a cada sujeto que realizara dos tareas fundamentales:

La primera era que definieran con la mayor claridad y precisión posible la palabra apoyo con un mínimo de cinco palabras sueltas, sin utilizar artículos o preposiciones.

La segunda era jerarquizar estas palabras respecto a cual era la que más definía la palabra apoyo.

Antes de iniciar la tarea formal se llevó a cabo un ejemplo para garantizar la comprensión de las instrucciones; en este caso se hizo con el concepto de manzana, por ser lo suficientemente universal y neutral para no influir en el resto de la tarea.

Una vez recabada la información, fue registrada en una hoja de captura manual, y se encontraron los siguientes puntajes:

El tamaño de la red del constructor "apoyo" resultante en este estudio fue de 176 palabras definidoras, de las cuales 20 tuvieron un valor de peso semántico de 20 como mínimo, por lo que fueron seleccionadas para compararlas con las 25 encontradas en la literatura, resultando que ocho palabras definidoras de la red semántica coincidieron con las de la literatura: ayuda, amor, comunicación, seguridad, amigos, unión (vinculo), afecto.

El peso semántico de las definidoras se obtuvo mediante la suma de la ponderación de la frecuencia por la jerarquización asignada de cada individuo del grupo donde las categoría uno (mas cercano al estímulo) son multiplicadas por 10, que es multiplicado por uno.

Una vez que se tuvieron las definidoras que concordaron con la literatura y las redes semánticas sobre "apoyo", se procedió a elaborar el instrumento basado en los conceptos de apoyo instrumental y apoyo afectivo (Newcombs, 1990) clasificándolas como sigue:

- a. Definidoras de apoyo instrumental: Ayuda soporte, unión vinculación.
- b. Definidoras de apoyo afectivo, seguridad y amigos.

Por lo tanto el apoyo positivo se define como: La ayuda para buscar soluciones que se brinda a la pareja cuando tiene problemas, mediante proporcionarle seguridad, soporte, afecto, amor y mayor comunicación mutua.

El inventario de apoyo para la parejas se desarrollo como un instrumento corto, con oraciones sencillas, compuesto de una escala de respuestas de cinco opciones tipo Lickert.

El instrumento quedo conformado por 59 reactivos, de los cuales 36 se refieren al apoyo positivo, 15 al apoyo expresado y 8 al apoyo negativo o no apoyo. Las definiciones de los factores del inventario son las siguientes:

Apoyo positivo: Alude a aquellas conductas destinadas a dar soporte emocional al otro miembro de la relación cercana, a través de proporcionarle protección, brindarle seguridad, afecto y amor cuando este se encuentre en momentos difíciles aumentando con esto la comunicación entre ellos.

Apoyo expresado: Se refiere a aquellas conductas destinadas a ayudar al otro miembro de la relación cercana a buscar solución a sus conflictos, expresándole directamente su afecto, amor, seguridad y soporte, mejorando con esto la comunicación entre ellos.

Apoyo negativo: Se refiere a aquella conducta destinada a no apoyar al otro miembro de la relación cercana, cuando este último atraviesa por momentos difíciles por medio de comunicarse con su pareja hostilmente, enjuiciamiento, crítica, dureza, evitación, rechazo, y/o indiferencia.

Para calificar:

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

36 por 3 igual a 108 (punto de corte o punto medio).

La suma de los puntajes por arriba de 108 indica grado de apoyo positivo.

El máximo de puntaje a obtener es de 180 y el mínimo de 36 a mayor puntaje, se califica como funcional esta área.

Factor 2: apoyo negativo

Reactivos:

9, 14, 19, 27, 30, 35, 38, 39.

Total: 8 reactivos. Todos en negativo.

Para calificar:

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

8 por 3 igual a 24 (punto de corte o punto medio).

La suma de los puntajes por arriba de los 24 puntos indica el grado de apoyo negativo.

El máximo de puntaje a obtener es de 40 y el mínimo es de 8.

A mayor puntaje se califica como disfuncional esta área.

Factor 3: Apoyo expresado.

Reactivos: de 45 a 59.

Total: 15 reactivos. Todos en positivo.

Para calificar: hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

15 por 3 igual a 45 (punto de corte o punto medio).

La suma de los puntajes por arriba de 45 puntos indica el grado de apoyo expresado.

El máximo de puntaje a obtener es de 75 y el mínimo de 15.

A mayor puntaje, se califica como funcional esta área.⁴

Consideraciones éticas:

El presente trabajo se realizó como una investigación descriptiva observacional, prospectivo, por lo cual, sus procedimientos no son invasivos y no dañan la integridad, física, mental y social de los participantes o sujetos de estudio, es decir, su implementación carece de riesgos.

Cabe mencionar, que la información obtenida fue manejada con absoluta confidencialidad.

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en su título quinto en Materia de Investigación para la Salud, capítulo único en su Artículo 100 y a la Declaración de Helsinki en su apartado B sobre los principios fundamentales aplicables a toda forma de investigación médica, está considerada como una investigación sin riesgo.^{41, 42}

Nombre: _____ Sexo: _____

Edad: _____

Num. de Encuesta: _____

Dirección: _____

Doy mi consentimiento para que me entreviste un empleado de la Secretaria de Salud. Entiendo que la entrevista formará parte de un estudio sobre el apoyo familiar y la hipertensión arterial en mi comunidad.

Entiendo que seré entrevistado/a en el centro de salud comunitario y en los horarios que me convengan. Se me harán preguntas acerca de lo que pienso y

Considero sobre el apoyo que percibo de mi familia enguanto a mi enfermedad maltrato en el adulto mayor así como el nivel socioeconómico que tengo y mi enfermedad (Hipertensión arterial sistémica). La entrevista durará 30 minutos aproximadamente. También estoy enterado/a de que el investigador puede ponerse en contacto conmigo en el futuro, a fin de obtener más información.

He concedido libremente esta entrevista. Se me ha notificado que es del todo voluntaria y que aun después de iniciada puedo rehusarme a responder alguna pregunta o decidir darla por terminada en cualquier momento. Se me ha dicho que en ninguno informe de este estudio se me identificará jamás en forma alguna. También se me ha informado que esta entrevista es exclusivamente con fines educativos y sin fines de lucro.

Firma o Huella Digital: _____

Resultados.

Tablas y Graficas:

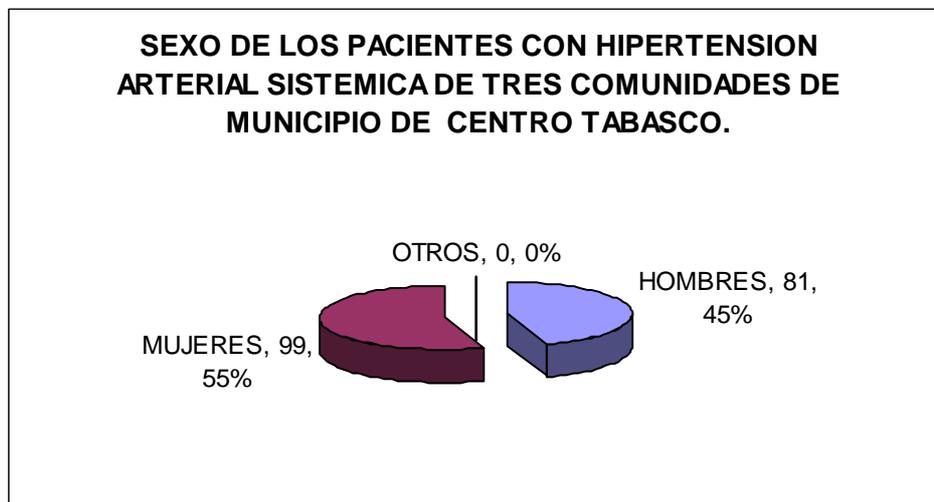
Descripción de las variables sociodemográficas:

De los 180 pacientes incluidos en el programa de control de hipertensión arterial sistémica de las comunidades Villa Ocuilzapotlan, Fraccionamiento Lomas 2 y ranchería Medellín y Madero y que de los cuales todos fueron incluidos sin eliminación.

Índice de masa corporal:

Promedio: 28.985 Moda: 26, Desviación estándar: 5.2, Mediana: 28.05

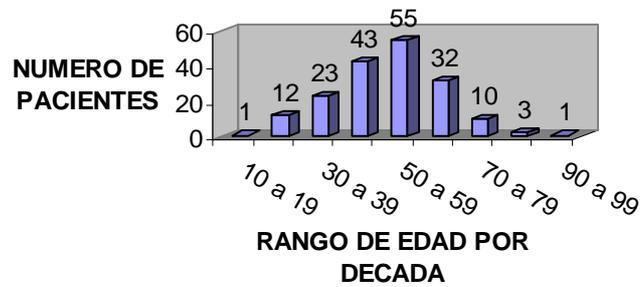
Donde los principales datos que se obtuvieron:



Fuente: Cuestionario inventario de apoyo a la pareja y satisfacción familiar.

Intervinieron en el estudio un total de 180 pacientes, de los cuales, 81 fueron hombre y 99 fueron mujeres.

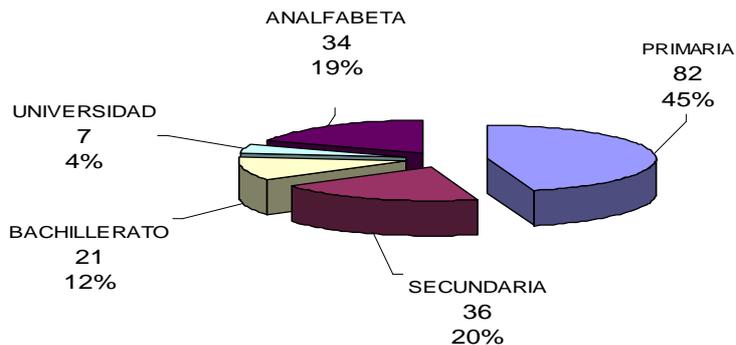
**PACIENTES POR RANGO DE EDAD CON
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA DE TRES
COMUNIDADES DE MUNICIPIO DE CENTRO
TABASCO.**



Fuente: Cuestionario inventario de apoyo a la pareja y satisfacción familiar.

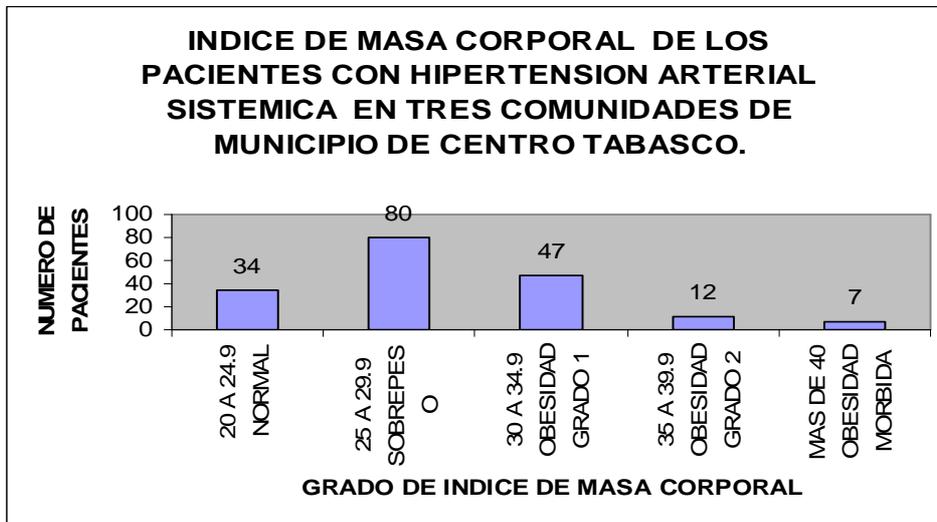
Del total de 180 pacientes, 55 pacientes se encuentran en la década de vida de 50 a 59 años siendo esta la de mayor numero de pacientes.

**ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES CON
HIPERTENSION ARTERIAL EN TRES
COMUNIDADES DEL MUNICIPIO DE CENTRO
TABASCO.**



Fuente: Cuestionario inventario de apoyo a la pareja y satisfacción familiar.

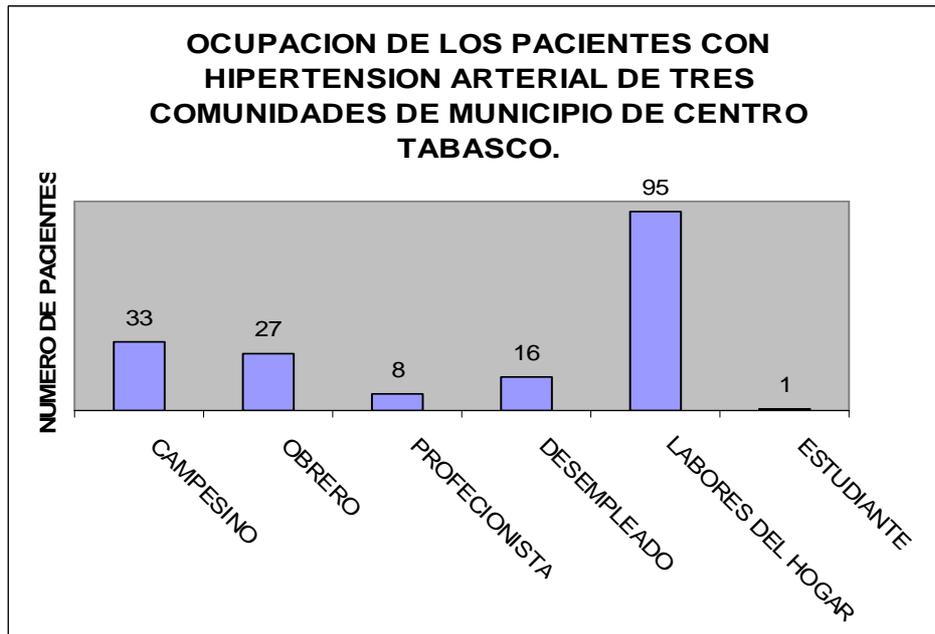
Del total de 180 pacientes, que intervinieron en el estudio, 82 pacientes tenían como grado escolar primaria siendo el mayor número de pacientes este rubro.



Fuente: Cuestionario inventario de apoyo a la pareja y satisfacción familiar.

Del total de 180 pacientes, que intervinieron en el estudio, 80 pacientes tenían como Índice de masa corporal 25 a 29 que corresponde a sobrepeso de acuerdo a la Organización mundial de la salud, siendo el mayor numero de pacientes este rubro.

Los 146 pacientes con algún grado de obesidad, tienen una prevalencia de 81.1



Fuente: Cuestionario inventario de apoyo a la pareja y satisfacción familiar.

Del total de 180 pacientes, que intervinieron en el estudio, 96 pacientes tenían como ocupación labores del hogar siendo el mayor numero de pacientes este rubro.

Cuadro 1

Relación entre Presión arterial diastolica y apoyo de la pareja

	Apoyo negativo -173	Apoyo positivo +173	Total
PAD+90	17	5	22
PAD-90	85	73	158
Total	102	78	180

Fuente: Cuestionario inventario de apoyo a la pareja y satisfacción familiar.

Se realizo Chi cuadrada a la tabla de presión arterial diastolica

$X^2= 4.33$ $P= 0.03$ Estadísticamente significativo R. R= 2.9 Riesgo atribuible= 10.3% Fracción etiológica= 61.5% Fracción atribuible a la población= 47.6%

Cuadro 2

Relación entre Presión arterial sistolica y apoyo de la pareja

	Apoyo negativo -173	Apoyo positivo +173	Total
PAS+140	6	9	15
PAS-140	96	69	165
Total	102	78	180

Fuente: Cuestionario inventario de apoyo a la pareja y satisfacción familiar.

$X^2= 1.85$ $P= 0.17$ Estadísticamente no significativo

Cuadro 3

Estadística descriptiva con hipertensión arterial sistémica y apoyo a la pareja
Relación entre Presión arterial diastolica y apoyo de la pareja

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Edad	180	18	90	51.48	13.50
Sexo	180	1	2	1.55	.50
TA sistólica	180	100	180	129.67	12.23
TA diastolica	180	70	110	89.39	6.78
Apoyo positivo +108	180	24	185	124.10	44.32
Apoyo expresado +45	180	19	76	51.29	17.15
Apoyo negativo +24	180	11	96	25.84	10.02
Valid N (listwise)	180				

Fuente: Cuestionario inventario de apoyo a la pareja y satisfacción familiar.

Presión arterial diastolica de los pacientes de Villa Ocuilzapotlan, Fraccionamiento Lomas 2 y ranchería Medellín y Madero 2 da sec.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 70	8	4.4	4.4	4.4
80	20	11.1	11.1	15.6
90	130	72.2	72.2	87.8
100	19	10.6	10.6	98.3
110	3	1.7	1.7	100.0
Total	180	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario inventario de apoyo a la pareja y satisfacción familiar.

Presión arterial sistolica de los pacientes de Villa Ocuilzapotlan, Fraccionamiento Lomas 2 y ranchería Medellín y Madero 2 da sec.

TA sistólica

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 100	3	1.7	1.7	1.7
110	13	7.2	7.2	8.9
120	42	23.3	23.3	32.2
130	74	41.1	41.1	73.3
140	33	18.3	18.3	91.7
150	12	6.7	6.7	98.3
170	1	.6	.6	98.9
180	2	1.1	1.1	100.0
Total	180	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario inventario de apoyo a la pareja y satisfacción familiar.

Discusión.

Eduardo Coghlan y Cols. Tienen un rango por sexo, de mujeres de 60.9 % y de hombres de 39.08 %, con una media de 43.5 años y una desviación estándar de 16.31^{43, 32} y en nuestro estudio hubo en cuanto al rango por sexo, de mujeres 55% y en hombres de 45% y una media de 51.28 años y una desviación estándar de 13.50.

Floren M. R. Demuestra que el promedio de presión arterial sistólica es de 143.2 +- 18.1 y en la diastólica de 92.0 +- 12.9 ⁶ En este estudio se demostró que el promedio de la presión arterial sistólica fue 129.67+- 12.23 y un promedio de la presión arterial diastólica de 89.39+- 6.78.

Florentina M. R. Demuestra que el apoyo familiar lo presenta en 74.1 % ⁶ En este estudio se demostró que el apoyo positivo por parte del familiar es de 48.3%.

Conclusiones.

Considerando la gran diversidad del arsenal terapéutico disponible actualmente para el manejo de los pacientes con hipertensión arterial sistémica, el apoyo de la pareja es una variable importante en el éxito del control del paciente, por lo que es necesario desarrollar estrategias dirigidas a determinar cuáles son los factores involucrados para que el paciente tenga mejor apoyo de su pareja; en este contexto, los resultados de este trabajo muestran la importancia que tiene el apoyo de la pareja. Lo cual concuerda con el artículo publicado por los autores López Landiribar, J.M., Bernal Stoopan, Mena Labarthe, quien comenta que el apoyo de la pareja es importante para el control de la hipertensión arterial.⁴

En el paciente con hipertensión arterial sistémica en control en los centros de salud, se debería considerar los aspectos relacionados no solo con la pareja sino también con la familia ya que los mismos, al ejercer una influencia significativa sobre el apego al tratamiento podrían ser una de las causas de la falla terapéutica. En este estudio no se determinaron las características de la familia, tales como tamaño, integración, tipo, que influyen en el ámbito familiar y que por tanto podrían constituir una limitación en este trabajo. Sin embargo, lo que nuestros resultados muestran es que los pacientes con hipertensión tienen un mayor grado de apego al tratamiento cuando reciben apoyo familiar, de lo que se desprende la necesidad de dirigir acciones de intervención orientadas al mejoramiento del entorno familiar, independientemente de las características de la familia, por lo que esta limitación potencial no influye de manera significativa en los resultados de este estudio, lo cual coincide con el artículo publicado por los autores Florentina Marín-Reyes, M.C., Martha Rodríguez-Morán. Quien comenta que entre mas apoyo de la pareja menor descontrol de hipertensión arterial.⁶ Por otro lado, llama la atención que 69 de los pacientes en el grupo de casos tenía cifras de presión arterial sistólica, no obstante tener apoyo negativo, y que 85 pacientes en el grupo de casos tenía cifras de presión arterial diastólica a pesar de tener apoyo negativo. Lo anterior pudiera ser indicativo de que no siempre el apoyo negativo de la pareja condiciona descontrol de hipertensión arterial sistémica, por lo que su evaluación podría ser motivo de otros trabajos con el diseño apropiado.

Recomendaciones:

El realizar el presente estudio nos permite recomendar lo siguiente:

Mayor investigación en esta temática ya que existen pocas investigaciones.

Desarrollar más trabajos de investigación epidemiológicos.

Desarrollar más trabajos de investigación etiológicos.

La relevancia y la trascendencia del presente estudio es importante puesto que son pocos autores sobre este tema además de que se pudiera abordar a nivel local, estatal, nacional o internacional.

Formar y fortalecer las redes sociales de apoyo que favorezcan el apoyo a la pareja, además de que estos pacientes y sus parejas pueden recibir psicoterapias, para mejorar el apoyo de pareja y de autoestima.

Crear y fortalecer los grupos de auto ayuda, club de hipertensión arterial sistémica, mejorar la conducta empática del medico tratante en este tipo de pacientes además de una buena orientación y consejería del paciente y familia.

Referencias bibliograficas.

Bibliografía.

1. Ocampo Barrio P. La investigación científica en la práctica clínica del médico Familiar. Instituto Mexicano del Seguro Social. Medicina Familiar 2006. Archivos en Artículo Editorial Vol.8 (2) 53-56.
- 2.- Garza-Elizondo T, Ramírez-Aranda JM, Gutiérrez-Herrera RF. Relación de colaboración médico-paciente-familia. Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Medicina Familiar 2006. Archivos en Artículo Editorial Vol.8 (2) 57-62.
- 3.- López Landiribar, J.M., Bernal Stoopen, Mena Labarthe, A. C. La influencia de la religión en la satisfacción marital. Centro Anahuac de Investigación en Psicología. Boletín Informativo de la Escuela de Psicología. diciembre de 2004. Año 7, No. 37.
- 4.- Jorge Arellano López, Raquel Atri Zetune, Victoria Brizuela Díaz, Arturo Calderón Escobar. Instrumento de evaluación en terapia familiar y de pareja. Editorial Pax México. 2006; Primera edición. Capitulo 4. p 183 - 200.
- 5.- Lourdes M. García Averasturi. ¿Existen diferencias de género en el apoyo social a la pareja?. Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas. Las Palmas. nº 84 época II. p.24-29.
- 6.- Florentina Marín-Reyes, M.C., Martha Rodríguez-Morán, M.C., M. en C. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Salud pública de México. Julio - agosto de 2001. Vol. 43, no.4.
7. - Seventh Report of the Joint National comité on Prevention, Detection, Evaluation, and treatment of High Blood Pressure (JNC 7). Disponible en <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.htm>
- 8.- A Lisa Neff, Benjamin Karney R. Gender differences in social support: a question of skill or responsiveness? Pers Soc Psychol. 2005 Jan; 88:79-90 15.
- 9.- A Lisa Neff, Benjamin Karney R. To know you is to love you: the implications of global adoration and specific accuracy for marital relation ships. Departamento de Psicología, Universidad de Toledo, Toledo, OH 43606, EE.UU. J Pers Soc Psychol. 2005 Mar; 88 (3):480-97.
- 10.- A Lisa Neff, Benjamin Karney R. The dynamic structure of relationship perceptions: differential importance as a strategy of relationship maintenance. Universidad de Florida, Pers Soc. Psychol Bull. 2003 Nov; 29 (11) :1433-46.

11.- A Cynthia Berg, Timothy W Smith, Kelly J, Kop, Nancy JM Henry, Paul Florsheim, Gale Pearce, Bert N Uchino, Michelle A Skinner, Ryan M Beveridge, Nathan Story, Kelly Glazer. Task control and cognitive abilities of self and spouse in collaboration in middle-aged and older couples. *Psychol Aging*. 2007 Sep; 22 (3) :420-7.

12.- Martha Rodríguez-Morán, M.C. Jesús Fernando Guerrero Romero M.C. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. *Salud Pública de México*. Cuernavaca. Jan./Feb. Volumen 39 n. 1.

13.- Rodríguez-Morán M, Guerrero-Romero J. Importancia del apoyo familiar en el control de la glicemia. *Salud Pública Mex* 1997. 39:44-47.

14.- Chamblás, I., Mathiesen, M.E., Mora, O., Navarro, G., Castro, M. Funcionamiento familiar. Una mirada desde los hijos/ estudiantes de enseñanza media de la provincia de concepción. Universidad de Concepción Chile 2000.

15.- Leonor A, Barile Fabris, Moisés, Casarrubias Ramírez, Carlos Gutiérrez, Raúl Ariza Andraca, Carmen Martínez, Patricia Clark Peralta. Satisfacción marital en pacientes con artritis reumatoide. Instituto mexicano del seguro social Marzo del 2004.

16.- Blaine J., Montel, Kelly H., & Olson, David H. Satisfacción marital. *Journal of civil y terapia familiar*, 22 (1), 103-119.

17.- Lisa Neff, Benjamin Karney R. Linking External Stress and Cognitive Processes within Marriage. *Pers Soc Psychol Bull*. Universidad de la Florida. 2004 Feb; 30 (2):134-48.

18.- Matthew Johnson D, L Catherine Cohan, Joanne Davila, Erika Lawrence, Ronald D Rogge, Benjamin R Karney, Kieran T Sullivan, Thomas N Bradbury. Problem-solving skills and affective expressions as predictors of change in marital satisfaction. *J Consult Clin Psychol*. Departamento de Psicología, Universidad del Estado de Nueva York, Binghamton, 2005 feb. 73; (1) :15-27

19.- Nancy JM Henry, Cynthia A Berg, Timothy W Smith, Paul Florsheim. Positive and negative characteristics of marital interaction and their association with marital satisfaction in middle-aged and older couples. *Psychol Aging*. 2007 Sep; 22 (3):428-41.

20.- Bert N Uchino, Cynthia A Berg, Timothy Smith W, Gale Pearce, Michelle Skinner. Age-related differences in ambulatory blood pressure during daily stress: evidence for greater blood pressure reactivity with age. Universidad de Utah, Departamento de Psicología, Salt Lake City, UT, EE.UU. *Psychol Aging*. 2006 jun.; 21 (2) :231-9.

- 21.- Pérez Milena A 1, Leal Helmlig FJ, Picossi García S, Viedma Feligreras L , Fernández Pérez, Clavero Muñoz E. Cumplimiento farmacológico de los pacientes hipertensos en una zona rural: relación con la función familiar. Medicina de Familia, marzo 2006. Vol. 7, N.º 1
- 22.- Azcarate – García E, Ocampo – Barrio P, Quiroz – Pérez JR. Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal: Intermitente y Ambulatoria. 2006. Vol. 8 (2) 97 – 102
- 23.- Martín Rosas Peralta, Agustín Lara Esqueda, Gustavo Pastelín Hernández, Oscar Velázquez Monroy, Jesús Martínez Reding, Arturo Méndez Ortiz, José Antonio Lorenzo Negrete, Catalina Lomelí Estrada, Antonio González Hermsillo, Jaime Herrera Acosta, Roberto Tapia Conyer, Fause Attie. Re-encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENAHTA): Consolidación Mexicana de los Factores de Riesgo Cardiovascular. Cohorte Nacional de Seguimiento National Re-survey of Arterial Hypertension (RENAHTA). Instituto Nacional de Cardiología, Ignacio Chávez. Sociedad Mexicana de Cardiología. México ene./mar. 2005. V.75 N.1
- 24.- Aguiar García C1, Artacho Pino F2, Léiva Fernández F3, García Ruiz A4, Prados Torres D3, Carrión de la Torre. Control tensional de pacientes hipertensos en Atención Primaria. Medicina familiar Andalucía. mayo 2008. Vol. 9, N.º. 1.
- 25.- Chávez-Domínguez R, Vega-Estens P, Larios-Saldaña A. La hipertensión arterial y otros factores de riesgo coronario en la atención del primer nivel. Arch Inst Cardiol Mex 1993;63:425-434.
- 26.- Pinal ME, Cruz AG. Implementación de una clínica de pacientes hipertensos. Rev Mex Enf Cardiol 2002; 10 (1): 42-45.
- 27.- Chávez-Domínguez, Acoltzin-Vidal C. Definición, causas, clasificación (adultos) epidemiología y tasas de morbimortalidad. Revista Mexicana Cardiología 1995;6:10-14.
- 28.- Chávez DR, Salas SS. Epidemiología de la hipertensión arterial en México y el papel de la enfermera. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 1994; 2: 52-57.
- 29.- Figueroa-Castrejón G. Recordando al enemigo silencioso: La hipertensión arterial. Medicina Interna de Mex 1995;11:79-82.
- 30.- Rafael Bustos Saldaña, Alejandro Mesa Santamaría, Alejandro Bustos Mora, Rafael Bustos Mora, Gilberto López Hernández y Hugo Gutiérrez Hermsillo⁵. Hipertensión arterial en el paciente anciano del occidente de México. Revista Cubana Medicina General Integral 2004;20.

31.- Juan Tomás, Patricia Moreno y Luis Benejam. Prevalence of pre-hypertension and healthy lifestyles in adults from the municipal neighbourhood of Concepción, Tucumán. Archivos de Medicina Familiar y General. 2007. Volumen 4 Número 2.

32.- Jesús Fernando Guerrero-Romero, M.C. Martha Rodríguez Morán M.C., M. en C. Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en la población rural marginada. Salud Pública de México. Salud pública Méx. Cuernavaca. jul. /ago. 1998. v.40 n.4

33.- Mari Carrión Chambilla, Agustín Iza Stoll, Javier Pinto Concha, Leonor Melgarejo Dextre. Índice de masa corporal, circunferencia abdominal y su impacto en los niveles de presión arterial. Enero- marzo 2007. Vol. 46 Numero 1.

34.- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.

Diario Oficial de la Federación, 17 de Enero 2001. Poder Ejecutivo – Secretaria de Salud. <http://vlex.com.mx/vid/27946358>

35.- Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. México D.F. Secretaría de Salud, 1993:25-28.

36.- Tapia-CONFERR. Vázquez-Valls E, García-De Alba C. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. México, D.F.: Secretaría de Salud, 1993:25-28.

37.- Huerta – Vargas D, Bautista – Samperio L, Irigoyen – Coria A, Arrieta – Pérez R. Estructura familiar y factores de riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial.. 2005. Vol. 7 (3) 87-92

38.- Velázquez MO, Rosas PM, Lara EA, Pastelín HG. Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000 Arch Cardiol Mex 2002; 72 (1): 71-84.

39.- Rosas PM, Lara EA, Pastelín HG, Velázquez MO, Martínez RJ, Méndez OA, Lorenzo NJA, Lomelí EC. Re-encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENAHTA): Consolidación Mexicana de los Factores de Riesgo Cardiovascular. Cohorte Nacional de Seguimiento. Arch Cardiol Mex 2005; 75(1): 96-111.

40.- Francisco Espinoza-Gómez, Gabriel Ceja-Espíritu, Benjamín Trujillo-Hernández, Tania Uribe-Araiza, Pilar Abarca-de Hoyos Y Diana P. Flores-Vázquez1. Análisis de los factores de riesgo de La hipertensión arterial en Colima, México. Volumen 16 (6) | December 31, 2004 | p 402-407.

41.- Cámara de diputados del H. Congreso de la unión. Ley General de Salud, última reforma DOF 28-06-2005. [Citado 16 Marzo 2006]. Disponible en: www.cddhcu.gob.mx/LeyesBilbio/pdf/142.pdf.

42.- The world medical association, Declaration of Helsinki. [Citado 16 Marzo 2006]. Disponible en: www.wma.net/e/policy/b3.htm.

43.- Eduardo Coghlan, Luciana Bella Quero, Marcos Schwab, Debora Pellegrini, Hernan Trimarchi. Prevalencia de hipertensión arterial en una comunidad aborigen del norte argentino. Departamento de clínica medica, hospital Británico, Buenos Aires.

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-7680200

Anexos.

INVENTARIO DE APOYO PARA LA PAREJA (IAPP)

Fecha de Realización: _____
 Edad: _____ Sexo: M F Estado civil: Soltero: ___ casado: ___
 Peso: _____ Talla: _____ Presión arterial: _____
 Índice de masa corporal: _____
 Escolaridad: Primaria: ___ Secundaria: ___ Bachillerato: ___ Universidad: ___ Analfabeta: ___
 Ocupación:
 Campesino: ___ Obrero: ___ Profesionista: ___ Desempleado: ___ Lab. Del hogar: ___ Estudiante: ___

		Totalmente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	De acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)
1	Mi pareja, con su amistad me brinda apoyo					
2	Ante mis problemas, mi pareja se muestra comprensivo (a)					
3	Mi pareja escucha mis problemas					
4	Ante mis problemas personales, mi pareja me orienta					
5	Ante un problema mío, mi pareja me apoya cooperando en lo que esta a su alcance					
6	Mi pareja me apoya protegiéndome ante cualquier dificultad					
7	Ante mis conflictos personales, mi pareja me brinda sostén emocional					
8	Mi pareja es solidaria (o) ante cualquier decisión que tome respecto a mis problemas personales					
9	Cuando platico mis problemas a mi pareja, el o ella se preocupan					
10	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, el o ella se preocupa					
11	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, el o ella me hacen hacer ver los pros y los contras de aquellos					
12	Ante mis problemas mi pareja me dice que esta conmigo					
13	Mi pareja me ayuda a solucionar mis problemas					
14	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o el me condena					

15	Mi pareja me apoya dándome amor					
16	Mi pareja me brinda tranquilidad en momentos difíciles					
17	Ante una dificultad, mi pareja me dice que yo puedo resolver cualquier problema personal					
18	Ante un problema, mi pareja me confirma que me quiere					
19	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o el me juzga					
20	Mi pareja permanece cerca de mi cuando tengo problemas					
21	Ante mis problemas, mi pareja muestra entendimiento					
22	Cuando le platico mis problemas a mi pareja ella o el me aconseja					
23	Ante un problema, mi pareja me orienta en su solución					
24	Cuando le platico mis problemas a mi pareja ella o el me dice que debo hacer y que no					
25	Mi pareja me da confianza para resolver cualquier problema					
26	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o el me cree					
27	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o el se comporta de manera hostil conmigo					
28	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o el me acompañan en mi preocupación					
29	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o el redirige en la solución de aquellos					
30	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o el me critica					
31	Mi pareja me da seguridad para resolver cualquier problema					
32	Ante mis conflictos, mi pareja se une a mis preocupaciones					
33	Mi pareja me ayuda cuando se lo pido					
34	Cuando tengo un problema, mi pareja se une a la tarea de buscar la mejor solución					
35	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o el es duro o dura conmigo					

36	Mi pareja me respalda en mis decisiones					
37	Ante un problema, mi pareja me da soporte emocional					
38	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o el rechaza mi opción de solución					
39	Ante mis dificultades mi pareja prefiere que yo me responsabilice de solucionarlas					
40	Cuando tengo algún problema, mi pareja me consuela					
41	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o el participan en una nueva reformulación de solución al conflicto					
42	Ante mis problemas, mi pareja respeta mis decisiones					
43	Ante una dificultad, mi pareja me guía en su solución					
44	Cuando tengo un problema, mi pareja me ayuda a buscarle una solución responsable					

Marque con una X el numero que mejor representa la forma como su pareja responde ante una problemática suya. Por favor sea lo más honesto (a) posibles, de una sola respuesta por pregunta y no deje de contestar ninguna. De antemano Gracias.

		Totalmente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	De acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)
45	A mi pareja le expreso mi forma de pensar sobre algún problema mío					
46	A mi pareja le hago saber lo bien que me hacen sus palabras					
47	Comparto mis problemas con mi pareja					
48	Soy capaz de confiarle mis problemas a mi pareja					
49	Cuando tengo un problema, directamente pido a mi pareja su opinión					
50	A mi pareja le expreso mi opinión sobre algún conflicto mío					
51	Comunico mis problemas a mi pareja					
52	Confío en mi pareja para contarle cualquier preocupación mía					
53	Me gusta enterar a mi pareja de mis problemas					

54	Ante mis problemas, prefiero que mi pareja se mantenga al margen					
55	A mi pareja le agradezco cuando me escucha					
56	Ante un conflicto personal, busco el consuelo de mi pareja					
57	Prefiero reservarme mis problemas personales que confiárselos a mi pareja					
58	Comparto mis conflictos con mi pareja					
59	Le pido a mi pareja que me ayude a resolver mis conflictos					