



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1 ZACATECAS, ZAC.

**EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
PACIENTES CON DESCONTROL DE HIPERTENSION ARTERIAL**

**PROTOCOLO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. RICARDO DE JESÚS MARTINEZ GAMBOA

**ASESOR METODOLÓGICO: DRA. MA DEL CARMEN FRAIRE GALINDO.
ASESOR POR DISCIPLINA: DRA. MA DEL CARMEN FRAIRE GALINDO.**

ZACATECAS, ZAC.

MARZO 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DESCONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

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

PRESENTA

Dr. RICARDO DE JESUS MARTINEZ GAMBOA

AUTORIZACIONES:

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN ZACATECAS**

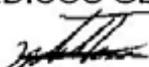
DRA. MA. DEL CARMEN FRAIRE GALINDO



ASESOR METODOLOGICO DE TESIS

DRA. MA. DEL CARMEN FRAIRE GALINDO

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN ZACATECAS**



ASESOR DEL TEMA DE TESIS

DRA. MA. DEL CARMEN FRAIRE GALINDO

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN ZACATECAS**

DR. JOSE ARMANDO PEREZ RAMIREZ

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION HGZ 1

Zacatecas, Zacatecas

2008



**JEFATURA DE ENSEÑANZA
E INV. DEL HOSPITAL
GRAL. DE ZONA
CON MED. FAM. No. 1**

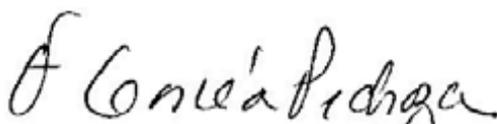
**EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON
DESCONTROL DE HIPERTENSION ARTERIAL**

PRESENTA

MARTINEZ GAMBOA RICARDO DE JESUS

AUTORIZACIONES

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

DATOS GENERALES:

NOMBRE: RICARDO DE JESÚS MARTINEZ GAMBOA

MATRICULA: 99340174

ADSCRIPCION: UMF 40

SEDE: UMF 40 TEPECHITLÁN, ZACATECAS.

GRADO: TERCER AÑO RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR MODALIDAD SEMIPRESENCIAL SEGÚN CONVENIO IMSS-UNAM.

DIRECCION: REAL DE PINOS 5 COL. CAMINO REAL, GUADALUPE, GPE, ZACATECAS.

TELEFONOS: 492-92-772-20

CELULAR: 044 492 112 34 48

CORREO ELECTRONICO: ric1809@hotmail.com

ÍNDICE:

I. MARCO TEORICO.....	6
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
III. JUSTIFICACION.....	13
IV. OBJETIVOS.....	14
OBJETIVOS ESPECIFICOS	
VI. MATERIAL Y METODOS	
DISEÑO DE ESTUDIO	
POBLACIÓN	
LUGAR	
TIEMPO	
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	15
MUESTREO.....	16
VARIABLES.....	17
ANALISIS ESTADISTICO.....	19
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN	
PROCEDIMIENTOS	
ETICA.....	23
RESULTADOS.....	24
DISCUSIÓN.....	34
CONCLUSIONES.....	36
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	37
ANEXOS.....	39

I. MARCO TEORICO

La Hipertensión arterial es un problema de salud pública más importante en los países desarrollados. Es una enfermedad frecuente, asintomática, fácil de detectar, casi siempre sencilla de tratar y que con frecuencia tiene complicaciones letales, si no recibe tratamiento. ⁽¹⁾

La hipertensión arterial puede considerarse como una enfermedad, un síndrome o un factor de riesgo, esto se debe a que es una entidad que por si misma puede ocasionar la muerte del paciente, tiene distintas etiologías, pero la misma fisiopatología, además de factor de riesgo para el desarrollo de aterosclerosis, cardiopatía isquémica y evento vascular cerebral, todos estos trastornos son causas importantes de mortalidad y morbilidad en México. ⁽²⁾

La Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999 para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Clasifica la hipertensión para efectos de diagnóstico y tratamiento de la siguiente forma:

Presión arterial óptima <120/80 mmHg

Presión arterial normal 120-129/80-84 mmHg

Presión arterial normal alta 130-139/85-89 mmHg

Hipertensión arterial:

Etapas 1 140-159/90-99 mmHg

Etapas 2 160-179/100-109 mmHg

Etapas 3 $\geq 180/\geq 110$ mmHg.

El Joint National Comite (JNC-VII), en su séptimo informe en el año 2003, proporcionó una clasificación de la presión arterial para adultos mayores de 18 años: dicha clasificación esta basada en la media de dos ó más visitas en consulta.

La presión arterial normal comprende una presión sistólica < 120 mmHg y diastólica < 80 mmHg.

Prehipertensión con una sistólica que va de 120 a 139 mmHg y diastólica de 80 a 89 mmHg.

Estadio 1 con una sistólica de 140 a 159 mmHg y diastólica de 90 a 99 mmHg.

Estadio 2 con una sistólica >160 mmHg y como diastólica una >100 mmHg.

PREVALENCIA E INCIDENCIA

La HTA constituye una epidemia mundial que padecen más de 1 500 000 000 de personas, tanto en países desarrollados como subdesarrollados. Solo un tercio de los hipertensos son tratados y solo 12 % de los tratados están controlados, es decir que presentan cifras de PA menores de 140/90 mmHg. La prevalencia mundial actual según diferentes estudios regionales es de 30%, pero en las personas mayores de 60 años, su prevalencia se eleva a 50 %. ⁽³⁾

De acuerdo con la encuesta nacional de enfermedades crónicas de 1996 en México, la hipertensión arterial fue en ese tiempo la enfermedad crónica más frecuente en el país, afectó al 26.6% de la población mayor de 20 años de edad, aunque en población mayor de 65 años la prevalencia del padecimiento alcanzó 58.5%; sin embargo su importancia epidemiológica y clínica se encuentran en las repercusiones sobre la esperanza y calidad de vida del hipertenso. ⁽²⁾ La prevalencia de HTA se ha incrementado ya que en la encuesta del año 2000 reportó una tasa del 30.05% en la población mayor de 20 años. ⁽⁴⁾

Se identificó a los estados del norte de la República como los de mayor prevalencia de HAS, en primer lugar fue Baja California con 35.1%. El estado de Zacatecas ocupa el quinto lugar a nivel nacional con una prevalencia del 34.5% lo cual lo pone por encima de la media nacional. ⁽⁵⁾

HIPERTENSION ARTERIAL Y FAMILIA

Al hablar de salud tenemos que considerarlo como un proceso donde es necesaria la participación activa del individuo, la familia y la comunidad y, por tanto, es una construcción colectiva, donde existen derechos y deberes.

Para las enfermedades crónicas –representadas fundamentalmente por las cerebrovasculares, insuficiencia cardiaca y cardiopatía isquémica, la hipertensión arterial es un factor de riesgo relevante, en cuyo descontrol inciden varios factores, como: falta de apoyo familiar, desconocimiento por la familia de aspectos de la enfermedad, no adherencia al tratamiento, inasistencia a consulta, escasa promoción de salud, tratamiento incorrecto y enfermedad concomitante. ⁽⁶⁾

DEFINICIÓN DE FAMILIA

Hay muchas definiciones de familia. Una que ha sido ampliamente aceptada por el buró del Censo de los Estados Unidos de Norteamérica describe a la familia como un “grupo de dos o más personas relacionadas por sangre, matrimonio o adopción”. Esta definición permite una visión inclusiva que familias con uno o ambos padres, abuelos, adopción e incluso familias de homosexuales. En situaciones clínicas, la definición y el foco de atención requieren de la flexibilidad que imponen el tipo de enfermedad, su grado de avance y la etapa de ciclo de vida del paciente y su familia. Es necesario considerar que algunas definiciones de familia incluyen personas que pueden no estar relacionadas por sangre, matrimonio o adopción”. ⁽⁷⁾

DINAMICA FAMILIAR

La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien o mal como unidad. Actualmente se reconoce la existencia de varias fuentes potenciales de apoyo en la atención a la enfermedad. Algunos estudios destacan el papel preponderante de la familia, e incluso afirman que la mayoría de los enfermos crónicos recibe y prefiere los cuidados y el apoyo de esta fuente más que de cualquier otra cosa. ⁽⁸⁾

El diagnóstico del grado de salud psicodinámica y familiar por medio de la evaluación de funciones familiares permite dar orientación para conservar la integridad familiar, la salud física, la coherencia y el afecto, con el fin de mantener en lo posible el núcleo familiar en una homeostasis biológica y psicoafectiva para generar acciones tendientes a cumplir las funciones sociales que se esperan de ella: equidad generacional, transmisión cultural y socialización y control social. ⁽⁹⁾

APGAR FAMILIAR

El Apgar Familiar (AF) es un cuestionario que consta de cinco preguntas, aplicables mediante una breve entrevista a diferentes miembros de una familia y en distintos momentos para percibir variaciones. Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia y constituye un instrumento de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si por el contrario, contribuye a su enfermedad. ⁽¹⁰⁾

El AF es una técnica rápida y sencilla para explorar la función familiar, fue desarrollada por Smilkstein en 1978. Smilkstein utilizó el acrónimo Apgar para recordar los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (*Adaptability*), cooperación (*Partnertship*), desarrollo (*Growth*), afectividad (*Affection*) y capacidad resolutive (*Resolve*). ⁽¹¹⁾

A continuación se detallan las definiciones de los componentes del APGAR familiar:

Adaptabilidad. Capacidad de utilizar recursos intra y extrafamiliares para resolver casos de crisis.

Participación. Capacidad de compartir problemas y de comunicarse para la toma de decisiones.

Crecimiento. Capacidad de cursar las etapas del ciclo vital familiar en forma madura permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia.

Afecto. Capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar distintas emociones, tanto de bienestar como emergencia.

Resolución. Capacidad de aplicar los elementos anteriores compartiendo tiempo y recursos especiales y materiales de cada miembro de la familia.⁽¹⁰⁾

Cada uno de los miembros de la familia, generalmente los mayores de 15 años, eligen por separado una de las tres opciones de cada una de las preguntas: casi siempre, algunas veces o casi nunca. Con la suma de la puntuación obtenida se pueden hacer las siguientes inferencias:

00-03 Disfunción grave

04-06 Disfunción moderada

07-10 Familia funcional.

Si la funcionalidad o disfuncionalidad se encuentra en más de un miembro de la familia, el calificativo se otorga a todo el grupo.

El AF tiene considerables ventajas como instrumento de medición del funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, sin olvidar que no es una medida objetiva de la función familiar aunque sí del grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar.⁽¹⁰⁾

DISFUNCIÓN FAMILIAR

Se ha definido a la familia disfuncional como aquella que se ve imposibilitada para realizar de un modo adecuado sus funciones familiares, afectando áreas primordiales como la educación y el desarrollo afectivo. ⁽¹²⁾

La disfunción familiar en un principio es un problema de interrelación consigo mismo y con las estructuras sociales, condición compleja porque requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales, aspectos económicos, sexuales, religiosos, etc. ⁽⁹⁾

El médico familiar tiene dentro de sus funciones la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como el conocimiento de la funcionalidad de las familias a su cargo; por esta razón es importante identificar los factores demográficos, estructurales, de etapa del ciclo vital, patología familiar, redes de apoyo, y su relación con la presencia de disfunción familiar percibida por algún miembro de la familia. La utilidad de identificar la autopercepción de disfunción familiar significa una especie de “foco rojo” que podrían facilitar el inicio del estudio clínico de la familia para identificar las causas de la posible disfunción familiar. ⁽¹²⁾

La tendencia de la investigación se contrapone a una larga tradición epidemiológica, que considera a la familia como un factor protector. También puede ser considerada por su buen funcionamiento y relacionada con una conveniente integración de la familia, adecuada autoestima y sistemas de apoyo social, de igual manera el estrés crónico tanto individual como familiar ejerce efectos perjudiciales a largo plazo, aunque dependerá de la capacidad que tengan de adaptación el individuo y la familia; en ello influyen varios aspectos de esta última, desde su estructura y dinámica hasta el entorno de la misma, de esta manera, la familia influye fuertemente en la presencia y control de las enfermedades. ⁽³⁾

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, en vez de referirse a

ella como normal o patológica, términos que por su connotación resultan controvertidos. ⁽¹⁰⁾

El diagnóstico del grado de salud psicodinámica y familiar por medio de la evaluación de funciones familiares permite dar orientación para conservar la integridad familiar, la salud física, la coherencia y el afecto, con el fin de mantener en lo posible el núcleo familiar en una homeostasis biológica y psicoafectiva para generar acciones tendentes a cumplir las funciones sociales que se esperan de ella. ⁽⁹⁾

Se ha estudiado la influencia entre la disfunción familiar y el cumplimiento terapéutico, observándose que los hipocumplidores presentan un porcentaje de disfunción familiar estudiada mediante el Apgar-familiar del 43% frente al 12% de los cumplidores. También se sabe que el mayor cumplimiento se da en familias que en el aspecto emocional no son ni sobreprotectoras ni distantes. Otros factores familiares a tener en cuenta son la existencia en la familia de cuidadores principales “procuidados médicos” o que no modificarían el cumplimiento o la mala adaptación a cambios en el ciclo vital familiar. ⁽¹³⁾

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Hipertensión arterial es un problema de salud y aun más en nuestro estado, ya que ocupa el quinto lugar a nivel nacional en prevalencia, por lo que es necesario conocer la frecuencia, así como describir los factores asociados al descontrol del paciente hipertenso . Al realizar el presente protocolo estableceríamos la probable asociación existente entre la disfuncionalidad familiar y el descontrol de pacientes con hipertensión arterial, ya que actualmente no se encuentran datos en la literatura médica que nos den antecedentes de esta relación.

¿Cuál es la funcionalidad familiar en el paciente hipertenso en la subzona Tlaltenango, Zac?

III. JUSTIFICACIÓN

Durante los últimos años hemos visto el crecimiento en las tasas de prevalencia de la hipertensión arterial, mismas que han ocasionado un número muy elevado de consulta médica sobretodo con carácter subsecuente.

Este número tan alto de solicitud de consulta ocasiona grandes costos a nivel económico para los servicios de salud; Costos que veríamos disminuidos en caso de que tuviéramos un adecuado control de nuestros pacientes mismo que se lograría a través del conocimiento de todos los factores de riesgo.

Ante este crecimiento en la prevalencia de HAS, se necesitaran de nuevos elementos en la prevención y tratamiento, así al demostrar la asociación entre la disfunción Familiar y el descontrol hipertensivo, podremos implementar acciones encaminadas a mejorar la funcionalidad familiar de los pacientes con sus familias, por subsecuencia un mejor control de los pacientes. Todo lo anterior sería encaminado a crear programas de atención al paciente hipertenso y su familia (núcleo familiar) de tal forma que se podrían utilizar instrumentos manejados por los médicos familiares para realizar una verdadera medicina de familia, teniendo una orientación hacia la prevención de factores asociados a la aparición de la HAS, disminuyendo así la prevalencia de esta enfermedad.

De lograr demostrar la asociación entre la disfunción familiar y el descontrol hipertensivo, tendríamos un campo para investigación de relaciones familiares alteradas con enfermedades susceptibles de verse afectadas con estas disfunciones en la familia.

IV. OBJETIVO GENERAL

Describir la relación entre la disfunción familiar y el descontrol del paciente hipertenso así como el grado de control del mismo paciente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir la disfunción familiar relacionada con descontrol HAS.
- Identificar a que edad se presenta mayor descontrol de HAS asociada con Disfunción familiar.
- Demostrar que los pacientes con HAS descontrolada tienen mayor disfunción familiar que los pacientes controlados

V. MATERIAL Y METODOS

DISEÑO

Se realizó un estudio, descriptivo, transversal analítico.

POBLACION DE ESTUDIO

POBLACION

Dicho estudio se llevó a cabo en 134 pacientes hipertensos derechohabientes de las unidades médicas de la subzona Tlaltenango, Zac.

LUGAR

Unidades de Medicina Familiar de Tepechitlán, Teúl de González Ortega y Florencia de Benito Juárez.

TIEMPO

Del 01 de Enero al 31 de Octubre del 2007.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes con hipertensión arterial diagnosticada, adscritos a las unidades, que tenga convivencia familiar, que haya acudido a control médico en 10 ocasiones durante el último año; con 3 años de diagnóstico, que curse únicamente con Hipertensión.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Paciente que curse con otras patologías de tipo cronicodegenerativo, no apruebe el examen minimental, mismo que se les realizara exclusivamente a todos los mayores de 60 años. Sin apego a su tratamiento o no se le este

surtiendo, pacientes que cursen con hipertensión secundaria a otra patología, como serian Enfermedades Hipertensivas del embarazo, feocromocitoma.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

En este estudio no hay criterios de eliminación al ser un estudio transversal, por medio de encuesta directa a los participantes.

MUESTRA

TIPO DE MUESTREO: Se realizó un muestreo probabilístico. El universo de pacientes para este estudio fue de 134 personas hipertensas.

CALCULO DE TAMAÑO DE LA MUESTRA

TAMAÑO DE LA MUESTRA

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

n= tamaño de la muestra = 134

N= prevalencia de hipertensión = 34.5

Z= intervalo de confianza al 95% Z = 1.96

P= proporción de disfunción familiar esperada = 50%

Q= complemento 1 – P=0.5

d= margen de error .05

$$n = \frac{134(1.96)^2(.50)(0.5)}{.05^2(134-1) + 1.96^2(.50)(0.5)}$$

$$n = \frac{134 \times 3.8416 \times .50 \times 0.5}{0.0025 \times 133 + 3.8416 \times .50 \times 0.5}$$

$$n = \frac{514.77 \times .50 \times 0.5}{0.3325 + 0.9604}$$

$$n = \frac{128.6936}{1.2929}$$

n= 99.5 (100 pacientes)

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Hipertensión arterial

VARIABLE INDEPENDIENTE

Disfunción familiar.

Edad.

Tipo de familia.

Sexo

VARIABLES INTERVINIENTES

Adherencia terapéutica

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Hipertensión Arterial

Definición Conceptual: Es la elevación de la presión arterial por arriba de las cifras consideradas como normales. ⁽¹⁴⁾

Definición Operacional: Determinación de TA, tomada con un esfigmomanómetro de mercurio por arriba de 140 mmHg como sistólica y 90 mmHg de Diastólica.

Escala de medición: dicotómica

Categorías: Controlado; Descontrolado.

Disfunción familiar

Definición Conceptual: Es aquella familia que se ve imposibilitada para realizar de un modo adecuado sus funciones familiares, afectando áreas primordiales como la educación y el desarrollo afectivo. ⁽¹²⁾

Definición Operacional: De acuerdo al resultado de la aplicación del APGAR familiar.

Escala de medición: Ordinal.

Categorías: 7-10 Funcional, 4-6 disfuncional moderado y 0-3 disfuncional severo.

Edad.

Definición Conceptual: Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento.

Definición Operacional: Edad en años cumplidos al momento de la encuesta

Escala de medición: Numérica o escalar

Categorías: Años cumplidos.

Tipo de Familia

Definición Conceptual: Es la forma y estructura de una familia

Definición Operacional: Se clasificará de acuerdo a su conformación

Escala de medición: Nominal

Categorías: Nuclear, seminuclear, extensa, compuesta, múltiple, extensa modificada.

Adherencia Terapéutica

Definición Conceptual: Es la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones médicas. ⁽¹⁵⁾

Definición Operacional: Se clasificará por puntuación según el Test de Morinsky-Green. ⁽¹⁶⁾

Escala de medición: Nominal- Dicotómica

Categorías: Cumplidor-Incumplidor.

PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO

Variables cuantitativas: medias de frecuencia y de tendencia central.

Se efectuará la captura en una base de datos de Microsoft office Windows 2003® y el Statical Pockage for Social Science (SPSS) versión para Windows 2003 14®

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

La ficha de identificación y el APGAR familiar fueron aplicados al término de la consulta médica correspondiente a su control.

El APGAR familiar es un instrumento con validez internacional y nacional, descrito en numerosos artículos y utilizado en los mismos con el fin de establecer el grado de funcionalidad familiar.

PROCEDIMIENTOS

Una vez autorizado el protocolo se procedió a la recolección de las encuestas a los pacientes seleccionados de las U.M.F's que cumplieron con los criterios de selección. Las encuestas se realizaran a partir del 01 de agosto del 2007 hasta completar la "n" establecida en el protocolo.

Las encuestas fueron aplicadas por el tesista y médicos de las unidades participantes en horario laboral, a los cuales se les capacitó acerca de este protocolo para homologar criterios para la toma de la tensión arterial y el

llenado de encuestas; Todas la encuestas tuvieron un numero de folio, mismo que sirvió como control al momento de entregarlas a las diferentes unidades medicas para su llenado, se solicitó a los médicos que recibieron las encuestas firmaran un documento de recepción de éstas, donde se verificó los números de folio de las mismas y que fueron entregadas en ese momento.

La toma de la Tensión .Arterial se estandarizó con los médicos participantes de las otras unidades médicas en el protocolo, lo cual se realizó de la siguiente manera:

La medición se efectuó tal como lo describe la norma oficial mexicana NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. La cual menciona en su apéndice normativo "B" lo siguiente:

La detección de la T.A. será realizada después de por lo menos, cinco minutos en reposo. El paciente se abstendrá de fumar, tomar café, productos cafeinados y refrescos de cola, por lo menos 30 minutos antes de la medición.

No deberá tener necesidad de orinar o defecar.

Estará tranquilo y en un ambiente apropiado.

Posición del paciente:

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

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

Equipo y características:

Se utilizó el esfigmomanómetro mercurial, o en caso contrario un esfigmomanómetro aneroide recientemente calibrado.

El ancho del brazalete deberá cubrir alrededor del 40% de la longitud del brazo y la cámara de aire del interior del brazalete deberá tener una longitud que permita abarcar por lo menos 80% de la circunferencia del mismo.

Para la mayor parte de los adultos el ancho del brazalete será entre 13 y 15 cm y, el largo, se desinflará nuevamente el manguito y se colocará la cápsula del estetoscopio sobre la arteria humeral.

Se inflará rápidamente el manguito hasta 30 o 40 mm de Hg por arriba del nivel paliatorio de la presión sistólica y se desinflará a una velocidad de aproximadamente 2 mm de Hg/seg. La aparición del primer ruido de Korotkoff marca el nivel de la presión sistólica y, el quinto, la presión diastólica. Los valores se expresarán en números pares.

Si las dos lecturas difieren por más de cinco mm de Hg, se realizarán otras dos mediciones y se obtendrá su promedio.

Posición para la toma de la presión arterial

El paciente debe estar relajado con el brazo apoyado y descubierto

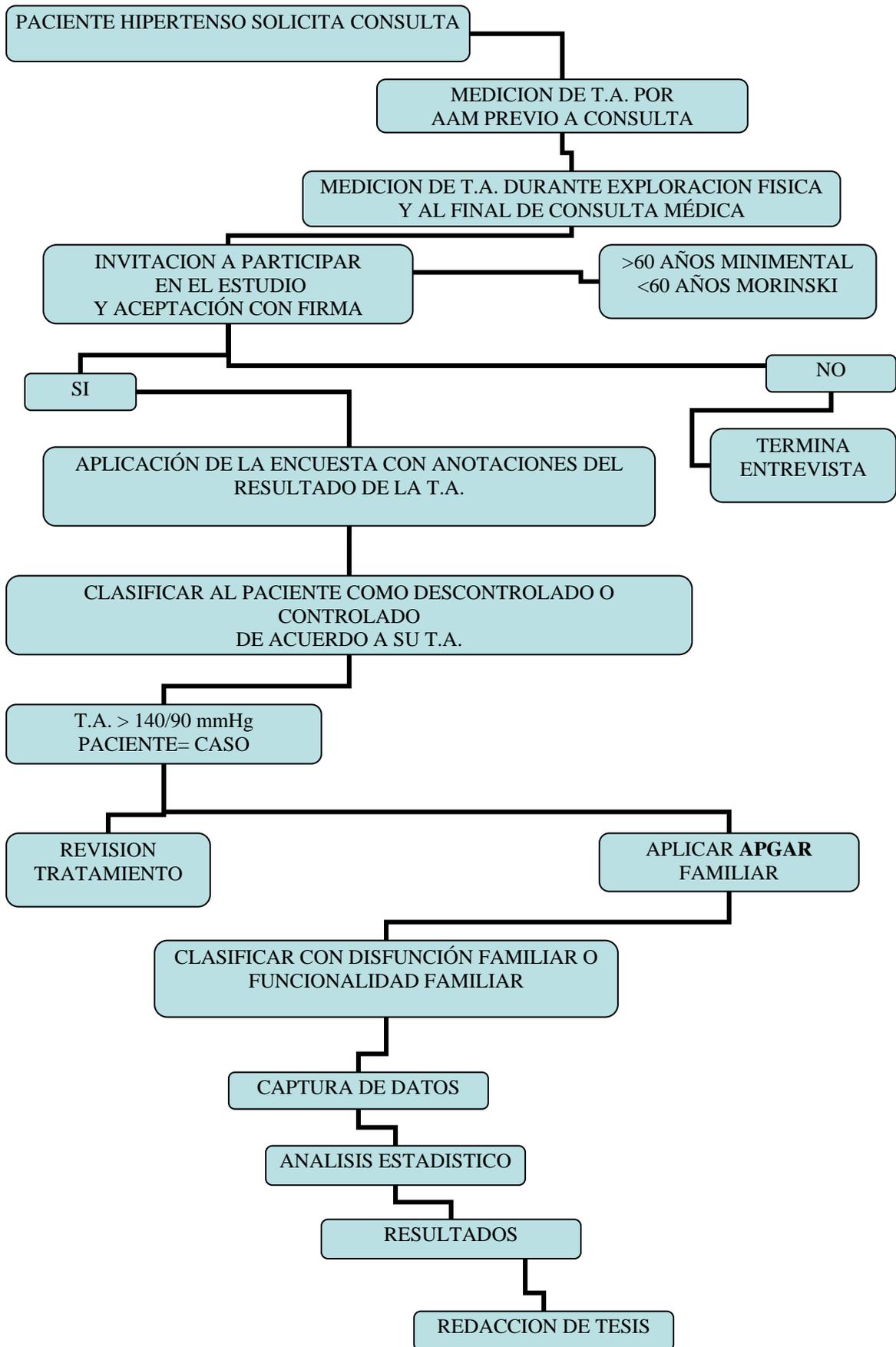
Posteriormente se les entregarán las encuestas para su realización.

Se Iniciara con la autorización y firma del consentimiento informado del paciente. Se clasificara la encuesta según resultados del APGAR familiar y la T.A. para su análisis posterior.

A partir del 01 de septiembre del 2007 se inició con el análisis de resultados.

La difusión de resultados se realizó en sesión general del Hospital general de zona No 1 de Zacatecas, zac. En Foro delegacional, Foro regional, Foro nacional, redacción de tesis y articulo.

FLUJOGRAMA



ASPECTOS ETICOS

El presente protocolo se ajustará a los lineamientos de la Declaración de Helsinki así como con su última modificación de Edimburgo del 2000 y Tokio 2004 y el código de Reglamentos Federales (Regla Común) en cuanto que será revisado para aprobación por el comité de ética, consentimiento informado, reclutamiento y revisión continua de la investigación. No contraviene con las regulaciones internacionales de las Buenas Prácticas de Investigación Clínica. Se apega a las regulaciones sanitarias y a la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud, título primero, disposiciones generales, capítulo único, Artículo 3^o, incisos II y III en lo referente al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad y a la prevención y control de problemas de salud establecidas en México. Se someterá al Comité Local de Investigación y Ética del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1, IMSS, Zacatecas. 3301.

Aquellos pacientes a los que se les detecte en el momento de la consulta cifras tensionales altas se procederá a modificar la dosis de su medicamento o cambiar el tratamiento. Los pacientes a los que se detecte con disfunción familiar serán canalizados al servicio de psicología del Hospital Rural IMSS 54 de Tlaltenango, Zac.

El presente estudio se registro en el comité local de investigación y ética del Hospital general de zona No 1 del IMSS Zacatecas con folio F-2008-3301-2.

RESULTADOS

Posterior al levantamiento de encuestas que se realizaron en las tres unidades de medicina familiar en la subzona tlaltenango, se realizó el análisis de las mismas; obteniendo un total de 100 encuestas tal como se refiere en el tamaño de muestra. Encontramos que el 33% pertenece al sexo masculino y el 67% restante al femenino (Figura 1); con un rango de edad que va desde los 29 años como edad mínima encontrada y 88 años como máxima, con una mediana de 64 años y una moda de 61 años (figura 2).

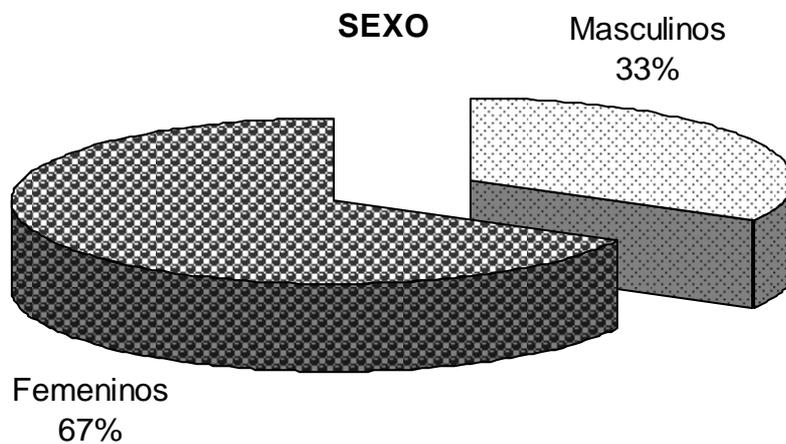


Figura 1. Distribución por sexo de los participantes en el estudio.

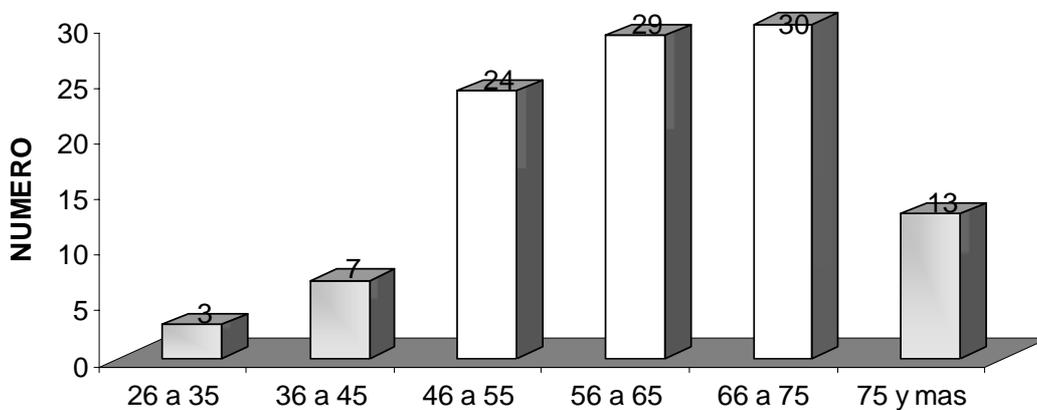


Figura 2. Distribución por edades de los participantes en el estudio.

Como se muestra en la figura 3, dentro del estado civil, predominó con un 71% los casados, siguiéndole con un 21% el grupo de viudos, siendo solteros solo el 7% de los participantes (cuadro 1).

		ESTADO CIVIL			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje validado	Porcentaje acumulado
Valid	Soltero	7	7	7	7
	Casado	71	71	71	78
	Viudo	21	21	21	99
	Divorciado	1	1	1	100
	Total	100	100	100	

Cuadro1. Fuente: encuestas.

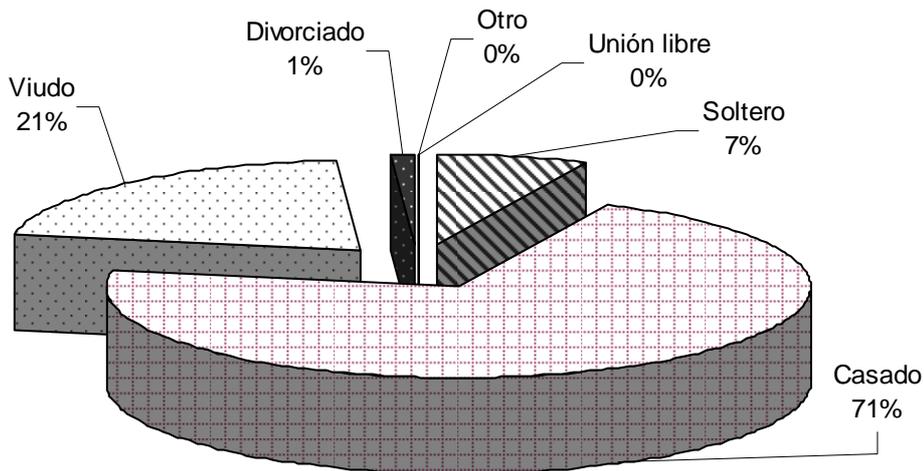


Figura 3. Estado civil por porcentajes de los pacientes encuestados.

Se analizó el tiempo de evolución con hipertensión arterial de los pacientes donde encontramos que la mayoría de los pacientes tienen un periodo de evolución entre los 6 y los 10 años, siendo un total de 36% (figura 4). Se investigó la tipología familiar de cada uno de los pacientes, donde predominó con un 68% las familias de tipo nuclear, seguidas por las seminuclear con un 16% (figura 5) (cuadro 2).

		TIPOLOGIA FAMILIAR			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Validado	Porcentaje Acumulado
Valid	Nuclear	68	68	68	68
	Seminuc.	16	16	16	84
	Compuesta	10	10	10	94
	Extensa	6	6	6	100
	Total	100	100	100	

Cuadro 2. Fuente: encuestas

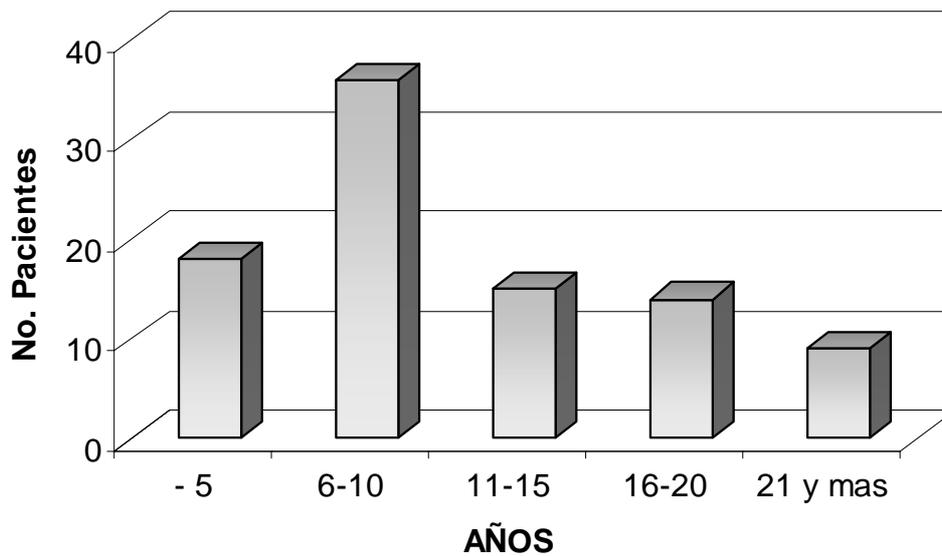


Figura 4. Tiempo de evolución con hipertensión arterial de los pacientes estudiados.

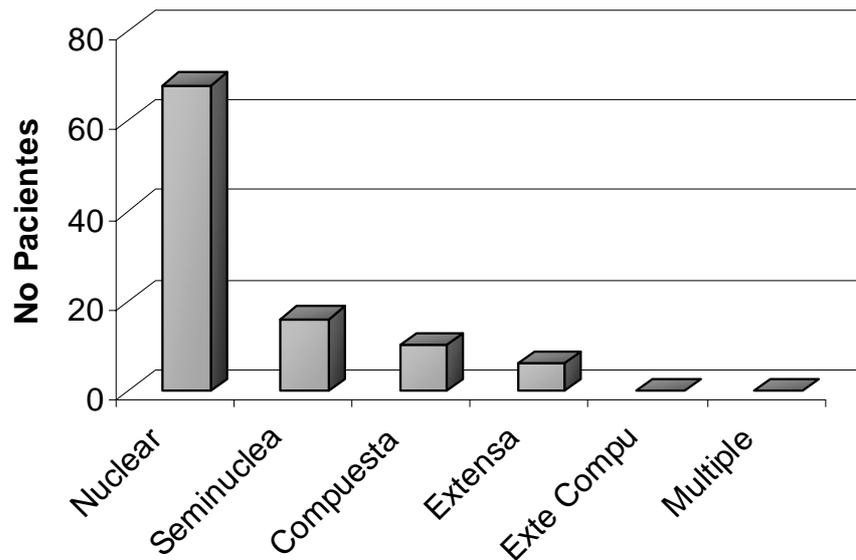


Figura 5. Tipología familiar encontrada en los pacientes entrevistados.

Las edades que mayor presencia tuvieron comprenden un rango entre los 46 a los 75 años, siendo el de mayor presencia el grupo de 66 a 75 años. Se evaluó la funcionalidad familiar a través del test APGAR, donde encontramos que el 57% de los encuestados refieren una adecuada funcionalidad, mientras el 31% refiere disfunción familiar moderada y el 12% grave. (Figura 6).

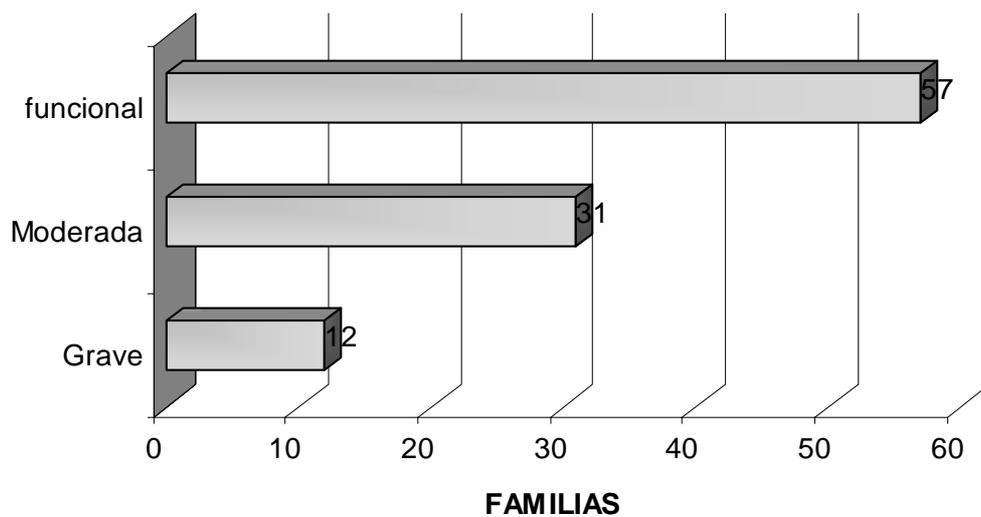


Figura 6. funcionalidad familiar encontrada a través del Apgar familiar en los pacientes encuestados.

		Frecuencia	Porcentaje	porcentaje validado	Porcentaje Acumulado
Valid	Disfunción Grave	12	12	12	12
	Disfunción Moderada	31	31	31	43
	Disfunción Grave	57	57	57	100
	Total	100	100	100	

Cuadro 3. Fuente: encuestas.

Al obtener los resultados de la adherencia al tratamiento encontramos que solo un 31% de los encuestados toma su medicamento como le es indicado y el 69% no lo hace; sin embargo mantiene cifras de presión arterial controlada el 58% de los pacientes, mientras el 42% restante se encuentra descontrolado (figura 7 y 8) (cuadro 4).

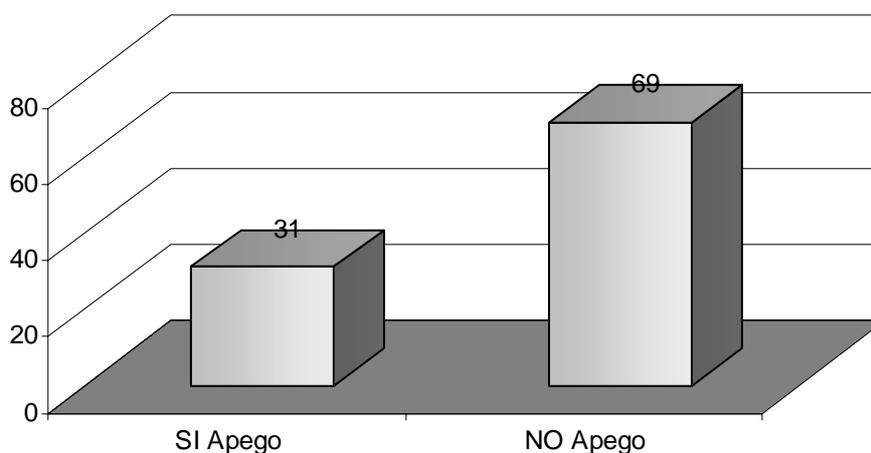


Figura 7. Adherencia al tratamiento en pacientes en control hipertensivo.

		APEGO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Validado	Porecentaje Acumulado
Valid	Con apego	31	31	31	31
	Sin apego	69	69	69	100
	Total	100	100	100	

Cuadro 4. Fuente: encuestas

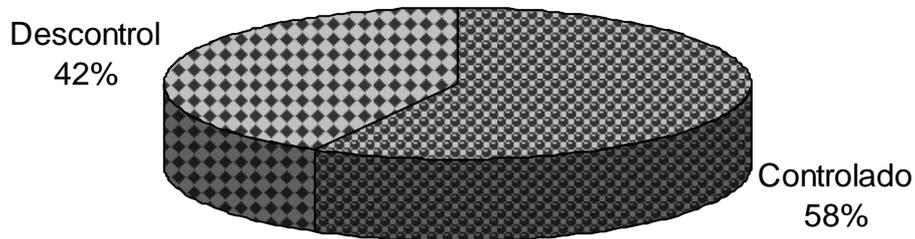


Figura 8. Estado encontrado en los pacientes en su control hipertensivo al momento de la encuesta.

Al realizar el análisis del control de los hipertensos por edades encontramos que éste se lleva mejor en el grupo de los pacientes entre los 56 a 65 años de edad, siendo los que presentan menor control los grupos en edades extremas de este estudio (figura 9).

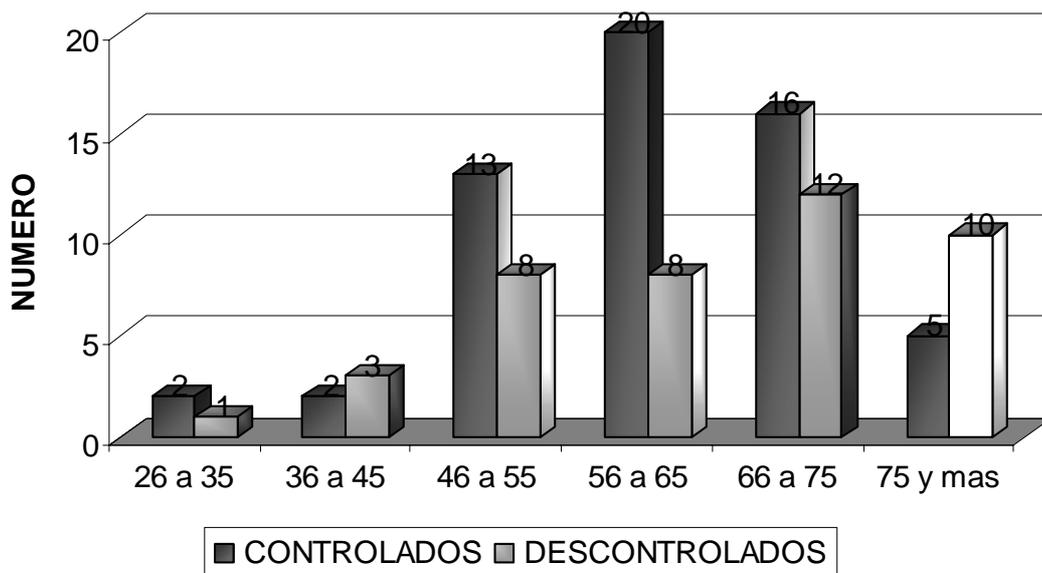


Figura 9. Relación entre control de hipertensión y edad del paciente.

Al relacionar la funcionalidad funcional con el control de hipertensión encontramos que los pacientes con una buena funcionalidad familiar resultaron ser 57, de los cuales 44 (77.19%) tienen un adecuado control hipertensivo y solo 13 (22.81%) de estos, son pacientes descontrolados. Mientras en la disfunción moderada aparecen 31 pacientes, de los cuales controlados son 11 (35.48%) y descontrolados 20 (64.52%). Al analizar los pacientes con disfunción grave encontramos un total de 12 pacientes, controlados 3 (25%) y descontrolados 9 (75%) (Figura 10).

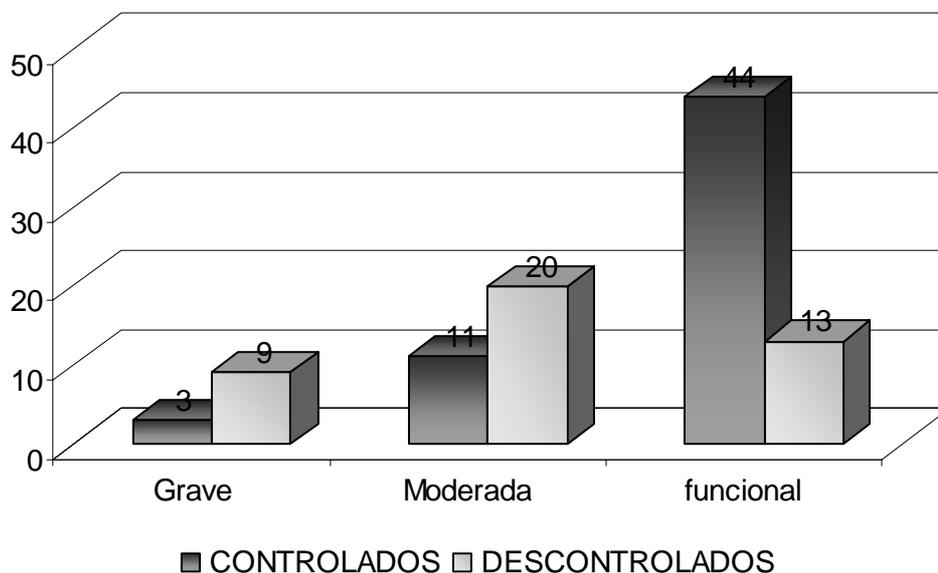


Figura 10. Relación entre hipertensión arterial y funcionalidad familiar.

En cuanto a la tipología familiar y su relación con el control de la hipertensión arterial encontramos que los pacientes con familia nuclear que son 68, presentaron descontrol 27 (39.71%) y un adecuado control 41 (60.29%). En familias seminucleares el número total son 16 de las cuales 9 (56.25%) tuvieron un adecuado control y 7 (43.75%) no llevaron su control de la forma óptima. En familias compuestas se presentaron 10 casos 6 (60%) descontrolados y 4 (40%) con buen control. Y en familias extensas el número total son de 6 con adecuado control solo 2 (33.33%) y 4 (66.66%) descontrolados. (Figura 11).

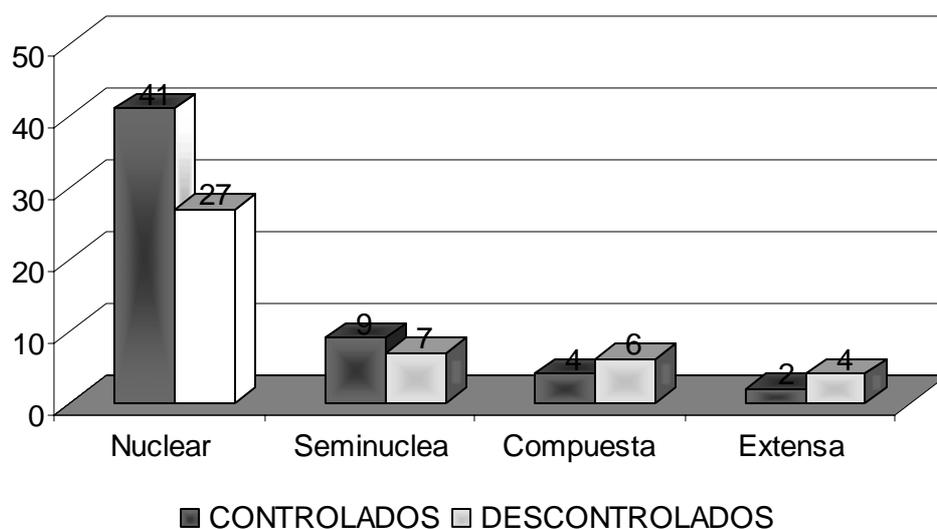


Figura 11. Tipología familiar y su relación con el estado hipertensivo de los pacientes encuestados.

Al confrontar la funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento encontramos que en las familias funcionales presentan apego a su tratamiento el 35.08% y sin apego el 64.91%. En la disfunción moderada el 22.58% tienen adherencia a su tratamiento y el 77.41% no lo tiene, mientras en la disfunción familiar grave el 33.33% tiene apego a su tratamiento y el 66.66% no lo tiene (Figura 12).

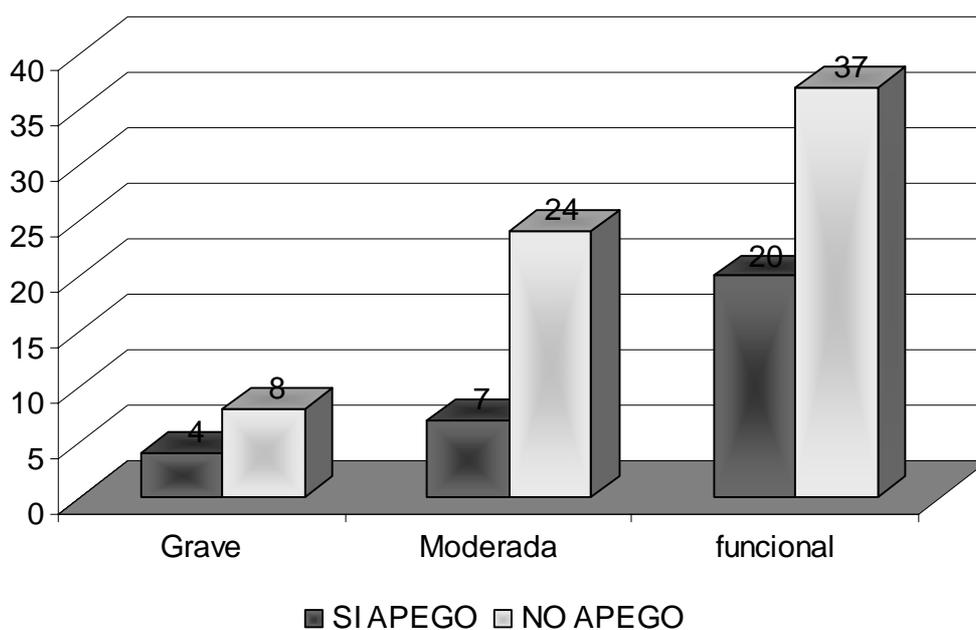


Figura 12. Adherencia al tratamiento dependiendo de su funcionalidad familiar en los pacientes entrevistados.

En cuanto a la adherencia al tratamiento en los pacientes encuestados en relación con su control hipertensivo encontramos que con apego al tratamiento son 31 pacientes, de los cuales 25 tienen un adecuado control hipertensivo que corresponden al (80.64%) y con mal control 6 pacientes (19.35%); mientras en los pacientes que no tienen adherencia al tratamiento son un total de 69 pacientes, de los cuales tienen un adecuado control 33 (47.82%) y descontrolados 36 (52.17%) (Figura 13).

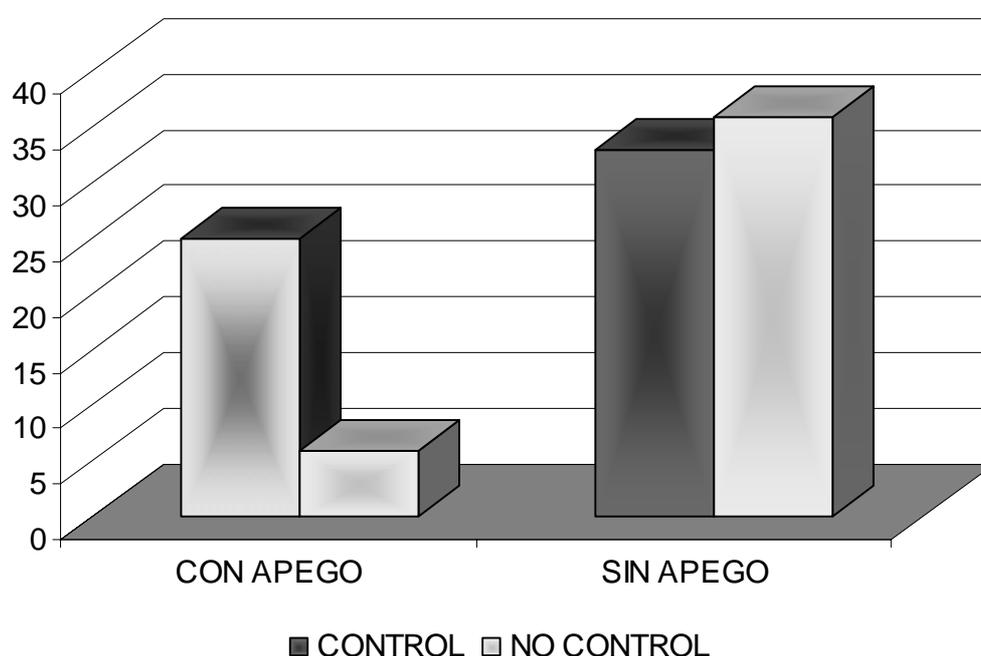


Figura 13. Adherencia al tratamiento y su relación con el control de la hipertensión arterial.

DISCUSIÓN

El presente estudio nos permite describir factores vinculados a la funcionalidad familiar y su relación con el descontrol del paciente hipertenso, más sabemos que en el control o descontrol de la enfermedad intervienen varios factores tanto orgánicos como externos que no son contemplados en el presente trabajo. Con este estudio se presenta un panorama general del paciente hipertenso y su funcionalidad familiar en la región de la subzona de tlaltenango en el estado de Zacatecas; encontramos que como en el estudio de Méndez López predomina el sexo femenino, mismo que se preocupa más por su salud que el masculino; igualmente vemos un predominio de edad de los pacientes que acuden a su control en las diferentes unidades medicas, en la que ubicamos a los pacientes de la quinta y sexta década de vida, sin embargo los extremos de los casos estudiados son lo que menos asisten y los más descontrolados, esto debe ser motivo de preocupación ya que estamos hablando de población económicamente activa (en el caso de los menores de 50), que de no poner atención sufrirán de los daños a órgano blanco, producidos por la hipertensión con las subsecuentes consecuencias en todos los niveles: social, económico, familiar etc.

Al evaluar el estado civil de los participantes la gran mayoría se encuentra casado, factor que debería proporcionar un factor protector ante la hipertensión ya que se encontraría un apoyo familiar para obtener un adecuado control de la hipertensión arterial.

Al analizar la adherencia a tratamiento encontramos que la gran mayoría de los pacientes encuestados no sigue las indicaciones médicas como se les indica, produciéndonos un alto índice de pacientes descontrolados, es importante señalar que aun sin adecuado apego a tratamiento algunos pacientes se mantienen controlados suponemos que esto va en relación a un adecuado seguimiento de las medidas higiénico-dietéticas.

La funcionalidad familiar encontrada y su relación con el paciente hipertenso nos hace pensar que efectivamente a mayor disfunción mayor descontrol en el paciente hipertenso, ya que al análisis de los datos encontramos que en las familias funcionales el grado de descontrol hipertensivo es menor, y va en aumento en el caso de familias con disfunción moderada y grave. Aunque son pocas las familias con este estado de funcionalidad familiar.

En cuanto a la relación de la tipología familiar y el control del paciente hipertenso encontramos similitud con el apgar ya que los pacientes con familia nuclear se encuentran mejor controlados que pacientes que no tienen este grupo familiar a mayor amplitud en la familia menor grado de control hipertensivo en el paciente.

Al analizar el grado de adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar encontramos datos opuestos a lo que se supondría con los datos encontrados anteriormente, ya que aquí se observa que el paciente con familia funcional no sigue las indicaciones médicas de la dosificación de sus medicamentos, y al evaluar las familias con disfunción moderada y grave la problemática va en aumento, lo que nos hace pensar que la falta de apoyo y conocimiento de la enfermedad por parte de la familia así como falta de interés en su familiar, agrava la condición de descontrol en el paciente hipertenso.

Analizando la relación de la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial de los pacientes, observamos que el paciente con adherencia adecuada a su tratamiento tiene un mejor control de su tensión arterial, por el contrario de los pacientes con No apego a su tratamiento donde es menor el grado de control hipertensivo.

CONCLUSIONES

El análisis general de éste estudio, nos hace reflexionar sobre la importancia de la funcionalidad familiar en el grado de control del paciente hipertenso, ya que como observamos en los resultados, la familia nuclear y con adecuada funcionalidad familiar le brinda un factor importante de ayuda al paciente con su enfermedad crónicodegenerativa, y se logra el objetivo de demostrar que la disfunción familiar interviene en el descontrol del paciente hipertenso, aclaramos que no como factor único si no añadido a otros como lo son la falta de adherencia al tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Fisher Naomi D.L., Williams Gordon H. Vasculopatía Hipertensiva. En: **Harrison Principios de Medicina Interna**. Vol II. Kasper Dennis L., Fauci Anthony S., Longo Dan L., Braunwald Eugene., Hauser Stephen L., Jameson J. Larry. 16ª ed. México. Editorial Mc Graw Hill. 2005 Pag. 1617-1637.
- 2.- Rubio Guerra Alberto Francisco. Definición, concepto y clasificación de la hipertensión arterial. En: **Hipertensión arterial**. Vol II. 1ª Ed. México Editorial Manual Moderno; 2005 Pag. 7-12.
- 3.-Kearney PM, Whelton M, Reynolds K. **Global burden of hypertension: Analysis of worldwide data**. Lancet. 2005; 365:217-23.
- 4.- Huerta-Vargas D, Bautista-Samperio L, Irigoyen-Coria A, Arrieta-Pérez R. **Estructura familiar y factores de riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial**. Arch Med Fam 2005; 7 (3):87-92
- 5.- Rosas Peralta M. Velásquez-Monroy O. Pastelón Hernández G. Lara Esqueda A. Tapia Conyer R. Fause Attie. **Nueva visión de los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en México (análisis por consolidación conjuntiva)**. 2004; 74(2): 164-178.
- 6.- González Alfonso A, González Alfonso N, Vázquez González Y, González Alfonso L, Gómez Pacheco R. **Importancia de la participación familiar en el control de la Hipertensión Arterial**. Medicentro. 2004; 8 (2)
- 7.- Medalie J, Cole-Kelly K. **The Clinical Importance of Defining Family**. Am Fam Phys 2002; 65(7):1277-1279.
- 8.- Méndez-López DM, Gómez-López VM, García-Ruiz ME, Pérez-López JH, Navarrete-Escobar A. **Disfunción familiar en el paciente diabetico tipo 2**. Rev Med IMSS 2004; 42: 281-284.
- 9.-Rodríguez-Abrego G, Rodríguez-Abrego I. **Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica**. Rev Med IMSS 2004; 42 (2): 97-102
- 10.-Huerta-González José Luís . Estudio de salud familiar. En: PAC Medicina Familiar-1. 1ª edición. México. Editorial Intersistemas S.A. de C.V. 1999. Pag 56-58.
- 11.- Bellón-Saameño JA, Delgado-Sánchez A, Luna-del Castillo J de D, P Lardelli Claret. **Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar familiar**. Atención primaria. 1996;18 (6): 289-296.
- 12.-Tovar-Granada C, Sánchez-Escobar L, Ponce-Rosas R, Irigoyen-Coria A, Morales-López H. **Autopercepción de disfunción familiar en un grupo de familias de la ciudad de México**. Arch Med Fam 2003; 5(3): 92-95.
- 13.- Atienza Martin F. J. **Diagnóstico etiológico del incumplimiento terapéutico. Una difícil tarea a desarrollar en la sanidad**. Cumplimiento terapeutico en la HTA. Actualizaciones. 2005; 2(3): 34-36.
- 14.- Guadalajara Boo José Fernando. 1996. Cardiología. 4ª ed. México; Méndez Editores, Capitulo 20 Hipertensión arterial. pag. 729-769.

15.- Orueta Sánchez R. **Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas.** Información terapéutica del sistema nacional de salud.2005; 29 (2): 40-48.

16.- García Pérez AM, Leiva Fernández F, Martos Crespo F, García Ruiz AJ, Prados Torres D, Sánchez De La Cuesta y Alarcón F. **¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria?** Medicina de familia (And) 2000; 1(1):13-19

ANEXOS

ANEXO 1

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO FACULTAD DE MEDICINA</p> <p>DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR</p>	
	<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>	<p>FOLIO</p>
<p>Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado "DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO CAUSA DE DESCONTROL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL", registrado ante el Comité Local de Investigación en salud, del Hospital General de Zona No 1 del IMSS de Zacatecas, Zac..</p> <p>El objetivo de este estudio es encontrar la relación entre la disfunción familiar y el descontrol en los pacientes hipertensos.</p> <p>Se me ha explicado que mi participación consistirá en dar respuesta a la cedula de recolección de datos, que incluyen una ficha de identificación y un test para diagnosticar disfunción familiar, y aceptar entrar al estudio comprometiéndome a responder en forma verídica a las preguntas que se me realicen</p> <p>Declaro que se me ha informado que no existen riesgos derivados de mi participación en el estudio y con el beneficio de brindar un mejor servicio en salud.</p> <p>Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.</p> <p>El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones y publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.</p>		
<p>Para dudas comunicarse con el autor del proyecto: Dr. Ricardo de Jesús Martínez Gamboa. En la UMF 40 del IMSS en Tepechitlan, zac. O al teléfono 01 437 96 104 25. De martes a viernes de 8:00 a 16:00 hrs</p>		
<p>Nombre y firma del paciente</p>	<p>Nombre y firma del aplicador</p>	
<p>Testigo</p>	<p>Testigo</p>	

ANEXO 2

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE MEDICINA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR		
PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR		FOLIO: _____	
DELEGACION: ZAC. _____	U.M.F. No. [] _____	LOCALIDAD: [] _____	
		FECHA: [] [] []	
<p><i>El IMSS está realizando un estudio en pacientes portadores de hipertensión arterial por medio de la aplicación de esta encuesta, para valorar la relación entre la funcionalidad familiar y la tensión arterial. Para tal motivo solicitamos su cooperación contestando de la forma más honesta posible. Los datos que nos proporcionen serán confidenciales y se utilizarán solamente para análisis estadístico. GRACIAS.</i></p>			
<p>Instrucciones: Para la ficha de identificación favor de anotar la información en los espacios o rellenar los cuadros con la información otorgada por el paciente. Para el APGAR familiar, favor de anotar en cada pregunta el número de puntos (2 para casi siempre, 1 para algunas veces y 0 para casi nunca) según la respuesta otorgada. LAS ZONAS SOMBRADAS SERÁN LLENADAS EXCLUSIVAMENTE POR EL TESISISTA.</p>			
I.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN			
NOMBRE: [_____]			
1) EDAD: []	2) SEXO: FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/>		
3) ESTADO CIVIL:	SOLTERO(A) <input type="checkbox"/>	VIUDO(A) <input type="checkbox"/>	
	CASADO(A) <input type="checkbox"/>	DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/>	
		UNION LIBRE <input type="checkbox"/> OTRO: _____	
4) ¿Hace cuanto tiempo le diagnosticaron hipertensión? [] (años)			
5) TIPO DE FAMILIA:	NUCLEAR <input type="checkbox"/>	COMPUESTA <input type="checkbox"/>	
	SEMINUCLEAR <input type="checkbox"/>	EXTENSA <input type="checkbox"/>	
		EXTENSA COMPUESTA <input type="checkbox"/> MÚLTIPLE <input type="checkbox"/>	
6) RESULTADO DE T. A.	[] / [] mmHg	CONTROLADO <input type="checkbox"/> DESCONTROLADO <input type="checkbox"/>	
II.- APGAR FAMILIAR (TEST)			
	Casi Siempre (2 puntos)	Algunas veces (1 punto)	Casi nunca (0 puntos)
1) ¿Esta satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?			
2) ¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos?			
3) ¿Encuentra que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?			
4) ¿Esta satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?			
5) ¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			
6) TOTAL DE PUNTOS:	[]		
7) DIAGNÓSTICO:	Disfunción grave <input type="checkbox"/>	Disfunción moderada <input type="checkbox"/>	Familia funcional <input type="checkbox"/>
NOMBRE DEL ENCUESTADOR: _____			

ANEXO 3

"MINIEXAMEN COGNITIVO (MINIMENTAL TEST)* MMSE"

No.	Área	PREGUNTA	Puntaje ideal	Puntaje obtenido
1	Orientación	Decir día, fecha, mes, estación, año	5	
2		Decir el hospital (lugar), planta, ciudad, provincia, nación	5	
3	Fijación	Repita estas tres palabras: peseta-caballo-manzana	3	
4	Concentración y cálculo	Si tiene 30 pesos y me va dando de 3 en 3, cuantas van quedando	5	
5		Repita estos números 5-9-2 y ahora hacia atrás	3	
6	Memoria	Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes	3	
7		Mostrar un bolígrafo, qué es esto) repetirlo con el reloj	2	
8	Lenguaje y Construcción	Repita una frase: en un trigal había 5 perros	1	
9		Una manzana y una pera son frutas, qué son el rojo y el verde	1	
10		Qué son un perro y el gato	1	
11		Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa	3	
12	Construcción	Lea esto y haga lo que dice: "cierre los ojos"	1	
13		Escriba una frase	1	
14		Cople este dibujo	1	
Total			35	

Valores: Normales 30-35 puntos. En mayor de 65 años menos de 30 puntos sugiere deterioro cognitivo.

"TEST MORINSKY-GREEN"

PREGUNTA	SI	NO
¿SE OLVIDA DE TOMAR ALGUNA VEZ LOS MEDICAMENTOS PARA LA HIPERTENSION?		
¿LOS TOMA A LA HORA INDICADA?		
CUANDO SE ENCUENTRA BIEN ¿DEJA DE TOMAR SU MEDICAMENTO?		
SI ALGUNA VEZ LOS MEDICAMENTOS LE SIENTAN MAL ¿DEJA USTED DE TOMARLOS?		
CUMPLIDOR		

Cumplidor= aquel paciente que conteste "No" a las preguntas 1,3 y 4.Y "Si" a la pregunta 2. de lo contrario será clasificado como incumplidor.