



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL GUERRERO
COORDINACION DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD
UNIDAD ACADEMICA FAMILIAR No. 9**



**“LA CALIDAD DE VIDA Y SU RELACION CON LA FUNCIONALIDAD EN PACIENTES
HIPERTENSOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 4 DE IGUALA
GUERRERO”**

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

PRESENTA:

DRA. BALOY ZAVALA ASTUDILLO

DIRECTOR DE TESIS:

DR. LIBRADO PEREZ MIJANGOS

NUMERO DE REGISTRO: R-2017-1101-30

ACAPULCO, GUERRERO

FEBRERO 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



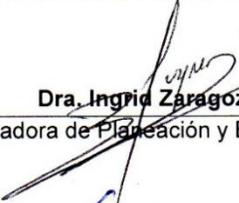
GOBIERNO DE
MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

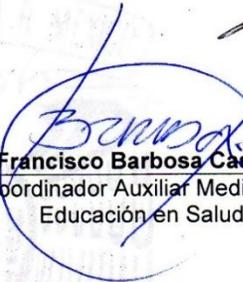
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

LA CALIDAD DE VIDA Y SU RELACION CON LA FUNCIONALIDAD
FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL ADSCRITOS A
LA U.M.F. No. 04 DE IGUALA GRO


Dra. Ingrid Zaragoza Ruiz

Coordinadora de Planeación y Enlace Institucional




Dr. Francisco Barbosa Castañeda
Coordinador Auxiliar Médico de
Educación en Salud




Dra. Guillermina Juanico Morales
Coordinador Auxiliar Médico de
Investigación en Salud




Dr. Librado Pérez Mijangos

Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina
Familiar para Médicos Generales del IMSS

**CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD
EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA UMF No 04 DE IGUALA GUERRERO**

PRESENTA

DRA. BALOY ZAVALA ASTUDILLO

AUTORIZACIONES


DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ

JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ

COORDINADOR DE INVESTIGACION
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **1101** con número de registro **17 CI 12 001 131** ante COFEPRI

U MED FAMILIAR NUM 9, GUERRERO

FECHA **30/10/2017**

DRA. BALOY ZAVALA ASTUDILLO

P R E S E N T E

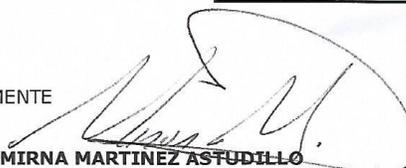
Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

LA CALIDAD DE VIDA Y SU RELACION CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL ADSCRITOS A LA U.M.F. No. 4 DE IGUALA GRO.

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

Núm. de Registro
R-2017-1101-30

ATENTAMENTE


DR.(A). MIRNA MARTINEZ ASTUDILLO

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1101

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DEDICATORIA

A Dios por ser mi fortaleza y guía constante.

Por darme la vitalidad para lograr mis anhelos y metas

A mis padres Nicolás y Adelfa por ser un ejemplo a seguir y enseñarme valores.

A mis hijos, Karen y David, amigos y a toda mi familia que estuvo apoyándome cuando lo necesité.

A mi esposo por su gran nobleza y apoyo para conmigo y mis hijos por su motivación constante para superarme personal y profesionalmente en la vida, ¡Los amo familia por siempre!

AGRADECIMIENTO

A Dios:

Por haberme dado salud y fortaleza para llegar a este punto, por darme la oportunidad de ejercer la medicina con humanidad y amor.

A mis padres:

Adelfa Astudillo Bibiano y Nicolás Zavala García (+)

Por ser mi inspiración, mi ejemplo a seguir, por alentarme cada vez que parecía difícil la situación, por ese abrazo fuerte que fortaleció mi perseverancia

A mis hermanos

Por su presencia en todo momento de mi vida, por ser mis cómplices y amigos, por su cariño y por confiar en mí.

A mi esposo

Por participar en mis desvelos y decirme palabras de ánimo por ser tan bondadoso.

A mis hijos Karen y David

¡Por limitar mi tiempo para con ellos, los amo por siempre!

A mis maestros

Por ayudar en mi formación profesional, por dedicarme un poco de su vida con su gran labor de compartir conocimientos y experiencias, por hacer de mí una persona con ímpetu de aprender cada día más.

RESUMEN

Título: La calidad de vida y su relación con la funcionalidad familiar en pacientes con hipertensión arterial adscritos a la UMF. No. 4 de Iguala Gro.

Introducción:

Actualmente la calidad de vida se ha convertido en un indicador importante utilizado para analizar el impacto de las enfermedades crónicas de las personas, cuyos indicadores miden el funcionamiento físico, social, emocional, sus repercusiones en los síntomas y la percepción del bienestar.

Objetivo: identificar la calidad de vida y su relación con la funcionalidad familiar en pacientes con hipertensión arterial adscritos a la UMF No. 4 de Iguala Gro.

Metodología: Estudio transversal analítico. Realizado de agosto a octubre de 2017, en 270 pacientes con hipertensión arterial adscritos al HGSZ/MF No. 4. Se aplicó el cuestionario (MINICHAL), para la valoración de la calidad de vida y Test (FF-SIL), de funcionalidad familiar, recabados los datos se capturaron en el programa Excel, posteriormente se realizó análisis estadístico descriptivo con el programa SPSS versión 15. Se obtuvieron frecuencias simples y porcentajes, medidas de tendencia central, prueba de Chi². Para asociación entre variables obteniéndose OR, IC. 95% y valor de p.

Resultados: El 67%(n=181/270) corresponde al sexo femenino, en relación a la calidad de vida el 64%(n=174/270) resulto con mejor calidad de vida y controlados de su Hipertensión el 51% (n=138/270 mejor calidad de vida y 24%(n=65/270) con peor calidad de vida, el 24.8%(n=67) de la población están descontrolados y tienen peor calidad de vida. El 57.3%(n=155) son funcionales controlados.

Conclusiones: La disfunción familiar se asocia a mala calidad de vida, OR=4.7, P=0.001, IC 2.58-7.74

Palabras clave: Hipertensión arterial, calidad de vida, funcionalidad familiar

Summary

Title: Quality of life and its relationship to family functionality in patients with high blood pressure attached to UMF. No. 4 of Iguala Gro.

Introduction:

Quality of life has now become an important indicator used to analyse the impact of chronic diseases of people, whose indicators measure physical, social, emotional functioning, their impact on symptoms and perception of well-being.

Objective: to identify the quality of life and its relationship to family functionality in patients with high blood pressure attached to UMF No. 4 of Iguala Gro.

Methodology: Analytical cross-cutting study. Performed from August to October 2017, in 270 patients with high blood pressure attached to HGSZ/MF No. 4. The questionnaire (MINICHAL), for the assessment of quality of life and Test (FF-SIL), of family functionality, collected the data were collected in the Excel program, subsequently descriptive statistical analysis was performed with the program SPSS version 15. Simple frequencies and percentages, central trend measurements, Chi2 test were obtained. For association between variables obtaining OR, IC. 95% and p-value.

Results: 67%(n-181/270) corresponds to the female sex, in relation to the quality of life the 64%(n-174/270) was with the best quality of life and controlled of its hypertension 51% (n -138/270 best quality of life and 24%(n-65/270) with worse quality of life, the 24.8%(n-67) of the population are out of control and have a worse quality of life. The 57.3 %(n-155) are functionally controlled. **Conclusions:** Family dysfunction is associated with poor quality of life, OR-4.7, P-0.001, and IC 2.58-7.74

Keywords: High blood pressure, quality of life, family functionality

INDICE

1.-	Resumen	7-8
2.-	Introducción	10-12
3.-	Marco teórico	11-24
4.-	Planteamiento del problema	25
5.-	Pregunta de investigación	25
6.-	Justificación	26-28
7.-	Objetivos	29
8.-	Metodología	30
9.-	Criterios de selección	30-31
10.-	Variables	31-36
11.-	Descripción general del estudio	36
12.-	Aspectos éticos	37
13.-	Resultados	38-48
14.-	Discusión	48-52
15.-	Conclusiones	52
16.-	Recomendaciones	53-54
17.-	Referencias	55-61
18.-	Anexos	62-67

1. INTRODUCCION

La hipertensión es una enfermedad de etiología múltiple que produce daño vascular sistémico, precipita la aparición de enfermedades cardiovasculares y aumenta la morbimortalidad. Su presentación clínica con una prolongada etapa asintomática impide hacer un diagnóstico oportuno. En la actualidad tiene una prevalencia elevada en México, por lo que se considera un problema de salud pública. El diagnóstico de la HAS se basa principalmente en la toma de la presión arterial. La HAS tiene un curso asintomático en los estadios primarios, por lo que hay un número significativo de pacientes no diagnosticados¹

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica producida por diversos factores, dentro de los que destacan los genéticos, la ingesta excesiva de sodio, la edad avanzada, el tabaquismo, la inactividad física y las enfermedades crónicas como la obesidad, las dislipemias y la diabetes. A nivel mundial, en el año 2010 la HTA fue diagnosticada en aproximadamente 40% de los adultos y durante 2012 en 31.5% de los mexicanos de 20 años o más.⁴ Se estima que anualmente son diagnosticados ≈450 000 casos nuevos en México y que esta cifra podría duplicarse si se considera que hasta 47.3% de las personas con hipertensión desconocen que padecen esta enfermedad.

En las pasadas dos décadas, la HTA se ha mantenido entre las primeras nueve causas de muerte en México, y en los pasados seis años, la tasa de mortalidad por esta causa ha incrementado 29.9%. Esto ubicó a la HTA, en el año 2015, como la enfermedad crónica responsable de 18.1% del total de muertes y como el principal factor de riesgo de muertes prevenibles.¹

La hipertensión arterial sistémica (HAS) quedó evidenciada en el estudio de cohorte iniciado a finales de los años 40 en Framingham, Massachusetts, como una condición que posee alto riesgo en los eventos cardiovasculares; dichos hallazgos fueron publicados por Kannel en 1961.¹ Pese a estas observaciones, en la actualidad la hipertensión arterial sistémica (HAS) continúa constituyéndose en uno de los principales factores de riesgo cardiovascular (CV). En México no fue sino hasta el año 1991 cuando se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas, la cual reportó una prevalencia de HAS de alrededor del

24.6 %, misma que se incrementaría dos años más tarde a 26.6%.^{2,3} Para el año 2000, la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT), identificó una media nacional para HAS de 30.5%, donde los estados del norte del país presentaron las cifras de presión arterial más elevadas. Años más tarde, la Re encuesta Nacional de Hipertensión Arterial Sistémica (RENAHTA) demostraría una mortalidad anual del 1.15% en el seguimiento de pacientes a poco más de 3 años; también evidenció mayor interrelación con otros factores de riesgo asociados, e incremento de las tasas de diabetes, sobrepeso y obesidad. El papel de la hipertensión arterial como factor que incrementa las enfermedades cardiovasculares (ECV), posee peso específico y ha sido documentado en muchas encuestas epidemiológicas realizadas con reconocido rigor metodológico

De éstas, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSAUT 2006) concluyó que la HAS tiene una incidencia del 75% aproximadamente en sujetos menores de 54 años quienes de acuerdo a un consenso de expertos, es condición que impacta en la esperanza de vida de quienes la sufren y se acompaña de grandes erogaciones en dinero de los distintos sistemas de salud con los que cuenta nuestro país, como consecuencia de los altos costos del tratamiento y sus complicaciones.²

La hipertensión es el factor de riesgo modificable más común para enfermedad cardiovascular (ECV) y muerte. El mayor riesgo asociado con la elevación de la presión arterial (PA) puede reducirse considerablemente por el tratamiento con fármacos antihipertensivos que disminuya tanto la PA como el riesgo de daño del órgano blanco. Un total de 69 medicamentos de 15 clases diferentes, muchos de los cuales también están disponibles en combinaciones de píldora, han sido aprobados para el tratamiento de la hipertensión en Estados Unidos. A pesar de esta plétora de opciones de tratamiento, un estimado de 10 a 15 % de la población general hipertensa tiene hipertensión resistente, definida como PA incontrolada ante el uso de tres fármacos antihipertensivos de clases diferentes (incluido un diurético no ahorrador de potasio a dosis óptimas), la cual se puede controlar con el uso de más de cuatro drogas.^{2,3} Además, aproximadamente 0.5 % de los pacientes hipertensos tiene hipertensión refractaria, que se define como la

PA que no se puede controlar a menos que se usen más de cinco drogas. La necesidad de controlar la tensión arterial (TA) en estos pacientes de alto riesgo puede resolverse, en parte, mediante el desarrollo de nuevos medicamentos, dispositivos y procedimientos que están diseñados para tratar la hipertensión y sus comorbilidades, como la insuficiencia cardiaca (IC), la enfermedad renal crónica y la diabetes mellitus³

El mejor indicador de salud en la población adulta mayor es su estado funcional.

Para la OMS la calidad de vida es “la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto del sistema cultural y de valores en que vive, y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones”. Éste es un concepto amplio, del que forman parte elementos como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales de la persona y su relación con el ambiente que le rodea.

El concepto más utilizado de calidad de vida relacionada con la salud en este campo evalúa la repercusión de la enfermedad o el estado de salud, su tratamiento y otros cuidados sanitarios en la dimensión social y personal del paciente.

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el mundo. De especial relevancia es la hipertensión, sobre todo cuando su control es inadecuado, pues contribuye de manera activa y directa en la aparición y desarrollo de estas enfermedades.

El control de la hipertensión es un reto de mayores proporciones y suma importancia para todo sistema de salud.¹ Sin embargo, existe una brecha considerable entre los países desarrollados y aquellos en vías de desarrollo, a pesar de que algunos de estos últimos, como México y Colombia, ya cuenten con Cobertura Universal en Salud para sus ciudadanos ^{3, 4} Por ejemplo, las cifras de control hipertensivo, en pacientes que ya han sido diagnosticados, son muy diferentes en Estados Unidos de América 71%, Canadá 82%. ⁵ y México 51,2%. ⁶

Las preocupaciones sociales, económicas y familiares son factores que influyen en los elevados niveles de presión. El trabajo del enfermero con los hipertensos debe estar delineado para considerar sus características, los factores que influyen y dificultades en el seguimiento del tratamiento prescrito, fundamentados en las

reales necesidades de la población.

El conocimiento de hipertensión que tiene el paciente es un factor que influye en el control de su enfermedad. Poco se ha estudiado este conocimiento en los pacientes colombianos, por lo que es necesario evaluarlo para realizar intervenciones educativas que ayuden a mejorar el control hipertensivo.

3. MARCO TEÓRICO:

La Hipertensión arterial sistémica es un problema de salud pública de alta prevalencia e importante repercusión, que ocasiona complicaciones cardiovasculares y la muerte. Tiene una prevalencia ascendente y se distribuye ampliamente entre la población. Se le reconoce como un padecimiento con morbilidad y mortalidad propias y como elemento causal de aterosclerosis. Su efecto nocivo se potencia cuando se asocia con otros factores que incrementan el riesgo global. Se identifica una tendencia familiar, cuya expresión clínica está propiciada por algunos factores contribuyentes del estilo de vida. Es susceptible de modificación por medio de educación higiénica apropiada y el pronóstico se puede mejorar con tratamiento farmacológico.¹

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) y la diabetes son las principales causas de muerte en el continente americano, además de ser una causa común de discapacidad, muerte prematura y gastos excesivos para su prevención y control. Afectan con mayor intensidad a los grupos de población de escasos recursos y las poblaciones vulnerables, cuando se presentan empobrecen más a las personas y sus familias.²

En todo el mundo ha quedado bien establecido que al menos el 33% de los pacientes con hipertensión arterial sistémica no ha sido diagnosticado, por lo que los programas de salud tanto públicos como de organismos privados dedicados a la salud tuvieron un importante retroceso, y el número global de pacientes con

hipertensión arterial sistémica no tratada y complicaciones derivadas de ella, aumentó considerablemente.³

En los países desarrollados la prevalencia de hipertensión arterial en el grupo de población mayor de 35 años afecta al 44% de los europeos y al 28% de los norteamericanos. La enfermedad es más prevalente en Alemania (55%).

Se estima que existen 600 millones de pacientes portadores de hipertensión arterial en el mundo y 420 millones corresponden a países en vías de desarrollo. Cada año alrededor del 1.5% de toda la población hipertensa muere por causas directamente relacionadas.⁴

El 95% de los pacientes con hipertensión arterial sistémica no tienen una etiología conocida y caen bajo el rubro de “causa primaria” frecuentemente asociada a obesidad, síndrome metabólico, resistencia a la insulina y tabaquismo, situaciones que incrementan el riesgo global total.⁵

Además de otros determinantes como la susceptibilidad genética, el estrés psicosocial, los hábitos de alimentación inadecuados y la falta de actividad física, inciden en conjunto en la distribución, frecuencia y magnitud de esta enfermedad.³

La hipertensión arterial (HTA) se asocia con riesgo aumentado de morbilidad y mortalidad cardiovascular y disminuyendo la presión arterial (PA) de estos pacientes, se reduce significativamente la tasa de mortalidad y el riesgo de eventos cardiovasculares³. Por ello, uno de los principales objetivos de los sistemas de salud es identificar a las personas con HTA y conseguir que tengan un buen control de sus cifras de PA con el fin de evitar complicaciones.

que lo observado en otros países del entorno o Estados Unidos, con consecuencias tanto médicas como económicas. Por otro lado, el grado de control de la PA no había mejorado en la década precedente.⁶

En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de

aproximadamente 17 millones de muertes por año de las cuales 9.4 millones es debido a complicaciones de hipertensión arterial.

En el 2008 el 40% de los adultos mayores de 25 años tenían diagnóstico de hipertensión arterial. El número de personas afectadas por hipertensión a aumentado desde 1980 con 600 millones de personas afectadas hasta el 2008 con 1000 millones de personas. En las últimas tres décadas, la detección y el tratamiento precoz de la hipertensión y otros factores de riesgo, aunados a políticas de salud pública que reducen la exposición a factores de riesgo conductuales, han contribuido a la disminución gradual de la mortalidad por cardiopatías y accidentes cerebrovasculares en países de ingresos elevados; sin embargo, en los países en vías de desarrollo representan la primera causa de muerte y son causantes de discapacidad en personas en edad productiva.⁷

En tanto, en países latinoamericanos la prevalencia de HAS es la siguiente: en Argentina de 36%, en Uruguay de 30%, en Paraguay de 30% y el sur de Brasil con 33%. En Chile se encontró diferencias dependiendo del nivel socio-económico, en bajas condiciones: 24,5% y altas condiciones: 17,9%.⁸

La prevalencia de hipertensión arterial por diagnóstico médico previo en personas de 20 años de edad o más en Guerrero fue de 13.5%, la cual aumentó en 43.6% respecto a la prevalencia reportada en la ENSANUT 2006 (9.4%). La prevalencia de hipertensión arterial fue de 17.2% en mujeres y 9.4% en hombres, con una razón mujer: hombre de 1:0.5. Tanto en hombres como en mujeres, se observó un incremento en la prevalencia de hipertensión arterial a partir de los 40 años (11.6% en hombres y 20.5% en mujeres), que aumentó considerablemente en el grupo de 60 años o más (22% en hombres y 33.8% en mujeres). En los hombres, en la población de 60 años o más tuvo una prevalencia 6.7 veces mayor que la prevalencia en la población de 20 a 39 años, mientras que en las mujeres fue 3.7 veces mayor.⁹

En México, de acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 la prevalencia de HAS fue de 25.5%, de los

cuales 40% desconocía que padecía esta enfermedad y solo el 58.7% de los adultos con diagnóstico previo se encontraron en control adecuado (<140/90 mm Hg). El diagnóstico previo de esta enfermedad suele ser mayor en mujeres que en hombres (70.5% vs 48.6%) y disminuyó 7.8% de 2012 a 2016. ¹⁰

En el estado de Guerrero la hipertensión arterial ocupa el 10° lugar dentro de los 20 principales motivos de consulta, con una tasa de 469 por 100,000 habitantes, su comportamiento ha variado considerablemente, ya que en 1980 su tasa era de 176 por 100,000 habitantes. La HAS en 2015 representó la quinta causa de mortalidad en el estado de Guerrero, cuando en el 2000 se encontraba en el noveno lugar. Lo anterior, refleja el problema de salud que representa la hipertensión arterial en la población guerrerense.¹¹

Las complicaciones de la HTA están relacionadas directamente con la magnitud del aumento de la presión arterial y el tiempo de evolución de la enfermedad, motivo por el cual es de vital importancia la detección y el tratamiento temprano de la presión arterial elevada, así como de las condiciones concomitantes como diabetes, tabaquismo o elevación anormal de la frecuencia cardiaca”. Un promedio de 15 millones de adultos mayores de 70 años de edad, y con una mayor incidencia en hombres (32.6%) que en mujeres (29%), serán diagnosticados con este padecimiento “.¹²

El enfoque actual del manejo integral del paciente hipertenso debe estar dirigido al control del mayor número de factores de riesgo cardiovascular que sea posible, incluyendo micro albuminuria, dislipidemia, obesidad, tabaquismo y diabetes mellitus, además de prevenir y diagnosticar tempranamente las complicaciones de la HAS en consideración a que cada hora mueren 8 individuos por problemas cardiovasculares, independientemente del nivel económico, social o religión.¹³

La hipertensión afecta a 3 de cada 10 adultos mexicanos de las distintas regiones, localidades y NSE. Pese a la tendencia creciente en la prevalencia de HTA en las

últimas dos décadas, en los últimos seis años la prevalencia se ha estabilizado. El ANSA6 constituye el primer esfuerzo multisectorial del Gobierno federal para abordar este problema, sin embargo, el reto en los próximos años será intensificar las acciones, evaluarlas y perfeccionarlas.¹²

Este problema de salud ha provocado efectos graves debido a los altos índices de incapacidad y/o invalidez que produce, ya que cada vez se registra más esta entidad clínica de magno impacto. El control de la presión arterial (PA) en niveles por debajo de 140/90 mmHg reduce la morbilidad y mortalidad atribuidas a la hipertensión arterial sistémica; al ocurrir una disminución de presión arterial aumenta la calidad de vida. Para la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto del sistema cultural y de los valores en que vive relacionado con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Actualmente la calidad de vida se ha convertido en un indicador importante para evaluar la efectividad de tratamientos y de intervenciones en el área de la salud. Es un parámetro utilizado para analizar el impacto de las enfermedades crónicas de las personas, cuyos indicadores miden el funcionamiento físico, social, emocional, sus repercusiones en los síntomas y la percepción del bienestar. Cada vez más la calidad de vida es un componente importante en la salud, cuando no puede ser observada en forma directa, se evalúa a través de cuestionarios que contienen grupos de preguntas, y en teoría, se asume que hay un valor verdadero de la calidad de vida y que puede medirse indirectamente por medio de escalas. La hipertensión arterial sistémica no es una excepción, ya que Roca-Cusachs ha realizado importantes aportaciones para medir la Calidad de Vida con instrumentos válidos, fiables y específicos como es el cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL), dicho instrumento fue desarrollado, validado y modificado en España por Roca-Chuscha relacionados con la vida diaria de los pacientes afectados por la patología y la medicación constante, con un índice de confiabilidad alfa de Cron Bach de 0.89 y 0.96 respectivamente. Este instrumento contiene dos dimensiones: Estado de ánimo (EA) y manifestaciones somáticas (MS); se estima que es un instrumento específico con mejor validez. Existe una versión reducida del cuestionario CHAL conocido como MINICHAL. El objetivo del cuestionario

MINICHAL es evaluar la calidad de vida en personas que padecen Hipertensión Arterial y el impacto del tratamiento antihipertensivo de forma factible en la práctica clínica habitual. (Badia y Cols, 2002). El MINICHAL consta de 16 ítems del cuestionario CHAL (Roca- Cusachs., 1992) de 55 ítems que se realizó mediante la aplicación del modelo Rasch (Prieto y Cols; 2002) para su uso en la práctica clínica. El MINICHAL está formado por 16 ítems de los cuales 10 corresponden a la dimensión “Estado de Ánimo” (EA) y 6 a la dimensión “Manifestaciones Somáticas” (MS). Las preguntas hacen referencia a los últimos 7 días con cuatro posibles opciones de respuestas: 0= No, en absoluto; 1= Si, algo; 2= Si bastante; 3= Si, mucho. El rango de puntuación va de 0-15 (mejor nivel de salud) a 16-30 (peor nivel de salud) en la primera dimensión y de 0-9 (mejor nivel de salud) a 10-18 (peor nivel de salud) en la segunda población ha apoyado la hipótesis de que la genética tiene un papel fundamental en la regulación de la presión sanguínea.¹⁴

La Sociedad Americana de Hipertensión (ASH, por sus siglas en inglés) propuso una nueva clasificación de hipertensión arterial. En ella se recalca la coexistencia de factores de riesgo que influyen en el tratamiento, como: sobrepeso, tabaquismo, dislipidemia, etc. El síndrome metabólico no puede separarse de estas alteraciones. Nuestra población tiene alto riesgo, con niveles medios de obesidad central, triglicéridos, colesterol HDL, etc., fuera del rango recomendado. El reto de los sistemas de salud en México, y del personal que participa en ellos, es insistir en las medidas no farmacológicas para reducir el riesgo.¹⁰

Clasificación del JNC de la hipertensión arterial

Tipo	Sistólica mmHg	Diastólica mmHg
Normal	<120	<80
Pre hipertensión	120 a 139	80 a 89
Hipertensión 1	140 a 159	90 a 99
Hipertensión 2	≥160	≥100

Clasificación de acuerdo a los niveles de presión arterial, Europea modificada en México.

Categoría	Sistólica mmHg	Diastólica mmHg
Óptima	<120	<80
<i>Fronteriza 1</i>	120 a 129	80 a 84
<i>Fronteriza 2</i>	130 a 139	85 a 89
Hipertensión 1	140 a 159	90 a 99
Hipertensión 2	160 a 179	100 a 109
Hipertensión 3	>180	>110
Hipertensión sistólica aislada	≥140	<90

Aun cuando la hipertensión arterial sistémica curse asintomática, puede provocar daño cardiovascular que dependerá del grado de la presión arterial y de su asociación con otros factores de riesgo u otras enfermedades.³

El riesgo de morbilidad y mortalidad de la hipertensión arterial sistémica se relaciona con las cifras de presión arterial y su asociación con otros factores de riesgo cardiovascular, con otras enfermedades y con las complicaciones orgánicas que existan. Así, se ha establecido una estratificación de riesgo basado en el estudio Framingham, cuyas ecuaciones permiten calcular a 10 años el riesgo absoluto de enfermedad cardiovascular, para el riesgo bajo, moderado, alto y muy alto < 15%, 15 a 20%, 20 a 30% y > 30%, respectivamente, y de acuerdo con la tabla europea SCORE de riesgo absoluto de muerte cardiovascular de las cuatro categorías de riesgo, en < 4%, 4 a 5%, 5 a 8 % y >8%.¹

Un factor de riesgo se entiende como un elemento o característica biológica, conducta o enfermedad que aumentan, con su presencia, las posibilidades de

contraer una enfermedad cardiovascular, que puede llevar al paciente a la muerte, como el infarto del miocardio, la insuficiencia cardiaca y muerte súbita. Este término fue empleado por primera vez en 1961, cuando se inició el estudio epidemiológico en la población de Framingham.⁵ La manifestación de un factor de riesgo incrementa la posibilidad de tener otro; la hipertensión arterial y la diabetes son los factores más significativos asociados con la prevalencia de hipercolesterolemia.⁷

El riesgo depende de las combinaciones de las cifras de presión arterial, de su antigüedad, de la asociación con otros factores de riesgo, con la presencia de daño orgánico subclínico o establecido y diabetes mellitus.¹¹

Los factores de riesgo se clasifican en: Factores mayores. Los cuales son el tabaquismo, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la dislipidemia.

Factores menores predisponentes son los que, estando presentes, denotan mayor riesgo, aunque resultan menos importantes que los mayores e incluyen a la obesidad, la inactividad física, la historia familiar de cardiopatía isquémica, la raza y los factores psicosociales.

Factores menores condicionales son los que se asocian a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular pero no tienen una evidencia definitiva de un papel causal porque su potencial alergénico es menor en comparación con los factores mayores y porque su frecuencia en la población puede no ser suficientemente grande dentro de los estudios epidemiológicos. Estos factores son la hipertrigliceridemia, la hiperhomocisteinemia, los factores de coagulación alterados tales como el fibrinógeno elevado, el inhibidor de la activación del plasminógeno y la lipoproteína (a).

Otra clasificación es sobre la base de si son modificables tales como el tabaquismo, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial o no modificables tales como herencia, género y edad.⁵

Las poderosas influencias socioculturales de la familia, el trabajo y la comunidad afectan el comportamiento individual y por tanto los niveles de factores de riesgo.

Los hispanos tienen mayor prevalencia de factores de riesgo como diabetes, obesidad, anormalidades de los lípidos y sedentarismo.¹³

La Organización Mundial de la Salud en el informe sobre salud mundial 2002, señala como principales riesgos de salud poblacional a la obesidad, la inactividad física y a la baja ingesta de frutas y verduras, entre otros.¹⁴ Cada uno de los factores afecta de forma adversa, pero en conjunto su efecto se potencializa, por lo que siempre deben considerarse junto con la hipertensión arterial.¹⁵

La cuarta parte de la población fuma; tenemos un consumo *per cápita* de 32 litros de etanol por año, uno de cada 10 mexicanos padece diabetes mellitus y el 70% padece sobrepeso u obesidad por tener muy malos hábitos nutricionales.⁵ El corregir este factor de riesgo puede disminuir hasta en un 60% las posibilidades de un evento coronario agudo.¹⁵ El cigarro mata a 6 millones de fumadores por año y ha llegado a ser un símbolo de amenaza a la humanidad, particularmente en los países subdesarrollados.⁵

Al tabaquismo se le ha asociado con la aceleración de padecimientos como la aterosclerosis, lo cual incrementa el riesgo de enfermedad coronaria y se ha confirmado que al suspender el hábito mejora la función cardiovascular.¹³ En la encuesta nacional de salud 2000 en México, se encontró una prevalencia del 10% en diabetes mellitus y de 36.6% de tabaquismo. El uso de terapia de reemplazo con nicotina, ya sea como goma de mascar, parches, spray nasal, tabletas o inhaladores, en unión de consejos médicos, es el método de dejar de fumar recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y es efectivo hasta en 45%.¹⁵

Hay un incremento notable en la prevalencia de hipertensión arterial sistémica al aumentar el índice de masa corporal (IMC). Con el índice de masa corporal (peso (kg)/ estatura al cuadrado (m²)) se determina el sobrepeso, para sujetos de talla normal, cuando está entre 25 y 26.9; obesidad a partir de 27 para individuos de talla baja se consideran los límites 23 y 25, respectivamente. La obesidad

relacionada con la hipertensión arterial y la resistencia a la insulina, es la de tipo central, establecida con la índice cintura/cadera (anormal cuando es mayor de 0.85 en la mujer y 0.95 en el hombre) o con la medición del perímetro abdominal > 90 cm.^{14,16} Entre los distintos factores que influyen en el sobrepeso y la obesidad se cuentan los genéticos, psicosociales, nutricionales, metabólicos y endocrinos, que frecuente mente deben considerarse en forma conjunta. Se tiene conocimiento que el exceso de grasa corporal representa 25% de la causalidad, 30% de la transmisión cultural y 45% de otros factores ambientales no transmisibles; por lo tanto, la herencia cultural y la V herencia genética son los elementos fundamentales que llevan a la obesidad.¹⁷ Hay un riesgo de 2.6 veces más de ser hipertenso si se es obeso.⁵

La actividad física moderada o intensa reduce el riesgo de cardiopatías coronarias, hipertensión arterial, cáncer de colon, diabetes mellitus no insulino dependiente y la obesidad. Por lo contrario, el sedentarismo es uno de los principales factores que contribuyen al aumento de la obesidad en niños y adolescentes.¹⁸

De acuerdo con la encuesta nacional de salud 2000, la prevalencia de hipertensión arterial sistémica se relaciona directamente con la edad, y a partir de los 50 años la prevalencia en la mujer es mayor. Los factores neuro-hormonales y endocrinos han intentado explicar la menor prevalencia de enfermedades cardiovasculares en la mujer antes de la menopausia.¹⁴ El incremento de la mortalidad se manifiesta en todos los grupos de edad, desde los 40 hasta los 80 años. Por cada 20 mm Hg de incremento de la tensión sistólica o 10 mm Hg de la diastólica el riesgo de cardiopatía isquémica se incrementa al doble.¹⁵ En México gracias a la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000) se conoce que la prevalencia de HAS es del 30% y que está directamente relacionada con la edad.¹⁹

La hipertensión diastólica es de predominio en el género masculino entre los 20 y 40 años para posteriormente distribuirse de manera similar en ambos géneros.²⁰ Inicialmente en el género masculino la prevalencia de hipertensión es superior (34.2%) que en la mujer (26.3%); y al igual que lo informado en otros países. Las causas de hipertensión secundaria más comunes en la mujer son por daño renal debido a enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico y la esclerosis sistémica.¹⁹

Las guías internacionales recomiendan la identificación del daño a órgano blanco como parte importante en la evaluación del paciente con hipertensión arterial sistémica, por su utilidad como marcador clínico para prescribir un tratamiento y como factor pronóstico.²⁵

La hipertensión arterial es una patología muy importante por su capacidad para reducir sustancialmente la duración y calidad de vida de quien la sufre y generar complicaciones propias, principalmente cardíacas, renales y del sistema nervioso central, objetivo del tratamiento es evitar la expresión de la enfermedad, reducir las complicaciones causadas por ella e incrementar la duración y calidad de la vida. Si bien la mayor ventaja por la reducción del riesgo relativo se obtiene con el logro de las metas de presión arterial, se requiere ver al individuo como un todo e intervenir en forma global los factores de riesgo y las enfermedades coexistentes para obtener el máximo provecho. El tratamiento de la hipertensión arterial sistémica debe tener como pilares fundamentales acciones que lleven al paciente en particular, a su familia y a la sociedad en lo general a adoptar estilos de vida saludable.

El enfoque actual del manejo integral del paciente hipertenso debe estar dirigido al control del mayor número de factores de riesgo cardiovascular que sea posible, incluyendo micro albuminuria, dislipidemia, obesidad, tabaquismo y diabetes mellitus, además de prevenir y diagnosticar tempranamente las complicaciones de

la HAS en consideración a que cada hora mueren 8 individuos por problemas cardiovasculares, independientemente del nivel económico, social o religión.⁵ Si bien el JNC-VII ha creado controversia por lo estricto de las cifras meta, es importante mencionar que lo que se obtiene con una cifra por debajo de 120/80 es un menor riesgo de enfermedad vascular cerebral, enfermedad coronaria, eventos cardiovasculares cerebrales y muerte.⁵

Entre 20 y 30% de los pacientes consideran que el costo de los medicamentos es un factor crucial que influye en el cumplimiento del tratamiento, por lo que aunado a la efectividad es un factor importante para tomar en cuenta.²⁶

Modificaciones del estilo de vida
Deben ser permanentes y recomendados a la población general como la única medida real de prevención primaria.
Se considera estilo de vida sana cuando se cumplen los siguientes enunciados: Mantener el peso corporal en rangos normales. Realizar actividad física dinámica (aeróbica) en forma regular, al menos 30-45 minutos continuos 4 a 5 veces por semana.
Ingestión de sodio menor a 6 g/día; aun cuando sólo 50% de los hipertensos son sensibles a la sal.

Coincidiendo con Friedman y con Marín Reyes, en que la familia ejerce influencia en todos sus miembros para protegerlos de los cambios amenazantes, se ve reflejada esa relación directamente proporcional, es decir, entre más apoyo brinden los familiares, se verá reflejado en una mejor adherencia al tratamiento, ya sea de tipo farmacológico o no. Posiblemente esta situación esté influenciada por el hecho de que un gran porcentaje de personas hipertensas sean casadas,

por lo tanto, tienen un apoyo tanto emocional, económico y de vigilancia en el tratamiento. Por otra parte, se reitera que los datos sociodemográficos como edad, escolaridad, nivel socioeconómico, entre otros, y de acuerdo a algunos autores, no tiene ninguna relación para que el paciente hipertenso tenga una buena adherencia al tratamiento.²⁷

La familia tiene la tarea de desarrollar determinadas funciones, tales como la biológica, la económica, la educativa en la formación de sus integrantes, contribuyendo a la formación de valores, a la socialización de sus miembros, a la educación, a la reproducción y a la satisfacción de necesidades económicas entre otros. Asimismo, tiene la tarea de preparar a los individuos para enfrentar cambios que son producidos tanto desde el exterior como desde el interior y que pueden conllevar a modificaciones estructurales y funcionales.²⁹

La función familiar se define a través de las tareas que le corresponde realizar a cada uno de sus integrantes. El cumplimiento de esta función permite la interacción con otros sistemas sociales, y como consecuencia de su propia naturaleza es multidimensional, esto hace que en la evaluación del grado de norma función o disfunción de un sistema familiar muy complejo, no existe en realidad técnicas o instrumentos que permitan catalogar su función de forma absoluta.³⁰

En la actualidad se cuenta con instrumentos de medición de la dinámica familiar, mismos que han sido mejorados a través de su historia y avalados actualmente para su utilización.³³ Uno de ellos es el test de funcionamiento familiar (FF-SIL), instrumento fácil y de efectividad comprobado, diseñado y valorado en la Habana, Cuba. Este instrumento fue sometido a varios procedimientos en el año 1994 y en el 2000 donde se evidenció su confiabilidad y validez para evaluar cuantitativamente y cualitativamente la funcionalidad familiar mediante las siguientes variables:

1. Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas (ítems 1 y 8).

2. Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo (ítems 2 y 13).
3. Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa. (Ítems 5 y 11).
4. Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones (Ítems 7 y 12).
5. Afectividad: capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros (ítems 4 y 14).
6. Roles: cada miembro de la familia cumple con las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar (ítems 3 y 9).
7. Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera (ítems 6 y 10).^{35,36,39}

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial sistémica se ha considerado un factor de riesgo modificable mayor y puede considerarse un síndrome más que una enfermedad en sí misma.⁵ Constituye un problema grave de salud pública en el mundo; los adelantos en la detección oportuna, el tratamiento y el control de la enfermedad han logrado prolongar la vida de millones de personas; sin embargo, el cuidado no sólo debe enfocarse a retrasar la muerte, sino a promover la salud y la calidad de vida (CV) de las personas que viven con hipertensión arterial sistémica.⁶ Además ocasiona una carga financiera importante del presupuesto mundial destinado a la salud: representa el 4.5% del total de la carga de enfermedad en el mundo, es el primer factor de riesgo más importante de enfermedad cardiovascular, ocasionando con ello hasta 7.1 millones de muertes prematuras cada año y actualmente es responsable del 62% de los casos de enfermedad vascular cerebral y del 49% de los infartos de miocardio. Esto hace que la hipertensión surja como una amenaza de salud pública y un problema económico, ya que al asociarse con la diabetes mellitus tipo 2 no sólo incrementa la morbilidad y mortalidad cardiovascular, sino que también acelera la progresión de

nefropatía diabética hacia la enfermedad renal terminal, la cual es muy costosa en su tratamiento debido a la necesidad continua de diálisis o de trasplante renal.²⁶ Dos análisis realizados en México, demostraron que el costo anual del tratamiento anti hipertensivo puede llegar a representar hasta el 44.2% del salario mínimo en México.²⁶ Lo anterior denota los importantes retos en la manera de organizar y gestionar los servicios, ya que sus consecuencias demandan una atención compleja, de larga duración y costosa, por ello es necesario explorar otras alternativas que apoyen a la persona a mejorar su calidad de vida a través de una adecuada adherencia terapéutica, tomando como base la premisa de que la familia constituye la unidad de reproducción social y mantenimiento de la especie humana, y en ese sentido es el elemento que sintetiza la producción de la salud a escala micro social.²⁷

5. Por lo anterior, se establece la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la calidad de vida y su relación con la funcionalidad familiar en pacientes con Hipertensión Arterial adscritos a la U.M.F. No. 4 de Iguala, Guerrero?

6. JUSTIFICACIÓN

Para la OMS la calidad de vida es “la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto del sistema cultural y de valores en que vive, y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones”. Éste es un concepto amplio, del que forman parte elementos como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales de la persona y su relación con el ambiente que le rodea.

El concepto más utilizado de calidad de vida relacionada con la salud en este campo evalúa la repercusión de la enfermedad o el estado de salud, su tratamiento y otros cuidados sanitarios en la dimensión social y personal del paciente.

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar, esta depende del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible, que pueden propiciar un impacto menor de enfermedad. La disfunción se presenta cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor del síntoma.

Es necesario considerar que la funcionalidad familiar no debe ser entendida como un elemento “estático” de las familias, sino por el contrario, debe ser evaluada al tomar en cuenta su gran dinamismo.

Calidad de vida es un término tan amplio como se quiera, con implicaciones filosóficas y prácticas que varían de una persona a otra y que se relaciona con la vida cotidiana, la cultura, el bienestar tanto económico como social y la salud. De ahí que calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se refiera a esa parte de la calidad de vida que se altera cuando contraemos una enfermedad o mejora cuando ésta desaparece, afectando aspectos de la vida que, aunque parezcan insignificantes, impiden vivirla como se desea. El reconocimiento de la CVRS

surge en la sociedad occidental en un momento en el que la esperanza de vida aumenta y aparece la convicción de que el papel de la medicina no debe ser sólo el de proporcionar años de vida, sino el de aportar una mejor calidad a la misma.

Este concepto no es nuevo, ya en 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definía el estado de salud como "no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia, sino como un estado completo de bienestar físico, mental y social.

La medida de la salud, no en cantidad sino en calidad, ha adquirido una gran importancia como medida del resultado sanitario ². En la actualidad, los parámetros utilizados como medida de salud, ya sean biológicos o fisiológicos, sirven como buenos indicadores para los médicos, pero tienen un interés limitado para los pacientes. En el nuevo sistema es cada vez más importante la percepción del estado de salud por parte del paciente, de ahí el interés creciente por la evaluación de los resultados desde su perspectiva, es decir, de la CVRS o salud percibida. Estamos, por tanto, ante una patología bien conocida, con un tratamiento establecido y con unos factores de riesgo modificables en parte. Aunque hay que tener presente que se trata de una patología crónica con todo lo que esto conlleva. La prevalencia de enfermedades crónicas, en la mayoría de los países, para las cuales no existe una curación total y donde el objetivo del tratamiento es eliminar los síntomas, evitar complicaciones y mejorar de este modo el bienestar de los enfermos, lleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina como son: mortalidad, morbilidad y expectativa de vida, no sean las suficientes para evaluar la calidad de los servicios de salud surgiendo así el interés por el estudio de la calidad de vida¹².

La Organización Panamericana de la Salud estima que durante los próximos diez años ocurrirán aproximadamente 20.7 millones de defunciones por enfermedades cardiovasculares en América, de las cuales 2.4 millones pueden ser atribuidas a la hipertensión arterial. La hipertensión arterial es un problema de salud pública a

nivel mundial que crece día a día, una de sus causas radica en la baja adhesión que tienen al tratamiento terapéutico, tan sólo la Organización Mundial de la Salud reporta que la mitad de los pacientes tratados por hipertensión abandona por completo la atención a partir del primer año del diagnóstico y, de los que permanecen bajo supervisión médica, sólo 50% toma al menos 80% de sus medicamentos prescritos. La relevancia de lo anterior estriba en el impacto económico y social, así como para los sistemas de salud, ya que se trata de una entidad no curable, con secuelas que en su mayoría serán incapacitantes con un alto grado de mortalidad por complicaciones, fenómeno que se ve reflejado en 16.7 millones de muertes al año por enfermedades cardiovasculares, cifra que equivale a la tercera parte de las muertes a escala mundial, en México representa un gasto del 13.95% del presupuesto destinado a la salud y a 0.71% del producto interno bruto (PIB). De manera que la adherencia terapéutica es un tema fundamental para la salud de la población y la propia estabilidad familiar desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía. Por ello se ha estudiado desde diferentes aspectos la problemática de la baja adherencia al tratamiento, destacando entre otros factores, el papel de la familia como red de apoyo social que favorece el cumplimiento de la terapéutica, tanto desde el punto de vista de apoyo afectivo como material, incluso se dice que aquellos sujetos que viven solos son más propensos de sufrir de hipertensión severa en comparación con los que viven en familias extensas.

7. OBJETIVO GENERAL.

7.1 Objetivos Generales

1. Evaluar la calidad de vida y su relación con su funcionalidad en pacientes con hipertensión arterial del Hospital General de zona con medicina familiar Numero 4.

7.2 Objetivo Específicos

1. Clasificar a los pacientes estudiados según edad, género, estado civil, escolaridad y ocupación.

2. Evaluar la calidad de vida que presenta el paciente con hipertensión arterial y sus características sociodemográficas.

3. Comparar el nivel de calidad de vida con la edad, el género, estado civil, escolaridad, ocupación, comorbilidades, tratamiento y tiempo de evolución de los pacientes estudiados

4. Asociar el grado de funcionalidad con las variables sociodemográficas y clínicas, del paciente con hipertensión arterial

5. Asociar el grado de calidad de vida con las variables sociodemográficas y clínicas del paciente con hipertensión arterial.

6. Establecer asociación de factores sociodemográficos, su la calidad de vida relacionada con la funcionalidad familiar.

8. METODOLOGÍA

8.1 Diseño de estudio.

El presente es un estudio descriptivo transversal analítico

8.2. Periodo de estudio:

Se realizó de agosto 2017 a octubre de 2017.

8.3. Universo de estudio: Pacientes con diagnóstico de hipertensión Arterial que acudieron al Hospital General de zona con Medicina Familiar Número 4. Se contó con un censo de 148 pacientes con hipertensión arterial en ambos turnos.

8.4. Tamaño y tipo de muestra.

El tipo de muestreo de estudio fue por conveniencia, se tomó el total de 270 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acudieron al hospital general de zona/MF 4, que cumplieron con los criterios de selección y proporcionaron el consentimiento informado para participar en el estudio.

8.5 Instrumento de recolección.

Se aplicó mediante una técnica de interrogatorio directo través de un cuestionario.

9. CRITERIOS DE SELECCIÓN

9.1 Criterios de inclusión:

1. Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica sin distinción de género, pertenecientes a la UMF Numero 4 de Iguala Guerrero.
2. Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica a partir de los 30 años de edad pertenecientes a la a la UMF Numero 4 de Iguala Guerrero.
3. Pacientes en tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial, pertenecientes a la a la UMF Numero 4 de Iguala Guerrero.
4. Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica con o sin comorbilidades, pertenecientes a la UMF Numero 4 de Iguala Guerrero.

9.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes que no acepten contestar el cuestionario.
- Pacientes con algún grado de deterioro cognoscitivo.

9.3 Criterios de eliminación:

- Responder el cuestionario de manera incompleta.
- Seleccionar más de una opción en una pregunta.

10. VARIABLES

Variables sociodemográficas	Variables clínicas	Variables dependientes
*Edad	*Cifras de tensión arterial	*Calidad de vida
*Género		*Funcionalidad familiar
*Ocupación	*Índice de masa corporal	
*Escolaridad		
*Estado civil	*Tratamiento farmacológico	
*Nivel socioeconómico	Tiempo de evolución	

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo	Indicadores
Edad	Tiempo vivido por una persona contando desde su nacimiento	Número de años que el paciente refiere al momento de la entrevista	Cuantitativa	Años
Género	Conjunto de características asignadas por la sociedad a	; Hombre o mujer de acuerdo a lo referido por el	Cualitativa	1. Hombre 2. Mujer

	hombres y mujeres	paciente con hipertensión arterial.		
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Ultimo año estudiado en una institución educativa referido por el paciente al realizar la encuesta.	Cualitativa	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Licenciatura
Estado Civil	Situación en que se encuentra una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos.	Condición civil en la que se encuentra al momento del estudio la persona encuestada.	Cualitativa	1. Casado 2. Unión libre 3. Separado 4. Divorciado 5. Viudo 6. Soltero
Nivel socioeconómico	Se entiende por nivel socioeconómico el conjunto de variables económicas, sociológicas, educativas y laborales por las	Los sociólogos utilizan una serie de variables distintas (nivel de estudios, tipo de hogar y número de habitaciones, tipo de	Cualitativo	1.Bajo 2.medio 3.Alto

	que se califica a un individuo o un colectivo dentro de una jerarquía social.	ordenador. personal, porcentaje de gasto en alimentos acceso al agua y otros).		
VARIABLES CLINICAS	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONL	TIPO	INDICADOS
Índice de masa corporal IMC	Peso, volumen del cuerpo expresado en kilos	Se realizará la medición utilizando báscula antropométrica y se calculara índice de masa corporal para diagnosticar sobrepeso u obesidad-	Cualitativa	Peso normal Sobrepeso Obesidad en 1er grado Obesidad en 2do grado Obesidad en 3er grado u obesidad mórbida > 40.0
Control de tensión	Tensión que ejerce la sangre	Se realizará la toma de la	Cualitativa	1.- Controlado

arterial	que circula por los vasos sanguíneos.	tensión arterial con un baumanómetro aneroide en el paciente con hipertensión arterial. Cifras ≥ 140 en sistólica y ≥ 90 en diastólica se considera descontrolado.		2.-No controlado
Funcionalidad familiar	Es la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo familiar, y las crisis por las que atraviesa.	Mediante el test FF-SIL que consta de 14 ítems cada uno con 5 respuestas. cada cuando se desarrolla cada actividad a evaluar: a. Casi nunca 1 punto. b. Pocas veces 2 puntos. c. A veces 3 puntos. d. Muchas veces 4 puntos. e. Casi siempre	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Familia Funcional de 57 a 70 puntos. 2. Familia moderadamente funcional de 43 a 56 puntos. 3. Familia disfuncional de 28 a 42 puntos. 4. Familia severamente disfuncional de 14 a 27

		5 puntos. Obteniendo una puntuación máxima de 70 puntos y una mínima de 14 puntos que nos sirve para evaluar el grado de funcionalidad familiar.		5.
Calidad de Vida	Conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valorar la vida.	Percepción de cada individuo sobre la posición de su vida en el contexto de sus valores, expectativas, estándares y preocupaciones en relación a su enfermedad. Mediante el test MINICHAL.	cualitativa	0-41= Muy Buena CV 42-82= Buena CV 83-123= Regular CV 6. 124-165= Mala CV
Conocimiento sobre hipertensión arterial	Información que tiene un paciente sobre la enfermedad de hipertensión	Se obtendrá a través de realizar 10 preguntas del cuestionario	Cualitativa	Si No No se

	arterial.	CSH sobre la enfermedad de hipertensión arterial y se describirán de acuerdo a lo referido por el paciente durante la encuesta.		
--	-----------	---	--	--

11. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

Previa aceptación y autorización del Comité Local de Investigación 1101, se realizó la recolección de datos del paciente con hipertensión arterial, se explicó ampliamente a los pacientes los procedimientos que se llevaron a cabo en el estudio y se les solicitó que firmaran una hoja de consentimiento informado, de forma posterior se dieron las instrucciones para responder a los instrumentos de recolección, en caso de los analfabetas se leyó cada una de las preguntas y se registró la respuesta que el paciente otorgo, se aclararon todas las dudas que presentaron. Después de la encuesta se procedió a realizar la toma de tensión arterial. El estudio se realizó en el periodo comprendido del 01 de agosto de 2017 a octubre 2017, aplicando criterios de inclusión, exclusión y eliminación; realizando muestreo por conveniencia.

11.1 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez obtenida la recolección de datos, son codificados y luego vaciados a una hoja de cálculo Excel para elaborar la base d datos para posteriormente ser exportada al programa que realizó con el software SPSS versión 11.0 para Windows. Posteriormente se hizo un análisis invariado obteniendo frecuencias simples y proporcionales. Además, se realizó análisis inferencial aplicando prueba de Chi cuadrada de Maentel-Haenzel

12. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El presente estudio se apegó al profesionalismo y ética médica y dentro del marco legal que establece el IMSS, así como leyes que rigen a los sistemas de salud:

- a) La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4º. en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990.
- b) La Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación en 1984, en sus artículos; 2º. Fracción VII; 7º., fracción VIII; 68º. Fracción IV; 96, 103; 115; fracción V; 119 fracción I; 141; 160; 164;168, fracción VI; 174, fracción I; 186; 189, fracción I; 238, 321 y 334.
- c) El reglamento de La Ley General de Salud en materia de Investigación en el Diario Oficial de la Federación, el 6 de enero de 1987.
- d) El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de Coordinadores de Proyectos Prioritarios de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 1984.
- e) La declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989.

Se solicitó consentimiento informado a los pacientes con hipertensión arterial que participaron, se les informo el objetivo del estudio y se brindó confidencialidad de los resultados.

13. RESULTADOS

Con respecto a las medidas de tendencia central encontramos con una media de 63, una mediana 64 y moda de 62, un rango mínimo de 30 y un máximo de 92 años, de un total de 270 pacientes en estudio.

Con respecto edad el grupo más frecuente (67%)181, seguido 89(33.0%) fueron de 30 a 60 años. Con lo que respecta a la escolaridad la mayoría fueron de primaria y secundaria (81.9%) 210 seguido de preparatoria y licenciatura (18.9%), 51 con respecto al estado civil la mayoría fueron solteros y casados (72.8%)197, seguidos del nivel preparatoria y licenciatura, con respecto al estrato socioeconómico fue de (70.4%), y (29.7%) 80.

Tabla 1.- Datos sociodemográficos

	Variable	N	%
Edad	30 a 40	9	3.3
	41 a 50	25	9.3
	51 a 60	67	24.8
	61 y mas	169	62.6
	Total	270	100.0
Sexo	Hombre	181	67.0
	Mujer	89	33.0
Escolaridad	Primaria	110	40.7
	Secundaria	109	40.4
	Preparatoria	37	13.7
	Licenciatura	14	5.2
Estado civil	Soltero	41	15.1
	Casado	156	57.7
	Viudo	46	17.4
	Divorciado	27	10
Nivel socioeconómico	Bajo	190	70.4
	Medio	75	27.8
	Alto	5	1.9

Tabla2.- Datos clínicos

Solo el 75.2% (203/270) de la población tiene cifras tensionales controladas y la población descontrolada 24.8% (67/270). Respecto al estado nutricional el sobrepeso está representado en casi el 50%(n=126), seguido de peso normal 35%(n=94) y obesidad 18% (n=60.) Respecto al tiempo de diagnóstico, el 65 % fueron de más de 5 años, con Adherencia terapéutica.

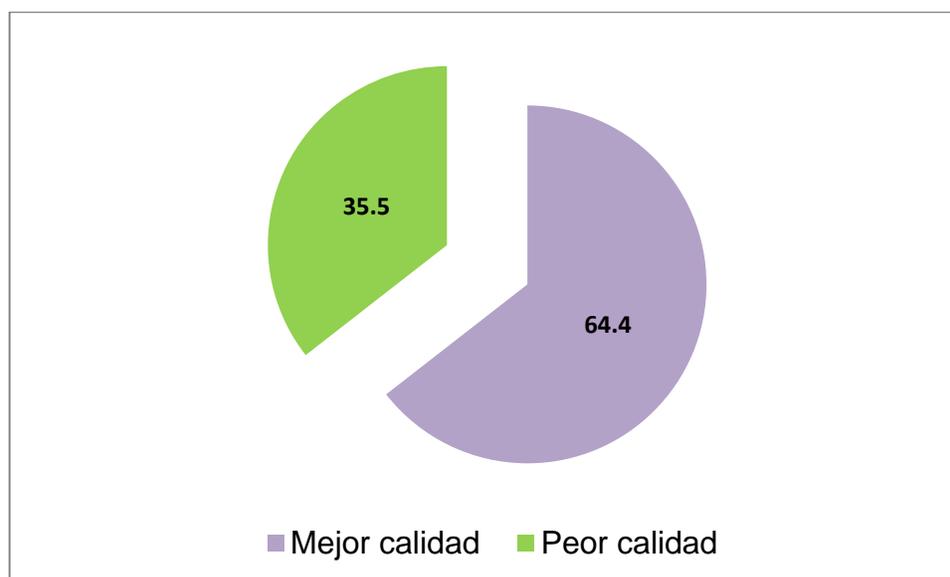
Tabla 2.

	Datos clínicas	N	%
Hipertensión	Controlada	203	75,2
	Descontrolada	67	24,8
Peso	Normal	94	34.8
	Sobrepeso	126	46.7
	Obesidad	50	18.5

Tiempo de diagnóstico	5 años y mas	176	65.2
	Menos de 5 años	94	34.8
Tratamiento	No	92	34.1
	Si	178	65.0

El 64.4 %(174/270) de los pacientes tienen una mejor calidad de vida, la razón es de un hombre por cada 2 mujeres con mejor calidad de vida, el 35.6% de los que tienen mala calidad de vida son hombres, el 35.6%(96 /270) de los que tienen mala calidad de vida está en el grupo de 60 años y más.

Grafico 1.



Funcionalidad familiar Calidad de vida distribuida por funcionalidad familiar

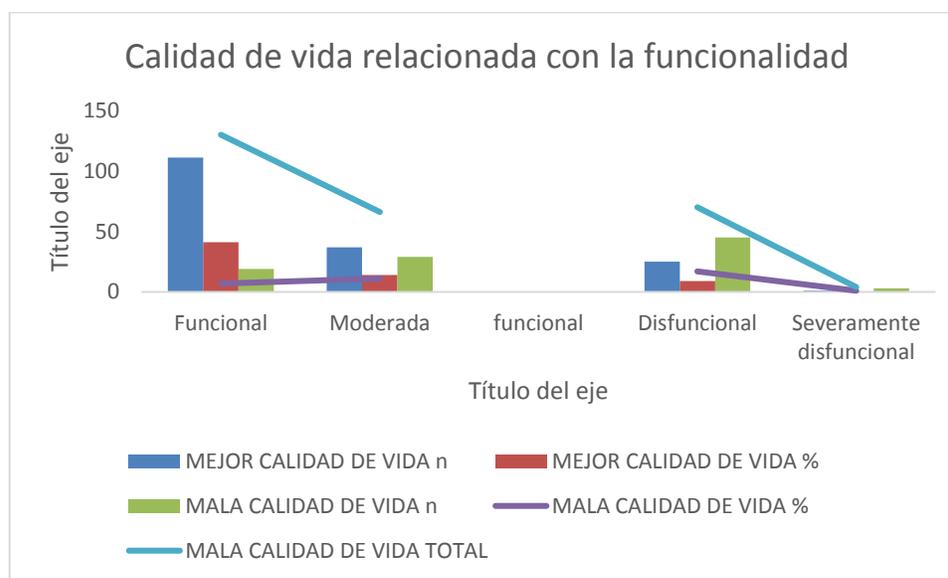
El 55% (148/270) es funcional o moderadamente funcional y tiene buena calidad de vida, mientras que el 18%(48/270) con mala calidad de vida. En el otro rubro constituido por disfuncional y severamente disfuncional con buena calidad de

vida lo constituye el 13%(26/270), mientras con mala calidad de vida 18%(48/270).

Tabla. 3 Calidad de vida distribuida por funcionalidad familiar

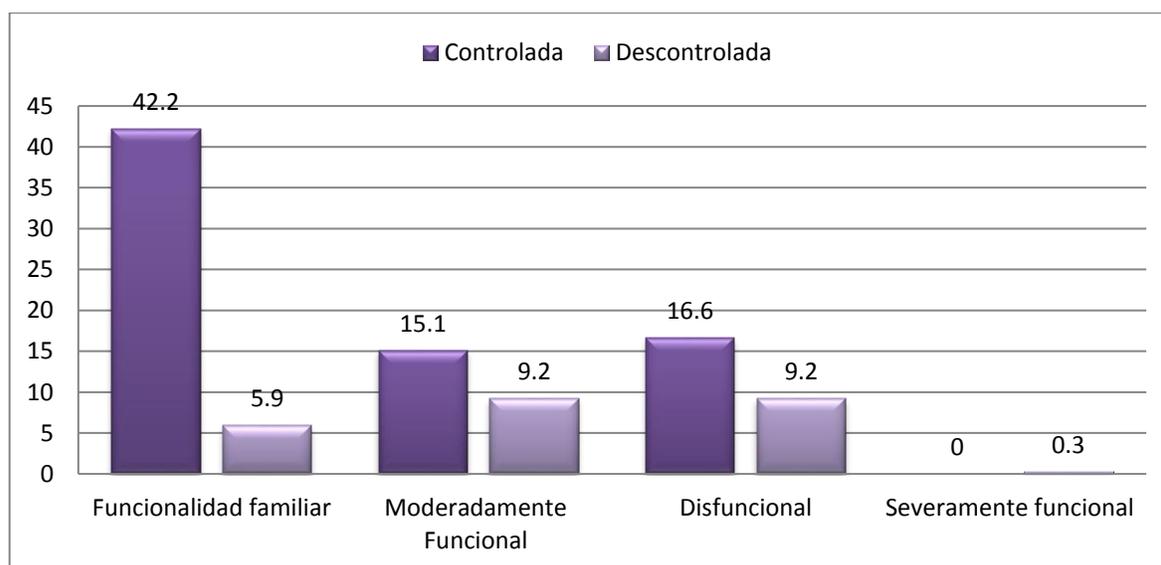
	MEJOR CALIDAD DE VIDA		MALA CALIDAD DE VIDA		TOTAL
	n	%	n	%	
Funcional	111	41	19	7	130
Moderada funcional	37	14	29	11	66
Disfuncional	25	9	45	17	70
Severamente disfuncional	1	.4	3	1	4
TOTAL	174	64.4	96	35.6	270

Grafico 2.



La población con presión arterial controlada es el 75.2% la mayor proporción se encuentra en pacientes funcionales. En todos los tipos de funcionalidad predominan los pacientes controlados. Grafico 3

Gráfico.3 Funcionalidad familiar y tipo de control de la presión arterial



El 69%(186/270) de la población son funcionales y el 31%(84/270) son disfuncionales, el 75%(63/84) y fueron disfuncionales en el rubro más de 60 años, de los funcionales predomina el sexo masculino 65.4% (55/84) ,el 63%122/186) con nivel medio superior fueron funcionales, sin pareja un 80.9%(68/84)con disfuncionalidad familiar, los funcionales fueron los que tenían pareja 74.7(139/186),la disfuncionalidad prevalece con nivel educativo bajo 78.3(62/84), más del 60 %(126/184) tenían sobrepeso y fueron funcionales, y el 69.%(129/186) tenían control hipertensivo, pacientes con diagnóstico más de 5 años fueron disfuncionales en un 76% (64/86) y funcionales 60%(112/184), funcionales y con adherencia terapéutica 75.%(141/184),disfuncionales y con mala calidad de vida

60%(50/84).

Tabla 4. Grado de funcionalidad familiar con las variables sociodemográficas y clínicas, del paciente con hipertensión arterial.

Funcionalidad familiar

VARIABLE	DISFUNCIONALES		FUNCIONALES		
	n	%	n	%	
EDAD	60 Y MAS AÑOS	63	75.0%	112	60.2%
	40 A 59 AÑOS	21	25.0 %	74	39.7%
	TOTAL	84	31.0 %	186	69.0%
SEXO	HOMBRE	55	65.4%	123	66.1%
	MUJER	29	34.5%	63	33.8%
	TOTAL	84	31.0 %	186	69.0%
ESCOLARIDAD	NIVEL BÁSICO	43	51.1%	64	35%
	MEDIO SUPERIOR	41	48.8%	122	66.3%
	TOTAL	84	31.1%	186	69%
ESTADO CIVIL	SIN PAREJA	68	80.9%	47	25.2%
	CON PAREJA	16	19.0%	139	74.7%
	TOTAL	84	31.0%	186	69.0%
NIVEL SOCIOECONOMICO	BAJO	62	78.3%	128	68.8%)
	MEDIO-ALTO	22	26.1%	58	31.1%
	TOTAL	84	31.0%	186	69.0%
PESO	SOBREPESO - OBESIDAD	51	60.7%	126	67.7%
	NORMAL	33	39.2%	60	31.6%
	TOTAL	84	31.0%	186	69.0%
HIPERTENSION	DESCONTROL	35	41.6%	57	30.6%
	CONTROL	49	58.3%	129	69.3%

	TOTAL	84	31.0%	186	69.0%
TIEMPO DE DIAGNOSTICO	MÁS DE 5 AÑOS	64	76.1%	112	(60.2%)
	MENOS DE 5 AÑOS	20	23.8%)	74	39.7%
	TOTAL	84	31.0%	186	69.0%
ADHERENCIA	NO	47	55.9%	45	24.1%
	SI	37	44.0%	141	75.8%
	TOTAL	84	31.0%	186	69.0%

Calidad de vida

El 64% (174/270) de la población presenta Mejor calidad de vida y 35.6% (96/270) tienen peor calidad de vida, de los que tienen mejor calidad de vida predominaron las mujeres con un 44.0%(119/174), y el género masculino 64.5%(62/ 96) predominó en los pacientes con mala calidad de vida. En cuanto a la edad la población con mayor de 60 años predomina con buena calidad de vida, el 54% (94/174) de la población con buena calidad de vida tiene nivel medio superior, el 66% (115/174), con mejor calidad de vida y tienen pareja predomina el 66. % (115/174) y de los que no tienen pareja y mala calidad de vida 58% (56/96, predominando el I socioeconómico bajo 66.6%(116/174) con mejor calidad de vida, respecto al sobrepeso con buena calidad de vida 64.4%(112/174), el 35.6% (67/174) con peso normal tuvieron buena calidad de vida, el 69.5%(121/174) con mejor control de la presión arterial y buena calidad de vida, diagnosticados más de 5 años el 54% (94/174) con mejor calidad de vida y en un 84.5%(82/96) con mala calidad de vida, con mayor adherencia fue 78.7% (137/174) y la no adherencia fue de 57%(55/96) con peor calidad de vida, el 52%(50/96) fueron disfuncionales con mala calidad de vida.

Tabla 5. Grado de calidad de vida con las variables sociodemográficas y clínicas, del paciente con hipertensión arterial.

	VARIABLE	MALA		BUENA	
		n	%	n	%
EDAD	60 Y MAS AÑOS	81	84.3%	94	54.0%
	40-59 AÑOS	15	15.6%	80	45.9%
	TOTAL	96	35.5%	174	64.5%
SEXO	HOMBRE	62	64.5%	115	66.6%
	MUJER	34	35.5%	58	33.3%
	TOTAL	96	35.5%	174	64.5%
NIVEL EDUCATIVO	NIVEL BÁSICO	48	50%	59	33.9%
	MEDIO SUPERIOR	48	50%	115	66.0%
	TOTAL	96	35.5%	174	64.5
ESTADO CIVIL	SIN PAREJA	56	58%	59	33.9%
	CON PAREJA	40	42%	115	66.0%
	TOTAL	96	35.5%	174	64.5%
NIVEL SOCIOECONOMICO	BAJO	74	77.0%	116	66.6%
	MEDIO-ALTO	22	22.9%	58	33.3%
	TOTAL	96	35.5%	174	64.5%
PESO	SOBREPESO - OBESIDAD	64	23.7%)	112	64.4%
	NORMAL	32	33.3%	62	35.6%
	TOTAL	96	35.5%	174	64.5%
HIPERTENSION	DESCONTROL	39	40.6%	53	30.4%
	CONTROL	57	59.3%	121	69.5%
	TOTAL	96	35.5%	174	64.5%
TIEMPO DE DIAGNOSTICO	MÁS DE 5 AÑOS	82	85.4%	94	54.0%
	MENOS DE 5 AÑOS	14	14.5%	80	45.9%
	TOTAL	96	35.5%	174	64.5%

ADHERENCIA	NO	55	57.2%	37	21.2%
	SI	41	42.7%	137	78.7%
	TOTAL	96	35.5%	174	64.5%
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	DISFUNCIONAL	50	52.0%	34	19.5%
	FUNCIONAL	46	48.0%	140	80.5%
	TOTAL	96	35.5%	174	64.5%

ANALISIS BIVARIADO

Asociación de calidad de vida y funcionalidad familiar con las características sociodemográficas.

Los factores asociados a la mala calidad de vida con significancia estadística son:

El tener edad mayor de 60 años tiene 4.5 veces el riesgo de tener mala calidad de vida OR 4.5, IC95% (2.4 a 8.5) $P < 0.0001$ comparados con los que tienen menor edad, el ser hombre y tener nivel escolar de primaria y secundaria, tiene 1.9 veces el riesgo de tener mala calidad de vida OR 1.7 -3.2) Chi^2 0.01 ,el tener descontrol de la presión arterial tiene 1.8 veces el riesgo de tener mala calidad de vida IC95%(1.04- 3.21) $p < 0.035$ y no tener adherencia al tratamiento tiene 3.9 veces el riesgo de tener mala calidad de vida comparados con los que tienen adherencia OR (2.3 a 6.8) Chi^2 25.9 , el no tener pareja tiene 2.7 veces el riesgo de tener calidad de vida , IC95% $p < 0.001$. El tener disfuncionalidad familiar tiene 4.4 veces el riesgo de tener mala calidad de vida OR (2.5-7.7) $p < 0.001$ comparados con los pacientes funcionales.

Tabla. 6 Relación estadística de calidad de vida con variables sociodemográficas.

FACTORES ASOCIADOS MALA CALIDAD DE VIDA					
			<i>OR</i>	<i>IC</i> 95%	<i>P</i>
EDAD	60 Y MAS	30-59 AÑOS	4.5	2.4- 8.5	<0.0001
EDO CIVIL	SOLTERO, VIUDO, DIVORCIADO	CASADO	2.7	1.60- 4.51	<0.0001
ESCOLARIDAD	NIVEL BÁSICO	NIVEL SUPERIOR	1.94	1.72- 3.24	0.01
HIPERTENSION	DESCONTROL	CONTROL	1.82	1.04- 3.21	0.035
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	ADHERENCIA PARCIAL	ADHERENCIA TOTAL	4.96	2.88- 8.55	<0.0001
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	DISFUNCIONALES	FUNCIONALES	4.47	2.58- 7.74	<0.0001

El ser disfuncional y tener adherencia parcial tiene 3.9 veces el riesgo IC95% (2.3-6.8 $p < 0.0001$ y se asocia a mala calidad de vida, el ser disfuncional y no tener pareja tiene 12.5 veces el riesgo de tener mala calidad de vida OR (26.6- 23.7) $p < 0.0001$ comparado con los que tienen pareja, el tener disfuncionalidad familiar tiene 4.4 veces el riesgo de tener mala calidad de vida , OR 4.4 IC95%(2.5-7.7) $p < 0.0001$, el tener menos grado de estudio tiene 1.9 veces el riesgo de tener mala calidad de vida OR 1.9 IC95%1.7-3.2) $P 0.01$, el tener disfuncionalidad familiar tiene 4.4 veces el riesgo de tener mala calidad de vida , OR 4.4 IC95%(2.5-7.7) $p < 0.0001$.

Tabla 7. Relación estadística de funcionalidad familiar con variables sociodemográficas.

FACTORES ASOCIADOS A DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR				
		OR	IC 95%	P
60 Y MAS	30 A 59 AÑOS	1.98	1.11 -3.52	0.01
SIN PAREJA	CON PAREJA	12.5	6.6 -23.7	<0.0001
NIVEL BÁSICO	MEDIO SUPERIOR	1.99	1.18 – 3.37	0.009
MÁS DE 5 AÑOS	MENOS DE 5 AÑOS	2.11	1.18 - 3.78	0.01
ADHERENCIA PARCIAL	ADHERENCIA TOTAL	3.98	2.30- 6.87	<0.0001
MALA	BUENA	4.34	2.51- 7.51	<0.0001

Fuente: Encuesta estructurada.

14. DISCUSIÓN.

En el presente estudio se logró el objetivo de medir la calidad de vida en pacientes de 30 a 60 años de edad con Hipertensión. El 65% (174 /270) tuvieron mejor calidad de vida y el factor asociado a la mala calidad de vida fue la disfuncionalidad familiar OR. 4.4, IC95%(2.5-7.7) p<0.0001. a diferencia del estudio transversal prospectivo de enero abril del 2011 en el centro de Salud R. Gómez, C. García. ¹⁴ En el Estado de México en 30 pacientes con hipertensión arterial sistémica, con edad media de 57.03 ± 9.99 años, con predominio del sexo femenino en el 56.7%, el factor asociado a mala calidad escolaridad de menos de 5 años 56.7%, analfabetas 23.3%, estudios de secundaria 16.7 y 3.3% con estudios universitarios; Los datos de la PA sistólica de los participantes indican una media de 131 ± 8 mmHg y en la diastólica una media de 75.65 ± 7 mmHg.

Cabe mencionar que el 36.7% tenía hipertensión arterial sistólica en etapa 1 y 96.7%, de la evaluación de la CV, 80% de los participantes la consideró como muy buena y 16.7% buena, sin embargo, nadie percibió una mala de CV, ($r = 0.944$ $p < 0.001$) en las funciones de la escala de la calidad de vida, en nuestro realizado en 270 pacientes el resultado solo fue cualitativo, 75% tuvieron control de la hipertensión (203/270%, 25%(67/270) presentaron descontrol de la presión arterial fue un 50%(48/96) y el 33%(59/174), con buena calidad de vida, el factor asociado a mala calidad de vida fue nivel básico de escolaridad con OR 1.94, IC95%(1.7-3.2), $p=0.01$.

Serrano- Garzón⁶¹ E., M. Olague en pacientes adultos con hipertensión arterial crónica adscritos a la U.M.F. No. 51 del IMSS., en noviembre del 2014 a febrero 2015, en una muestra de 321 pacientes la calidad de vida de los pacientes hipertensos, el (66.7%) 214 estaban controlados (33.3%)103 descontrolados, la estimación de riesgo para un inadecuado control de la presión arterial y una calidad de vida deteriorada fue el sexo femenino con OR 3.94 (IC 95% 2.84-5.47, $p<0.001$). Nuestro resultado fue un poco más alto en relación con el tamaño de la muestra ,75.2%(203/270) tienen cifras tensionales controladas y solo el 24.8%(67/270) descontrolada, OR 1.8, IC95% 1.04-3.21 $p. 0.035$.

En otro estudio, realizado en Córdoba España por C. Nolasco Monterroso, L. Navas Santos ha realizado un estudio observacional, descriptivo y transversal, en la Unida de Hipertensión de la UGC Nefrología durante el periodo Octubre-Diciembre; 18, en una muestra de en 33 pacientes hipertensos relacionados con la calidad de vida con una edad media de $73,24 \pm 5,55$ años; 20 hombres (60,6%) y 13 mujeres (39,4%) tuvieron un buen control y mejor calidad de vida. En nuestro estudio la edad media fue de 63.2 el análisis fue 75%, con mejor calidad de vida el 65.5% hombres y 34.8% mujeres que tuvieron mejor control OR 0.91 $p 0.01$ con significancia³

Melguizo –Herrera, E. Ayala-Medrano, en centros de protección social en Cartagena (Colombia). Aquichan. 2014 analizaron la calidad de vida de adultos mayores relacionada con la variable estado civil tamaño de la muestra 187

adultos mayores con un promedio de edad de 75 años, (95%) predomino el estado civil soltero 57.6%, 38 (57,6%) eran solteros; 30 (45,5%) percibieron buena calidad de vida (IC 95%: 73,6-77,8).⁵⁶

En nuestro estudio el resultado 42.5% (115/270), estado civil soltero y solo el 33 % (59/174) percibieron buena calidad de vida, OR 2.72, IC95%1.63-4.55 p. 0.0001. significativo.

En otro estudio observacional, realizado por S. Mendoza M. Muñoz Centro de Salud San Pedro, Comuna San Pedro de la Paz, VIII Región, Chile 2006, cuya unidad de análisis fue el paciente hipertenso adulto mayor (65 años o más) Del universo (N=725) muestra estratificada al azar del 33,8% (n=245). *Fue solo el 21.6 alcanzo puntaje máximo en las subescalas, lo que implica que tuvieron incumplimiento terapéutico en un 78.4%.⁵⁶ EL factor asociado a descontrol de la presión arterial es la no adherencia 34.1%(92/270), el 65.0% con adherencia (178/270), OR 4.96 IC95%(2.8-8.5). p*

<0.0001, con significancia.

Banegas, Rodríguez, Ruilope, Graciano, Luque & Cruz, 2002; Análisis tipo descriptivo tamaño de la muestra por 172 sujetos adultos con diagnóstico de HTA y bajo tratamiento médico, de los cuales 78 (45.3%) eran de sexo masculino y 94 (54.7%) factor asociado fue la adherencia terapéutica, la media en la adherencia fue de 108.8 (DE = 12.9), El tiempo promedio desde el diagnóstico fue 10.72 años (\pm 8.5), hombres 10.2 (\pm 7.6) y mujeres 11.1 (\pm 9.3). a la relación entre la adherencia al tratamiento y las distintas escalas de calidad de vida, en todos los casos las correlaciones fueron estadísticamente significativas ($p < 0.05$) y positivas, de manera que, a mayor adherencia, mayor calidad de vida. Otro factor asociado fue el nivel de escolaridad la muestra (67.7%) poseía estudios secundarios completo o de mayor nivel, donde un 24.37% corresponde a aquellos que presentaban estudios universitarios completos (16.5% de la muestra total), con resultados significativos.

Mayckel da Silva Barreto Maringá, PR, Brasil 2012 en 422 individuos, periodo diciembre de 2011 y marzo de 2012, la asociación de la no adhesión a la

farmacoterapia con factores biosocioeconómicos y de pacientes con hipertensión arterial el 42,6% no adherían a la farmacoterapia y 17,7% poseían conocimiento insatisfactorio sobre la enfermedad, el factor asociado: Fue el sexo en mujeres fue de 36.2%, y hombres de 21.0%, la no adherencia en mujeres 23.2% y varones de 19.4% con p 0.14 no significativa.⁶²

Olson, D. Cols. En la Facultad de Psicología. Universidad Santo Tomás. Bogotá. 1989. La percepción de la calidad de vida se relaciona con la cohesión familiar y no con la adaptabilidad familiar, esto puede deberse a que la percepción de la calidad de vida o el sentirse bien con lo que se tiene y se vive conlleva una alta carga emocional, que es más proporcionada por la cohesión generada una familia, que los límites o reglas que estos mismos impongan; además el vínculo emocional estable y justo que la familia provee a los individuos es la base de la confianza, autonomía y buena autoestima que un ser humano pueda poseer, para avanzar exitosamente en la búsqueda de una óptima calidad de vida.⁶⁵

Lagos Méndez H Julio – diciembre 2014, en Hospital de Puente piedra Lima, estudio cuantitativo, transversal, tamaño de la muestra 100, Funcionalidad familiar y automanejo en diabéticos e hipertensos, la edad de riesgo asociado 30-80 años, resultados muestran una correlación positiva, el 54% de las familias fueron moderadamente disfuncionales, el 7% gravemente disfuncionales, en un 56% fue regular y el 9% inadecuado.⁶⁷

A diferencia del estudio de José Pomares Avalos abr.-jun. 2017, donde se determinó el comportamiento de la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. estudio descriptivo en el periodo mayo-2016, en 27 pacientes, los de mayor nivel de escolaridad (63,0 %), en los de mayor nivel de escolaridad de 12 grados n:17 (11.8%) prevaleció la adherencia parcial 60%, seguido de adherencia total n:3 (30%), mientras que en los pacientes con mayor nivel escolar menos de 12 grados n:10(2%), se adhieren más en (70.6%), seguido de la no adhesión.⁶⁸

En ese mismo estudio otro factor asociado fue la edad variable más de 60 años y factor de riesgo asociado, más de 60 años (51.9%) 20-40,7.4%(n:2),1 adherencia parcial, 41-60 (n:11) 40. % 5% + de 60 años,14 (51.9%).

El resultado fueron familias severamente funcionalidad disfuncional 1.4%(4/270) moderadamente funcionales 66/270),25%, muy por debajo del estudio de Lagos Meléndez, disfuncionales 26%(70/270), factor de riesgo asociado fue la edad de 60 y más fueron 62.6% (169/270),75% (63/94) fueron disfuncionales, y correspondió al grupo de 60 y más, y los funcionales (112/186), OR.1.98, IC95% 1.11-3.52, P0.01.

En nuestro estudio la adherencia fue 65%(178/270) y la no adherencia fue 21.2% (92/270) respecto a la funcionalidad familiar, OR 3.99 IC95%(2.30-6.87) p 0.0001.

15. CONCLUSIONES

La población que presenta mejor calidad de vida, fue un 64%, 6 de cada 100 pacientes, predominando el sexo femenino, la adherencia terapéutica, fue parcial y los pacientes con mejor control fue del sexo masculino, Además del estar sin pareja se relaciona con disfuncionalidad familiar y descontrol de la presión arterial el nivel socioeconómico, bajo repercute en la disfuncionalidad familiar debido a que eran familias funcionales, y con pareja por lo tanto estaban controlados, de ello los de más de 60 años en un 54%, el nivel escolar básico, repercute en la calidad de vida ya que por falta .

La calidad de vida se relaciona con la funcionalidad familiar donde se tomaron en cuenta, variables de los test el MINICHAL, valorando el estado de ánimo y las manifestaciones somáticas, el SS-FIL, valora 7 variables: ya que, si el paciente tiene cohesión familiar, armonía, comunicación con los miembros de la familia, permeabilidad, se les brinda afecto, se les permite cumplir el roll, y adaptabilidad o autonomía, como resultado siempre serán familias funcionales con una mejor calidad de vida.

16. RECOMENDACIONES.

- **La causa principal de una peor calidad de vida es el descontrol de la presión arterial.**
- ❖ Deben ser permanentes las recomendaciones a la población general como la única medida real de prevención primaria, otorgadas por medico de primer nivel. Se debe involucrar con equipo multidisciplinario como trabajo social, medicina preventiva , enfermera geriatra, módulo de Diabetimss , para búsquedas de pacientes remisos que no cumplen a su cita, y los incorpore Trabajo social, utilizara estrategias educativas, como cambios en su estilo de vida, además de búsqueda en pacientes remisos, para reincorporarlos a su control de enfermedades crónicas del adulto ,y evitar descontrol de su hipertensión, además de la progresión de la enfermedad , siempre vigilando sus factores de riesgo.
- ❖ La adherencia terapéutica, que es otro factor modificable, donde los pacientes, por no tener un nivel educativo medio, y además falta de recursos por falta de existencia de medicamento, pueden cursar con descontrol, tenemos que estar pendientes y explicarles que a falta de medicamentos regrese al consultorio, donde se dará a conocer a las instancias o coordinadores, para que se involucren en la problemática y lo más pronto posible retome su tratamiento.
- ❖ El tiempo de evolución, factor no modificable, ya que a mayor tiempo mayor progresión de la enfermedad, y más aún si no se adhiere al tratamiento se buscará cita mensual en pacientes con descontrol, con sus analíticos e control cada 6 meses en pacientes no diabéticos, focos rojos de en enfermedad renal, con indicios de proteína, 30 gramos o 300 mg ,o estadios 3b de tasa de filtrado glomerular, para referirlos con criterios con medicina interna y/o nefrología, para evitar progresión de la enfermedad.
- El sobrepeso índice de masa corporal por arriba de 26, según índice de Quetelet, así como el sedentarismo y consumo de sodio mayor a 5 gramos.
- ❖ Se considera estilo de vida sana cuando se cumplen los siguientes enunciados: Mantener el peso corporal en rangos normales de 24.9., o detectar desnutrición o bajo peso < de 18.

- ❖ Realizar actividad física dinámica (aeróbica) en forma regular, al menos 30-45 minutos continuos 4 a 5 veces por semana, además de ejercicios de resistencia muscular, enviar a natación si no hay contraindicación para ello y que el paciente lo acepte
- ❖ Dieta mediterránea o tomar 2 litros de agua al día, envió a nutrición para mejor apego, a dieta.
- ❖ Por último, se debe involucra también a promotores de la salud para utilizar escalas a los pacientes para detectar factores que predisponen a descontrol de la presión arterial ya que cambios en su estado d ánimo y manifestaciones somaticas influyen en las patologías crónicas del adulto mayor.

17. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moragrega J, Velázquez O, Chávez R. Actualización del Consenso Nacional de Hipertensión Arterial. *Med Int Mex* 2006; 22:44-78.
2. Córdova J, Manuel G, Hernández M. Plan de Prevención y Tratamiento de las Enfermedades Crónicas: Sobrepeso, Riesgo Cardiovascular y Diabetes Mellitus, 2007-2012 y Sistema de Indicadores de Diabetes en México. *Revista Endocrinología y Nutrición* 2008;16(3):104-107
3. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
4. Rosas M, Velázquez O, Pastelín G. Nueva visión de los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en México (Análisis por consolidación conjuntiva). *Arch Card Mex* 2004;74(2):164-178.
5. Jáuregui R. La hipertensión arterial sistémica; Conceptos Actuales. *Acta Medica Grupo Angeles* 2009; 7:17-23.
6. *Rev. Esp Cardiol.* 2016; 69:572-8 - Vol. 69 Núm.06 DOI: 10.1016/j.re
7. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2013: 1-40.
8. López-Jaramillo P, Sánchez RA, Díaz M, Cobos L, Bryce A, Parra-Carrillo JZ, et al. Consenso latinoamericano de hipertensión en pacientes con diabetes tipo 2 y síndrome metabólico. *An Venez Nutricion*, 2013; 26 (1): 40 – 61.
9. Hernández-Ávila M, Rivera-Donmarco J, Shama-Levy T, Cuevas-Nasu L, Gómez-Acosta LM, Gaona-Pineda EB, et al Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de medio camino 2016 (ENSANUT 2016).
10. Informe de resultados finales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2016. . Gobierno del Estado de Guerrero 2015-2021.
11. Programa Sectorial. Salud y Seguridad Social 2016-2021. Secretaria de Planeación y Desarrollo Regional
12. <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/HypertensionArterialAdultos.pdf>
12. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. WHO technical report series; 916. Geneva, 2002.

13. Hernández F. Evento vascular isquémico en pacientes jóvenes. Arch Med Urg Mex 2011;3(2):67-78.
14. Gómez M, García C, Gómez V. Calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial sistémica. Rev Mex Enf Card 2011; 9:7-12.
15. Ortiz I, Ramos N. La nutrición y alimentación de los niños mexicanos; Segunda parte: sobrepeso-obesidad y riesgos inherentes. Rev Mex Ped 2008;75(5): 235-240.
16. Korbman R. Obesidad en adultos; Aspectos médicos, sociales y psicológicos. An Med (Mex) 2010;55(3):142-146.
17. Lomelí C, Rosas M, Mendoza C. Hipertensión arterial sistémica en la mujer. Arch Card Mex 2008;78(2):98-103.
18. Rosas M. La hipertensión arterial de México y su relación con otros factores de riesgo. Arch Card Mex 2003;73(1):137-140.
19. Rosas M, Pastelín G, Martínez J. Hipertensión arterial en México; Guías y recomendaciones para su detección, control y tratamiento. Arch Card Mex 2004; 74:134-157.
20. Zamora M, Aguilar C, Hernández S. Prevalencia de síndrome metabólico en pacientes con hiperlipidemia familiar combinada. Revista de Endocrinología y Nutrición 2004;12(1):46-50.
21. Hernández M. Guía de Tratamiento Farmacológico para el Control de la Hipertensión Arterial 2009. Addendum a la NOM 030. Rev Mex Card 2009;20 (2):55-104.
22. Contreras E, Zuluaga S. Monitoreo ambulatorio de presión arterial. Rev Mex Card 2010;21(1):25-30.
23. Fonseca S, Zúñiga G, García J. Disfunción diastólica en pacientes con hipertensión de bata blanca. Med Int Mex 2006; 22:85-92.
24. Parra J, Verdejo J, Lemus E. Costo-Efectividad del tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial sistémica. Rev. Mex Card 2009;20(3):141-148..
25. Olvera S, Salazar T. Impacto del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos. Rev. Mex Enf Card 2009;17(1-3):10-13.
26. Castellanos J, Rodríguez D, Sánchez F. Funcionamiento familiar en una comunidad. Rev. Med Electrónica 2007;29(5):1-5.

27. Ortiz M, Padilla M, Padilla E. Diseño de Intervención en Funcionamiento Familiar. Rev. Unión Lat Psic 2005; 3:1-8.
28. Membrillo A, Fernández M, Quiróz J, Rodríguez J. Introducción al estudio de sus elementos. 1ra ed. México. Edit. ETM 2008.
29. Consenso Académico en Medicina Familiar. II. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Arch Med Fam 2005;7(1):15-19.
30. Suárez M. El médico familiar y la atención a la familia. Rev. Pacea Med Fam 2006;3(4):95-100.
31. Soriano S, De la Torre R, Soriano L. Familia, trastornos mentales y ciclo vital familiar. Rev Med Fam 2003;2(4):130-135.
32. De la Revilla L, Fleitas L, Prados M, De los Ríos A, Marcos B, Bailón E. El genograma en la evaluación del ciclo vital familiar natural y de sus dislocaciones. Rev Semfyc 1998;21(4):219-224.
33. Bernal I. Matriz de salud del grupo familiar: un recurso para el diagnóstico de la situación de salud de la familia. Rev. Cub Med Gen Integro 2004;20(3):1-7.
34. Reyes A, Castañeda V. Caracterización familiar de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Medisan 2006;10(4):1-6.
35. Sinche E, Suárez M. Introducción al Estudio de la Dinámica Familiar. Rev Rampa 2006;1(1):38-47.
36. Sandoval L. Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis hospital obrero No. 2 C.N.S. Rev. Med Soc. Cochabambina Med Fam. 2009;1(1):7-13.
37. Ortega T, De la Cuesta D, Días C; Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. Rev cubana Enfermer 1999;5(3):1-4.
38. Ortega T, De la Cuesta D, Días C; Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. Rev cubana Enfermer 1999;5(3):1-4.
39. Sandoval L. Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis hospital obrero No. 2 C.N.S. Rev Med Soc. Cochabambina Med Fam 2009;1(1):7-13.

40. Ortega T, De la Cuesta D, Días C; Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Rev Cubana Enfermer* 1999;5(3):1-4.
41. Álvarez A, Ayala A, Nuño A, Alatorre M. Estudio sobre el nivel de funcionalidad en un grupo de familias que tienen un hijo con parálisis cerebral infantil (PCI). *Rev Mex Med Fis Rehab* 2005;17(3):71-76.
42. Fernández M. El impacto de la enfermedad en la familia. *Rev Fac Med UNAM* 2004;47(6):251-254.
43. Reyes A, Garrido A, Torres L, Ortega P. Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. *Psicología y Salud* 2010;20(1):111-117.
44. Guía de hipertensión arterial en la consulta de enfermería 2003; 5:51-59 Koushyar K, Hernández A. Tabaquismo: factor de riesgo para enfermedad periodontal
45. Guía de hipertensión arterial en la consulta de enfermería 2003; 5:51-59
46. Koushyar K, Hernández A. Tabaquismo: factor de riesgo para enfermedad periodontal. *Rev. ADM* 2010;67(3.):10113
47. E. Menéndez, E. Delgado, F. Fernández-Vega *Revista Española de Cardiología* Prevalece, Diagnosis, Treatment, and Control of Hipertensión in Spain. Results of the Di@bet.es Study. Volume, June 2016, Pages 572-578
48. González FS, Gimeno CA, Meléndez MJC, Córdova IA percepción de la funcionalidad familiar. *Escritos de psicología* 2010 [citado 1º de ene 2015].
49. Concha TMC, Rodríguez. GCR. Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos 2010. [citado 06 de Abril 2013].5(1).34-9.
50. Bardage C, Isacson DGL, Hypertension and health-related quality of life: an epidemiologic study in Sweden. *J Clin Epidemiol.*2001;54:172-18.
51. Nolasco Monterroso, L. Navas Santos, C. Elena Carmona Moriel. Análisis de los factores asociados a la calidad de vida del paciente hipertenso. Universidad de Córdoba. Unidad de Gestión Clínica de Nefrología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España. 282 *Enferm Nefrol* 2015: Octubre-Diciembre; 18 (4): 282/289.
52. Melguizo-Herrera E, Ayala-Medrano S, Grau-Coneo M, Merchán-Duitama A., Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena (Colombia). *Aquichan.* 2014;14(3): 537-548. Doi: 10.5294/aqui.2014.14.

53. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Revista Anales de la Facultad de Medicina. 2007 [visitado 2010 sept. 8]; 68(3):284-290. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3.pdf>.
54. Banegas JR, Guallar-Castillón P, Rodríguez-Artalejo F, Graciani A, López-García, E, Ruilope LM. Association Between Awareness, Treatment, and Control of Hypertension, and Quality of Life Among Older Adults in Spain. Am. J of Hypertension. 2006; 19:686-693.
55. Mokdad, A.H., Bowman, B.A., Ford, E.S., Vinicor, F., Marks, J.S. and Koplan, J.P. (2001) The continuing epidemics of obesity and diabetes in the United States. JAMA, 286, 1195-200. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.286.10.1195>
56. Mendoza PS, Muñoz PM, Merino EJM, Barriga OA. Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. Rev. Med Chile [Internet]. 2006 [Citado 13 mayo 2007]; 134 (1): 65-71
57. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Ciencia y Enfermería IX. 2003 [visitado 2010 mayo 2]; (2):9-21. Disponible: http://www.promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_2.pdf
58. M. Gómez, C. García Reza, V Gómez Martínez, Sánchez. Vol. 19, Núm. 1 Enero-abril 2011 PP. 7-12. Calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial.
59. Stewart AL, Greenfield S, Hays RD, Wells K, Rogers WH, Berry SD, McGlynn EA, Ware JE Jr. Functional status and well-being of patients with chronic conditions: Results from the medical outcomes study. JAMA 1989; 262:907-13.
60. Rosa Korbman de Shein Obesidad en adultos. Aspectos médicos, sociales y psicológicos* Vol. 55, Núm. 3 Jul. - Sep. 2010 pp. 142 – 146
61. Serrano-Garzón E, Michel-Olague MB, Frías-Mora R, Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial. Rev. Med MD 2018; 9(2): 146-151.

62. M. da Silva- Barreto. A Almeida –Oliveira, Reiners Conocimiento sobre hipertensión arterial y factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia. Rev. Latino-Am. Enfermagem mayo-jun. 2014;22(3):491-8 DOI: 10.1590/0104-1169.3447.2442 www.eerp.usp.br/rlae.
63. Pucci N, Pereira MR, Vinholes DB, Pucci P, Campos ND. Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistémica e Adosó ao Tratamiento Anti-Hipertensivo em Idosos. Rev. Bras Cardiol. 2012;25(4):322-9
64. Zaldívar Dionisio, Ares, P. Psicología de Familia. Una aproximación a su estudio. La Habana: Editorial Félix Varela; 2002. Funcionamiento familiar saludable.
65. Olson, D y Cols. Inventarios sobre familia. Traducción: Hernandez, A. Facultad de Psicología. Universidad Santo Tomás. Bogotá. 1989.
- S. Hirschberg, S. Donatti, I. Rijana, Victoria Selan. Universidad de Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Cardiológicas “Prof. Dr. Alberto
66. C. Taquini” (ININCA - UBA CONICET). La relación entre adherencia terapéutica y calidad de vida en la hipertensión arterial -recibido/received: 2/2/2014, Aceptado/Accepted: 20/05/2014.
67. A. José Pomares Avalos , Marian Amanda Vázquez Núñez . Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial Rev. Finlay vol.7 no.2 Cienfuegos abr.-jun. 2017.

18. ANEXOS

Anexo 1	
	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	LA CALIDAD DE VIDA Y SU RELACION CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL ADSCRITOS AL HGSZ/MF No.4 DE IGUALA, GRO.
Patrocinador externo (si aplica):	NO
Lugar y fecha:	Iguala, Gro UMF No. 4 FECHA:
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Con este estudio se pretende Identificar la calidad de vida y su relación con la funcionalidad familiar en pacientes con hipertensión arterial del Hospital General de sub zona con Medicina Familiar Número 4, Iguala Gro.
Procedimientos:	Participar en una encuesta
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Proporcionarle información sobre la importancia de la calidad de vida y la relación con la funcionalidad familiar.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador responsable se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para el padecimiento.
Participación o retiro:	Se me informa que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha dado la seguridad de que los datos obtenidos serán confidenciales.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<p>No autoriza que se tome la muestra.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</p>
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes:	_____
Beneficios al término del estudio:	_____
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Baloy Zavala Astudillo., Correo Elect.: dra-zavala@hotmail.com , Tel. 7441365134
Colaboradores:	Dra. Irasema Isabel Urbina Aranda, Correo electrónico: urbina_irasema@hotmail.com Tel. 7444823031 Ext. 51 407
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx
<p>_____ Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal</p> <p>Testigo 1</p> <p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> <p>Testigo 2</p> <p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p> <p style="text-align: right;">Clave: 2810-009-013</p>



LA CALIDAD DE VIDA Y SU RELACION CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES
CON HIPERTENSION ARTERIAL ADSCRITOS AL HGSZ/MF No.4 DE IGUALA, GRO.

CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Iguala, Gro., a ____ de _____ del 2017.

Nombre:	
Número de Afiliación:	
Edad:	Años _____
Sexo:	Femenino _____ Masculino _____
Estado civil:	Soltero___ Casado ___ Viudo___ Divorciado ___
Escolaridad:	Primaria___ Secundaria ___ Preparatoria___ Profesional ___
Peso	Normal___ Sobrepeso__ Obesidad ___
Hipertenso	Controlado___ No controlado _____
Estrato socioeconómico	Alto___ Medio___ Bajo ___
Funcionalidad Familiar (test FF SIL)	Familia funcional: _____ Familia moderadamente funcional: _____ Familia disfuncional: _____ Familia severamente disfuncional: _____
Calidad de vida	Estado de ánimo: 0-15= Mejor nivel de salud. 16-30= Peor nivel de salud. Manifestaciones somáticas: 0-9= Mejor nivel de salud. 10-18= Peor nivel de salud

Anexo 3



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HGSZ/MF No.4 DE IGUALA, GRO.

Test de funcionamiento familiar FF-SIL.

Instrucciones: A continuación se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe marcar con una X en la casilla que le corresponda a su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.

Test de funcionamiento familiar FF-SIL.	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
---	------------	-------------	---------	--------------	--------------

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

La puntuación se obtiene por la suma de los ítems y se considera:

70 a 57 puntos familia funcional

56 a 43 puntos familia moderadamente funcional

42 a 28 puntos familia disfuncional

27 a 14 puntos familia severamente disfuncional



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HGSZ/MF No.4 DE IGUALA, GRO.

Cuestionario de calidad de vida en Hipertensión Arterial (MINICHAL).

En los últimos 7 días.....

1. ¿Ha tenido dificultades para conciliar el sueño?
2. ¿Ha tenido dificultades para continuar con sus relaciones sociales habituales?
3. ¿Le ha resultado difícil entenderse con la gente?
4. ¿Siente que no está jugando un papel útil en la vida?
5. ¿Se siente incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas?
6. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
7. ¿Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua?
8. ¿Se siente incapaz de disfrutar sus actividades habituales de cada día?
9. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas?
10. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?
11. ¿Ha notado dificultades al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente?
12. ¿Se le han hinchado los tobillos?
13. ¿Ha notado que orina más a menudo?
14. ¿Ha notado sequedad de boca?
15. ¿Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo?
16. ¿Ha notado una sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo?

¿Diría usted que su hipertensión y el tratamiento de la misma afecta a su calidad de vida?

Opciones de respuesta de los ítems:

No, en absoluto

Sí, algo

Sí, bastante

Sí, mucho.

0 = No, en absoluto;

1 = Sí, algo;

2 = Sí bastante;

3 = Sí, mucho.

El rango de puntuación va de 0-15 (mejor nivel de salud) a 16-30 (peor nivel de salud) en la primera dimensión y de 0-9 a 10-18 en la segunda.

Anexo 6

MÉTODO DE GRAFFAR

Variables	Puntaje	Ítems
1. Profesión del Jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2.- Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica Media
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3.-Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4.- Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

El método se basa en 4 variables, el puntaje va del 1 a 5 y se indican los diferentes niveles en que se subdivide cada variable. Se suman las cantidades señaladas, calificando de la siguiente manera:
 Estrato socioeconómico alto: 04-06.
 Estrato socioeconómico medio 7-12,
 Estrato socioeconómico bajo 13-20.