



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.20**

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN
PACIENTES HIPERTENSOS DE LA UMF 20”.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. MICAELA SANTIAGO DE LA CRUZ

TUTOR:

DRA. SANTA VEGA MENDOZA

ASESOR METODOLOGIA

DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA

Generación 2008 – 2011



MÉXICO D.F.

2011



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.

TUTORA

DRA. SANTA VEGA MENDOZA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO EN ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR EN LA U.M.F No 20

ASESOR METODOLÓGICO

DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO EN ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR EN LA U.M.F No 20

Vo. Bo.

DRA. VICTORIA PINEDA AQUINO
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS
COORDINADORA CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD EN
LA U.M.F No 20

DEDICATORIAS

A DIOS

Por guiarme y hacerse presente en toda mi vida, por darme la oportunidad de adquirir nuevos conocimientos y experiencias a lo largo de estos 3 años de formación, se que continuarás siendo quien este a mi lado en cada minuto de mí ejercicio médico. Mil gracias.

A MI HIJO

JOSE ANTONIO, por ser el motor de mi existencia y el amor más puro en este mundo. Te amo mi cielo precioso.

A MIS PADRES

PEDRO Y GENOVEVA, con toda mi admiración y respeto, por su apoyo incondicional en toda mi formación, tanto profesional como personal, un abrazo muy fuerte y besos gracias. Mami eres toda una mujer emprendedora, papa, gracias por todo tu apoyo.

A MIS HERMANOS

MARTHA, por estar a mi lado brindándome todo tu apoyo y animo, con esa fortaleza que te caracteriza, y que me ha ayudado a no rendirme. Gracias corazón.

TERESA, por tus oraciones, sonrisas, buen ánimo y fe en mí. Mil gracias. Que Dios las bendiga y que me permita siempre contar con su apoyo y amor incondicional.

PEDRO Y LETY, muchas gracias, porque atreves de ustedes he aprendido mucho de la vida.

Que Dios los bendiga y me les conserve con salud y dicha. MUCHAS GRACIAS HERMANOS.

A MI ABUELITA

MICA, que Dios te bendiga, y muchas gracias por todo el amor tan cálido, que siempre me has dado, con ese sentimiento de apoyo y preocupación, por mi y mí familia. TQM. Eres una mujer muy valiente.

AGRADECIMIENTOS

A MI ASESORA

DRA. SANTA VEGA MENDOZA. Por su interés, enseñanzas, paciencia y tiempo brindado para la realización en esta tesis, por ser un gran ser humano, que me han hecho reflexionar sobre mí actuar médico. Gracias que Dios la bendiga.

A MIS AMIGAS RESIDENTES

VERONICA, SELENE, gracias por su apoyo incondicional, por su confianza y palabras de aliento en momentos difíciles y alegrías compartidas. Que Dios las bendiga. Les quiere Miky.

AL I.M.S.S.

Y todos los que forman parte de esta Bella y Honrosa Institución número uno en Latinoamérica, gracias por ser mi institución Máster, en la cuál me formado como profesional y ser humano.

A MIS PROFESORES

Por transmitirme sus conocimientos durante estos tres años, con mi admiración y Respeto muchas gracias.

A MIS AMIGOS DE TODA LA VIDA.

VERO, LAURIS, YARI, DEYIS, POLO, Y MARQUITOS; Muchas gracias por escucharme, estar siempre a mi lado con su ánimo, confianza y sobre todo su amistad de tantos años.

A MIS PACIENTES.

Por su colaboración en la realización de esta tesis, y toda mi formación, por su confianza brindada y el animo que siempre me dieron, Muchas gracias.

ÍNDICE

Contenido	Página
Titulo	
Resumen	
I. ANTECEDENTES	1
II. JUSTIFICACION	10
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
IV. OBJETIVOS	13
V. HIPÓTESIS DE TRABAJO	14
VI METODOLOGIA	15
VII RESULTADOS	21
VIII DISCUSION	33
IX CONCLUSIONES	36
X. COMENTARIOS Y SUGERENCIAS	37
XI REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	38
ANEXOS	40

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES
HIPERTENSOS DE LA U.M.F No. 20 DEL I.M.S.S.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA U.M.F. No. 20 DEL I.M.S.S.

Santiago-Cruz M¹, Vega-Mendoza S², Aguirre-García M.³

RESUMEN:

Introducción: La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), constituye una epidemia mundial ya que la padecen adultos de 30 y 50 años en una relación 3:1, llevándonos a la búsqueda de métodos que contribuyan a su disminución, y control de los factores que inciden en su desarrollo, cobrando vital importancia la funcionalidad familiar en la adherencia terapéutica. **Objetivo:** Identificar la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en el paciente Hipertenso de la U.M.F. No. 20, del I.M.S.S. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio, transversal analítico a 338 pacientes Hipertensos mayores de 25 años de edad de U.M.F. No. 20, con 6 meses como mínimo de tratamiento médico; se aplicó el cuestionario EFF para evaluar el funcionamiento familiar y el cuestionario Morisky Green para valorar la adherencia terapéutica, además de identificar variables sociodemográficas. **Análisis** A través de estadística descriptiva y χ^2 **Resultados.** 63.3 % (N=214) mantuvo HAS en control; 18.6 % tiene adherencia farmacológica, 42%(N=142) con más de 10 años de evolución, 239 (70.7%) mostrarán una comorbilidad como la DM2 29.3%, seguida de obesidad y dislipidemias (7.1%), respectivamente; una tercera parte cuenta con cuidador primario. La relación entre adherencia terapéutica y buen funcionamiento afectivo funcional 100% (P=0.004), comunicación funcional 96.8%(p=0.012), resolución de problemas 96.8%(p=0.001) y patrones de conducta 76.2% (p=0.053) **Conclusiones.** Definitivamente una buena función familiar en comunicación, afectividad y resolución de problemas de los integrantes ante la enfermedad contribuye al control adecuado del paciente con hipertensión.

Palabras clave: Hipertensión arterial, funcionalidad familiar, adherencia terapéutica.

1. Médico Residente del tercer año del curso de especialización de Medicina Familiar.
2. Especialista en Medicina Familiar. Profesora adjunta del curso de especialización en medicina familiar en la U.M.F. No. 20.
3. Médico especialista en medicina familiar. Profesora titular del curso en especialización en medicina familiar en la U.M.F No 20.

FUNCTIONAL FAMILY THERAPY ADHERENCE IN PATIENTS WITH HYPERTENSION OF THE UMF No. 20 IMSS Santiago-Cruz M¹, Vega-Mendoza S², Aguirre-Garcia M³.

Resident third year of the Family Medicine specialty¹. Family Medicine Specialist Assistant Professor in the course of specialization en family medicine UMF No. 20.² Family Medicine Specialist Lecturer in the specialization course in family medicine UMF No. 20³

INTRODUCTION: Hypertension (HAS) is a global epidemic and the suffering adults 30 to 50 years in a 3:1 ratio, leading us to search for ways to contribute to its reduction and control of the factors affecting in its development, gaining vital family functioning on adherence. **OBJETIVE.** identify the relationship between family functioning and adherence in hypertensive patients of the FMU No. 20, the I.M.S.S. **Material and Methods:** We conducted a study, a transversal to 338 hypertensive patients over 25 years of age UMF No. 20, with at least 6 months of medical treatment, was applied to the EFF questionnaire for assessing family functioning and the Green Morisky questionnaire to assess adherence, and identify sociodemographic variables. **Analysis.** Through statistical analysis and X2 descriptive **Results.** 63.3% (N = 214) maintained hypertension in control, 18.6% is medication adherence, 42% (N = 142) with more than 10 years of evolution, 239 (70.7%) had type 2 diabetes comorbidity and 29.3%, followed by obesity and dyslipidemia (7.1%), respectively, a third party has primary caregiver relationship between therapist adherence y good functional affective functioning 100% (P=0.004), functional communication 96.8% (P=0.012), problem solving 96.8% (P=0.001) and patterns of behavior 76.2%(P=0.053). **Conclusions.** Definitely a good family function in communication, affection and resolution of problems of the members to the disease contributes to the proper control of hypertension patients.

Keywords: Hypertension, family functioning, adherence therapeutic.

I. ANTECEDENTES

La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), es una enfermedad crónica, controlable de etiología multifactorial que se caracteriza por un aumento de las cifras de TA sistólica por arriba de 140 mmHg y/o de la presión diastólica mayor o igual a 90 mmHg.¹

Representa la enfermedad más frecuente a nivel mundial se presenta en los adultos de los 30 y 50 años de edad con relación al sexo se presenta más en hombres en una relación de 3:1.² En estados unidos 1 de cada 4 la padecen con mayor prevalencia y severidad en la raza negra ya que existen diferencias en cuanto a su función renal y en particular metabolismo de sodio³ y en menor, con descendencia hispana⁴.

Constituye una epidemia mundial ya que la padecen más de 1 500 000 000 de personas tanto en países desarrollados como subdesarrollados de los cuales solo un tercio son tratados y solo el 12% de estos están controlados es decir que presentan cifras de TA menores de 140/90 mmHg.⁵

De acuerdo a diferentes estudios regionales la prevalencia mundial actual es de 30% en las personas mayores de 60 años.⁶ La prevalencia en México es alrededor de 15 millones (30.7%), encontrándose mayor prevalencia en el norte del país con 25.3%, en adultos mayores de 20 años, seguido del centro y luego del sur del país.

En México, la Hipertensión Arterial Sistémica representa un problema de salud pública ya que tiene un impacto social y económico pues afecta a personas en edad económicamente activas. Para el año 2002 ocupó la 9ª. Causa de muerte en la población general, con un total de 10,696 muertes, con una tasa de 10.38 defunciones por cada 100,000 habitantes.⁷

En la U.M.F. No. 20 la HAS en el año 2006 por sexo corresponde aproximadamente a; 4225 para el sexo masculino y 9,881 para el femenino, para un total de 14,106 hipertensos para el año 2006.⁸

Sin embargo 2 de cada 3 hipertensos desconocen su enfermedad lo que corresponde al 60%, de ahí la importancia de medir la presión arterial (PA) a todos los pacientes que acudan a consulta. De estos; poco más de la mitad recibe tratamiento antihipertensivo y solo el 14.6% logra su control tensional.

La HAS primaria representa el 90-95%⁹ de los casos y se debe a múltiples factores entre los principales son:

- Antecedentes hereditarios de Hipertensión
- Sobrepeso y obesidad
- Sedentarismo

- Estrés mental
- Hábitos alimenticios, consumo excesivo de alimentos ricos en sodio y bajos en potasio, pobre en ingesta de verduras y frutas.
- Abuso en el consumo de alcohol y drogas
- Tabaquismo

Otros factores de riesgo que precipitan la aparición de HAS en individuos mayores de 30 años son¹⁰:

- Uso de medicamentos (vasoconstrictores, antihistamínicos, esteroides, AINES)
- Diabetes Mellitus (DM)
- Síndrome cardiometabólico.

Para realizar el diagnóstico del paciente con HAS debe realizarse de forma integral un adecuado interrogatorio de la historia clínica para investigar sobre sus antecedentes, factores de riesgo, estilo de vida, síntomas y signos para valorar el daño a órganos blanco y riesgo cardiovascular de acuerdo a sus factores hereditarios.¹¹

- Cerebro,
- Corazón,
- Riñón, y vasos sanguíneos mismos que afecta de manera crónica y aumenta la morbi-mortalidad cardiovascular, la cual se puede valorar en un año de acuerdo a la función cardiovascular.¹²

La información obtenida en ENSA 2000 demarca la urgente necesidad de nuevas estrategias para el control, detección y tratamiento de la HAS.

Alrededor de 17 millones de personas mueren cada año por una enfermedad cardiovascular. Se estima que cada 4 segundos ocurre un síndrome coronario agudo y cada 5 segundos, un accidente vascular cerebral.

La HAS es uno de los principales factores de riesgo para enfermedad arterial coronaria y accidente vascular cerebral, se calcula que aproximadamente el 1.5% de todos los Hipertensos mueren cada año por causas directamente relacionadas a HAS.¹³

Dentro del IMSS la HAS tiene una prevalencia del 33-35%; presentándose en menor proporción en la población con mayor escolaridad (22-25%) y con mayor frecuencia, en la población de menor escolaridad.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la Hipertensión, y la Guía del IMSS, sobre Hipertensión Arterial; además de realizarse un examen físico minucioso, y la toma adecuada de la PA; se deben de solicitar exámenes de laboratorio y de gabinete dentro del primer nivel de

atención, para poder establecer un diagnóstico adecuado; se requiere además, presentar tres registros de PA en diferentes días, a menos que el paciente tenga signos que sugieran daño de órgano blanco o acuda por una crisis Hipertensiva (urgencia o emergencia), con esto podremos diagnosticarlo adecuadamente, clasificarlo y dar tratamiento el cual tendrá que estar encaminado a cambios de estilo de vida que serán de suma importancia para el éxito de su tratamiento.¹⁴ Debiendo hacer énfasis al paciente y a su familia en que su enfermedad es crónica, controlable y que existe un plan de tratamiento integral que deberá seguir por el resto de su vida.

En el tratamiento farmacológico se deben considerar tanto las cifras de presión arterial como la presencia de otros factores de riesgo, el daño a órganos blanco y las condiciones clínicas asociadas.

Las recomendaciones son:

- a. Reducir el peso
- b. Disminuir o suspender el consumo de alcohol
- c. Suspender el consumo de tabaco
- d. Reducir el consumo de sal a menos de 6gr/día y de alimentos industrializados¹⁵
- e. Recomendar dietas ricas en frutas, vegetales y bajas en grasas
- f. Incrementar el consumo de alimentos ricos en potasio y calcio
- g. Disminuir el consumo de refrescos y carbohidratos refinados
- h. Establecer un programa de actividad física aeróbica e isotónica en forma regular al menos 30-45 min., 4-5 veces por semana previa valoración del riesgo cardiovascular.
- i. Manejo adecuado del estrés mental (grupos de apoyo, terapias ocupacionales, atención psicológica).¹⁵

El tratamiento farmacológico

Se sugiere iniciar el tratamiento farmacológico con monoterapia y debe ser individualizado, tomando en cuenta, las indicaciones y contraindicaciones, los efectos adversos, las interacciones farmacológicas, las enfermedades concomitantes y el costo económico.

A) Monoterapia

Se recomienda el uso de dosis única con efecto prolongado para favorecer la adherencia al tratamiento¹⁰

Puede iniciar con cualquier fármaco antihipertensivo de los siguientes grupos, considerando sus antecedentes o patologías asociadas

B) Tratamiento combinado:

Cuando la modificación del estilo de vida y la monoterapia a dosis óptima no logran alcanzar a reducir las cifras tensionales <140/<90 mmHg se debe iniciar una terapia combinada considerando que:

- Inicialmente se deberán utilizar la menor dosis recomendada; en caso de ser necesario y si es tolerada, se puede aumentar la dosis o prescribirse un medicamento adicional ¹⁰.
- Un diurético tipo Tiazida debe ser considerado como la terapia inicial en la mayoría de los pacientes con hipertensión arterial no complicada.
- La terapia combinada que incluye diuréticos, es más afectiva y tiene menos efectos secundarios.
- En pacientes con enfermedad crónica renal puede ser necesario utilizar tres o mas medicamentos para lograr las metas
- El uso de diuréticos Tiazidicos junto con BBS no esta indicado en pacientes diabéticos o con riesgo de DM.

La meta del tratamiento es alcanzar las cifras de presión arterial más adecuadas para cada paciente

- El objetivo principal debe ser bajar la presión arterial sistólica ya que la mayoría de los pacientes, especialmente mayores de 50 años, alcanzaran valores normales en la presión diastólica una vez que los valores de la sistólica hayan descendido, en estudios multicentricos han obtenido buenos resultados al combinar Amlodipino y Enalapril obteniendo cifras de 162/106 a 142/91, además se observo que el Enalapril contrarresta el edema producido como efecto secundario del amlodipino.¹⁶
- Las cifras de presión arterial deseables deben ser por debajo de 140/90 mmHg y sea tolerable para el paciente.
- En pacientes hipertensos con DM y/o insuficiencia renal crónica, el control de la PA deberá ser más estricto. Se recomienda alcanzar una cifra menor a 130/80 mmHg
- En pacientes con Insuficiencia Cardiaca, la PA de control deberá ser menor de 130/80 mmHg
- En ancianos y en pacientes con antecedentes de infarto al miocardio la cifra diastólica no debe ser menor de 65-75mmhg con una presión del pulso menor de 60 mmHg (PS-PD)
- El tratamiento antihipertensivo debe contribuir a la protección de los órganos blanco (corazón, cerebro, riñón) y al correcto mantenimiento de la actividad metabólica. Hay evidencia de que todo esto se logra alcanzando las metas de tratamiento

Para obtener una adherencia al tratamiento se recomienda

- Vigilar los signos de falta de adherencia
- Explicar al paciente las metas del tratamiento con claridad
- Informar al paciente y a su familia sobre la enfermedad y el tratamiento
- Recomendar la toma de PA en el hogar si cuenta con las condiciones adecuadas
- Mantener comunicación periódica con su paciente
- Elegir un régimen terapéutico económico y sencillo
- Estimular las modificaciones al estilo de la vida
- Ayudar al paciente a que la toma del medicamento forme parte de sus actividades cotidianas.
- Prescribir medicamentos de acción prolongada (preferentemente)

Para esto el cuestionario de Morisky Green, es un método que valora actitudes del enfermo con respecto al tratamiento y que muestra un valor potencial predictivo del auto informe sobre el cumplimiento al tratamiento con capacidad para predecir el control en la presión arterial.¹⁷

El cuestionario de Morisky Green, valora actitudes correctas que adopta el enfermo en relación con la terapéutica de su enfermedad, asumiendo que si estas son correctas el enfermo es un buen cumplidor de la medicación y que se apega más a las variables derivadas de la propia decisión del paciente para cumplir. El cuestionario de Morisky Green muestra una alta fiabilidad del (61%) y un valor predictivo positivo del 91.6%,¹⁷ está validado en la población española. Se califican como cumplidores a los pacientes que respondan correctamente a las cuatro preguntas formuladas y una respuesta inadecuada califica al paciente como incumplidor.

Este cuestionario de Morisky Green es un método de fácil implementación muy útil para determinar el incumplimiento aunado al conteo de comprimidos, se tiene una mejor valoración de la adherencia terapéutica con una sensibilidad de 32%, especificidad del 94%, un valor predictivo positivo de 91.6% y un valor predictivo negativo del 42%;¹⁷ sin embargo quienes no contestan correctamente las preguntas tendrían mas probabilidades de lograr un control tensional menor y cifras de presión arterial diastólica mas elevadas.

El medico familiar como primer contacto es de vital importancia dentro del tratamiento por ello como especialista sabe que la familia como unidad básica de la sociedad ha presentado a través de la historia una evolución de acuerdo a las exigencias de la misma sociedad y época, hasta considerarse como una institución social histórica y sus funciones son determinadas por el grado de desarrollo de la sociedad global, de acuerdo a la funcionalidad familiar se debe analizar la composición de esta y la cual debe ser valorada para ver la relación que guarda con la adherencia de su paciente hipertenso.

Tendremos entonces que conocer que dentro de la composición de la estructura familiar tenemos al subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal: hermanos.¹⁸

Toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: la composición (nuclear, extensa o compuesta), el desarrollo (tradicional o moderna), la demografía (urbana, suburbana o rural), la ocupación (campesino, empleado o profesionista), la integración (integrada, semi-integrada o desintegrada), pero hay otras características que son indispensables conocer ya que son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar.¹⁹

Lo anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y que obliga a conocer la jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser, autoritaria, indiferente negligente, indulgente permisiva o recíproca con autoridad.

Los límites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o rígidos y la comunicación que no es más que la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser, directa, enmascarada o desplazada.

La importancia de conocer todas estas características radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad, tal y como lo expresó en su estudio de apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial de Florentina Marín & Martha Rodríguez se menciona que el apoyo familiar se vincula de forma directa con la adherencia al tratamiento antihipertensivo, aunque no hubo diferencias significativas entre los grupos en cuanto a tipo de tratamiento, ni sobre los conocimientos que los pacientes tenían sobre su enfermedad por lo que se puede asumir que el apoyo familiar fue el factor más relevante en el apego.²⁰

Estas condiciones son importantes en el núcleo familiar ya que repercuten en el sistema económico afectando a la comunidad económicamente activa, y si consideramos que la mayoría de las familias están en fase de dispersión, esta situación vendrá a influir en la dinámica familiar, que se presentara como una crisis familiar; la cual requerirá un mayor nivel de comunicación y por tanto un nivel de funcionalidad que nos ayude a afrontar esta enfermedad que es crónica y que su control requerirá de una terapéutica adecuada para su manejo tanto farmacológico como no farmacológico.

Dentro de las causas de un deficiente control de la hipertensión arterial se encuentra a:

- Malas tomas de PA,
- Uso inadecuado de medicamentos antihipertensivos (falta de adherencia, dosis inadecuadas, o combinaciones inapropiadas)
- Aumento de peso
- Consumo excesivo de alcohol
- Manejo inadecuado del estrés mental (HAS reactiva)

Retención de líquidos causada por:

- Ingesta excesiva de sodio
- Enfermedad renal
- Terapia inadecuada con diuréticos.

La funcionalidad familiar es un factor determinante para la aparición de la enfermedad de algún integrante de la familia. O para su restablecimiento, y esto dependerá de que cada uno de los integrantes de la familiar cumpla con su rol específico. Sin olvidar la equidad generacional: es decir, la corresponsabilidad inter-generacional (abuelos-padres-hijos), que permite que los miembros de la familia se haga cargo de los ancianos que, al dejar de trabajar, pueden ser acogidos, sostenidos y queridos por los más jóvenes. La “equidad generacional” prepara educativamente a las personas para ser responsables no sólo de las generaciones que las anteceden sino también de las que vendrán.²¹ Para algunos la familia natural posee funciones de latencia con respecto a la sociedad mas amplia como son el mantenimiento de pautas de conducta y el manejo de tensiones en el caso de una crisis paranormativa, en la transmisión cultural: la familia natural emerge en su funcionalidad cuando educa a las personas en el modo de buscar el significado definitivo de la vida que evita el naufragio existencial al momento de afrontar situaciones-limite; muerte de un ser querido, desamor, *enfermedad*, injusticia laboral, etc.

También se debe observar si en la familia cumplen con las funciones para la cual esta diseñada, las cuales son:

- Socialización donde la familia tiene la responsabilidad de transforma a cada una de sus miembros en seres capaces de poder actuar dentro de una sociedad.
- La función de cuidado para cumplir todas las necesidades básicas tanto físicas como de salud de cada uno de los miembros de la familia y su conocimiento para satisfacerlas.
- La función de afecto donde se reconozca las cualidades de cada integrante y se motive a su superación contribuyendo con esto a la socialización
- La función de reproducción con el fin de crear nuevos miembros a la sociedad,

- La función de estatus para el reconocimiento de la familia por parte de otras familias dentro de una sociedad.

Para poder llevar a cabo cada uno de estas funciones es necesario mantener vínculos familiares los cuales están influenciados con diversos factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, y económicos.²³ Sin dejar de lado que los roles son importantes para distinguir la forma de actuar de cada uno de los integrantes, por ello cuando alguno de estos enferma como es el caso de los pacientes hipertensos, no resulta fácil; por lo contrario es complicado, por lo complejo que es la familia.²⁴

Para ello existen modelos que nos ayudan a evaluar el funcionamiento familiar, como el cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar (EFF), el cual evalúa la percepción que un miembro de la familia tiene acerca de su funcionamiento familiar. La cual se basa en la observación de los miembros de la familia en interacción; sin embargo este método tiene la desventaja de requerir mucho tiempo tanto de la familia como del terapeuta, y muy probablemente el comportamiento de las familias en el encuadre terapéutico no refleje su comportamiento real en el mundo externo.²⁵

Otra manera de evaluar el sistema familiar es recopilar información de cada uno de los miembros para, finalmente, combinar todos estos datos de manera que describan la relación familiar como un todo. Sin embargo también consumirían gran cantidad de tiempo.

El cuestionario fue elaborado a partir del modelo McMaster es del tipo Likert que utiliza cinco opciones para valorar cada reactivo: totalmente de acuerdo (5), acuerdo (4), ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), en desacuerdo (2), y totalmente en desacuerdo (1).

De esta forma podremos evaluar:

- El involucramiento afectivo funcional.
- El involucramiento afectivo disfuncional,
- Patrones de comunicación funcionales
- Resolución de problemas
- Y patrones de control de conducta.

Para el cual se aplica un cuestionario con 40 reactivos. El cual tiene también ciertas limitaciones ya que refleja la percepción de uno de los integrantes de la familia en un momento dado.

Sabemos que dentro de la operatividad familiar la presencia de una enfermedad en algún integrante desencadena una crisis paranormativa y que obliga a la familia a una readaptación que puede ser positiva o negativa para el paciente, esta respuesta dependerá mucho de cómo se presentó la enfermedad las

complicaciones que tenga y la repercusión que haya tenido en su ámbito económico, en los sistemas familiares que no cuentan con una base afectiva y/o instrumentales para enfrentar una crisis teniendo como posible respuesta toda una gama de mecanismos de defensa, ya sea como negación, desplazamiento y esto repercute en la adherencia terapéutica de nuestro paciente hipertenso²⁶

II. JUSTIFICACIÓN

La incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas se ha convertido en una cuestión inquietante para los profesionales de la salud en el mundo de hoy. La búsqueda de métodos que contribuyan a su disminución, y el estudio de todos los factores que inciden en su desarrollo, ha cobrado vital importancia en las ciencias de la salud. El tono emocional de la familia durante todo el proceso, al igual que la dinámica de las relaciones interpersonales, influyen en el proceso; los trastornos nerviosos, en términos de ansiedad y depresión, son las afectaciones más referidas por los familiares; de ahí la importancia de conocer la asociación que guarda el funcionamiento familiar como factor determinante para que se lleve una adecuada adherencia terapéutica en el caso del paciente hipertenso. Por lo cual el presente estudio tiene el objetivo de ver la relación que guarda la funcionalidad familiar en los pacientes hipertensos con una mala adherencia terapéutica. Tomando en cuenta que la *salud familiar* se entiende como un proceso único e irreplicable; no estático, en el que influyen significativamente los eventos o crisis que atraviesa este grupo, los recursos adaptativos con que cuenta, su forma de enfrentamiento a los conflictos y el acceso a sus redes de apoyo social.

Los padecimientos crónicos una vez establecidos, pueden acompañar al individuo durante mucho tiempo, empeorar su estado y conducirlo a la muerte; sin embargo, el comportamiento de las personas puede desempeñar un papel importante en esa evolución, podrán incluso, alargar su vida, aquellos que se adhieran adecuadamente a los tratamientos y regímenes de vida que cada una de las enfermedades exige.

Durante los últimos años se ha comprendido, que la adherencia del paciente hipertenso al tratamiento, es una piedra angular en el control de su enfermedad; sin embargo, es conocido que cerca del 50% de estos son incapaces de cumplir un régimen higiénico-sanitario, y de llevar correctamente el tratamiento con fármacos por más de un año.

En la práctica médica una parte importante de los tratamientos queda bajo la responsabilidad del paciente, de ahí que el cumplimiento de las prescripciones indicadas se ha convertido en un serio problema para la salud pública contemporánea. En la presente investigación se identifica la frecuencia de la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos, tanto de forma general, como por las variables sexo, edad, escolaridad y ocupación.

El adecuado control de los pacientes Hipertensos exige un apoyo importante del grupo familiar que lo auxilie en la vigilancia de la enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas.

Una de las premisas básicas del modelo biopsicosocial de atención afirma que los diversos subsistemas (el biológico, el individual, el familiar y el comunitario) mantienen una relación de influencia recíproca, de forma que afectan tanto a la salud como a la enfermedad, por lo tanto las intervenciones referentes a la hipertensión deberían seguir este modelo sin embargo seguimos el enfoque biologicista (curativo) dejando a un lado la importancia de la familia de ahí que tendremos que investigar que importancia tiene la funcionalidad familiar para obtener una mejor adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en el paciente hipertenso?

IV. OBJETIVOS.

GENERAL

Identificar la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en el paciente hipertenso.

ESPECÍFICOS:

Identificar las características sociodemográficas de la población hipertensa en estudio.

Conocer el porcentaje de pacientes hipertensos controlados.

Describir las características de comorbilidad en el paciente hipertenso.

Identificar la frecuencia de pacientes hipertensos que tengan cuidador primario.

Conocer la funcionalidad familiar en esta población (funcionalidad afectiva, disfuncionalidad instrumental, comunicación, resolución de problemas, patrones de conducta)

Determinar el porcentaje de pacientes con adherencia terapéutica.

V. HIPÓTESIS

UNA BUENA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS PACIENTES SE RELACIONA CON LA ADHERENCIA TERAPEUTICA Y CONTROL DE LA HIPERTENSION.

VI. METODOLOGIA.

CARACTERISTICAS DEL LUGAR DE ESTUDIO.

Se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 20, ubicada en calzada Vallejo No. 675 Col. Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero. D.F.; donde se brinda atención a través de la consulta externa, carece de servicio de atención continua, y otorga atención de primer nivel a derechohabientes del IMSS, que cuenta con 30 consultorios.

La cual labora de lunes a viernes en 2 turnos:

Matutino: 08-14hrs y

Vespertino: de 14:00-20:00 hrs.

DISEÑO:

TIPO DE ESTUDIO:

Transversal analítico.

GRUPOS DE ESTUDIO

A) CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO DE ESTUDIO:

Pacientes Hipertensos derechohabientes de la U.M.F. No. Ambos turnos, que acudieron como mínimo 6 meses de control médico en la U.M.F. No. 20

B) CRITERIOS DE INCLUSION

Pacientes derechohabientes con diagnóstico de Hipertensión arterial sistémica que aceptaron participar en el estudio, independientemente del sexo, ocupación, escolaridad, comorbilidad, toxicomanías.

Pacientes de 25 años de edad en adelante que acudieron a consulta en la U.M.F. No. 20 con 6 meses como mínimo de tratamiento médico.

C) CRITERIOS DE EXCLUSION

Que no quisieron participar en el estudio

Con secuelas o complicaciones de HAS, que impidieron contestar el cuestionario.

D) CRITERIOS DE ELIMINACION

Pacientes que al momento de realizar la encuesta decidieron ya no participar.

Encuestas incompletas.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se utilizó la fórmula para el cálculo en estudios poblacionales mayores de 10 mil. En México existen aproximadamente 16 millones de hipertensos con una prevalencia del 30.5% (ENSA 2000); con un nivel de confianza de 1,96 y un error máximo de 0.05. En la U.M.F. No. 20 existen aproximadamente 14,106 hipertensos con una prevalencia del 26.5%.

CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

$$z = 1.96$$

$$n = \frac{z^2 (pq)}{d^2}$$

$$p = 26.5\% = 0.26$$

$$d^2$$

$$q = 1-p$$

$$d = 0.05 \text{ (5\%)}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.26) (0.74)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{(3.84) (0.26) (0.74)}{0.0025}$$

$$n = \frac{0.73}{0.0025} = 295$$

$$\text{Mas el 20\%} = 59$$

$$\text{Total} = 354 \text{ pacientes.}$$

Tamaño de la muestra: 354 pacientes hipertensos mayores de 25 años encuestados en la U.M.F. No. 20.

Tipo de muestreo: No probabilístico por conveniencia.

DEFINICION DE LAS VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona	Interrogatorio directo 1. 20 y menos años 2. 21-30 años 3. 31-40 a 4. 41-50 5. 51-60 6. 61-70 7. 71 y más	Dependiente	cuantitativa
SEXO	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	1) femenino 2) masculino	Dependiente	Cualitativo nominal
OCUPACION	Empleo, oficio o cargo que desempeña una persona	Interrogatorio directo: Hogar Pensionado Empleado Comerciante Profesionista	Dependiente	Cualitativo ordinal
NIVEL EDUCATIVO	Grado de enseñanza	a. analfabeta b. primaria incompleta c. primaria completa d. secundaria incompleta e. secundaria completa f. preparatoria g. técnico h. licenciatura.	Independiente	Cualitativa ordinal
NIVEL ECONOMICO	Ingreso económico capaz de cubrir la canasta básica.	Valorado através del método de GRAFFAR, Estrato alto (puntaje de 4-6) Medio Alto(07-09) Medio Bajo(10-12) Obrero (13-16) Marginal (17-20)	Dependiente	cualitativa ordinal
TABAQUISMO	Adicción al tabaco provocada, por uno de sus componentes activos, la nicotina; dicha sustancia condiciona el abuso de su consumo	1. Si 2. No	Dependiente	cualitativa nominal
ALCOHOLISMO	Enfermedad crónica caracterizada por la adicción al alcohol	1. Si 2. No	Dependiente	cualitativa nominal
ACTIVIDAD FISICA	Acción corporal a través del movimiento que se utiliza con finalidades-educativas, deportivas, recreativas, o terapéuticas,	a) 1 vez ala semana b) 2 días ala semana c)mas de 3 veces a la semana	Independiente	cualitativa nominal
DIETA	Régimen alimenticio adaptado a las necesidades	1)Si 2)No	Independiente	cualitativa nominal
COMORBILIDAD	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario. El	Interrogatorio directo: DM ENF. CARDIOVASCULAR E IVP DISLIPIDEMIA	Independiente	cualitativa

	efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales.	OBESIDAD HIPERURICEMIA ENF RENAL ENF. REUMATOLOGICAS		
HIPERTENSION ARTERIAL	Enfermedad crónica, controlable de etiología multifactorial, que se caracteriza por un aumento sostenido en las cifras de la presión arteria sistólica (PS) igual o mayor a 90 mmHg.	HIPERTENSO EN CONTROL: 130/80 a < o igual a 140/90 ETAPA 1: 140-159/90-99 ETAPA 2: >160/>100	Independiente	cuantitativa
Tiempo de evolución	Medida del tiempo que transcurre desde el diagnóstico (o tratamiento) de una enfermedad hasta que la enfermedad empieza a empeorar.	a) 6m-11m b) 1-3 años c) 4-6 años d) 7-9 años c) 10 años y más.	independiente	cuantitativa
Cuidador primario	Aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales	a) si Quien? 1)Hija(o) 2)conyugue 3)hermana (o) 4)otro b) no	Dependiente	cualitativa nominal
Funcionalidad familiar	Estructura familiar: Conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden integran al grupo familiar. Funciones de la familia: Son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. Se reconocen las siguientes funciones. Socialización: Promoción de las condiciones que favorecen en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia su replica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia. Afecto: Interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión	MEDIANTE EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (EFF) 1. INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO FUNCIONAL >51 PUNTOS funcional. 2. involucramiento afectivo disfuncional. > 33 es disfuncional. 3.patrones de comunicación disfuncionales: >12 disfuncional 4. patrones de comunicación familiar funcional > 9 puntos es funcional 5. resolución de problemas > 9 buena resolución de conflictos.	independiente	cualitativa ordinal

	<p>del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.</p> <p>Cuidado: Protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar.</p> <p>Funcionalidad familiar. Es la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa; de manera que se promueva el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez.</p>	<p>6. patrones de control de conducta.</p> <p>> 6 buen patrón de conducta.</p>		
Adherencia terapeutica	<p>Cumplimiento de las medidas terapéuticas establecidas para el tratamiento de la HAS</p>	<p>Mediante la aplicación del cuestionario de Morisky Green que considera 4 preguntas:</p> <p>¿Se olvida tomar alguna vez los medicamentos para su presión arterial?</p> <p>¿Olvida tomar los medicamentos a la hora indicada?</p> <p>¿Cuándo se encuentra bien deja Ud. De tomar sus medicamentos?</p> <p>Si alguna vez se encuentra mal, ¿deja Ud. De tomar sus medicamentos?</p> <p>Si= mala adherencia terapéutica.</p>	Dependiente	cuantitativa nominal

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio, transversal analítico en pacientes hipertensos mayores de 25 años de edad en control en la U.M.F. No. 20 con 6 meses como mínimo de tratamiento medico; de ambos turnos, en un periodo comprendido del noviembre del 2010 a febrero del 2011, Se utilizo los siguientes instrumentos para evaluar el funcionamiento familiar mediante la evaluación familiar EFF, y de esta forma correlacionar el nivel de funcionalidad familiar con la adherencia terapéutica. Se solicito por escrito permiso al director de la unidad con el fin de poder ingresar al expediente electrónico de cada consultorio de los turnos matutino y vespertino, así como el consentimiento de los jefes de departamento obteniendo los datos de la ultima nota medica la cual será impresa para corroborar los datos y capturas de la cedula de identificación de descontrol de hipertensión siendo confidencial y con fines de investigación únicamente. Se aplicó la encuesta correspondiente a los pacientes abordándoles en la sala de espera, donde se evaluó funcionalidad familiar, adherencia terapéutica, así como se codifico de acuerdo a edad, sexo nivel educativo, nivel económico, se realizó la recolección de la información, captura y validación de la información a través de paquetes estadísticos: SPSS 17. Posteriormente se analizó los resultados y se presentaron.

VII. RESULTADOS

Se observo que el rango de edad de los pacientes Hipertensos en estudio fue entre los 61-70 años con un 31.7% (n=107), una edad mínima de 23 y máxima de 85; media 60.76 ± 12.968 ; del sexo femenino 67.5% (n=228), ocupación hogar un 58.3% (n=197), y el grado mas alto de estudio fue la primaria completa 24%, clase obrera 55.6% (n=188); 239 (70.7%) de nuestros pacientes muestran una comorbilidad; como la DM2 un 29.3% (n=99), seguida de obesidad y dislipidemias, con 7.1% (n=24) cada una respectivamente; contaban con un cuidador primario 37% (n=125) y el 63% (n=213) no ; siendo la hija 48% (n=60) y el cónyuge 47.2% (n=59) los cuidadores principalmente. (Cuadro 1)

Las características de sus estilo de vida el 13.6% fumaba (n=46) y el 21% (n=71) ingería bebidas alcohólicas, el 50% (n=169) realizaba ejercicio, como la caminata en un 69.2% (n=117), en un tiempo de 30 minutos a 1 hora al día 51.4%, (n=87), una periodicidad de más de 3 veces ala semana 95.8% (n=162), (Cuadro2)

Las características de la Hipertensión Arterial, nuestros pacientes tuvo más de 10 años de evolución un 42%, (n=142) y el 63.3 % (n=214) se encontró en control de la hipertensión; llevaron un tratamiento de forma completa un 39.6% (n=134) (cuadro3).

La mayor parte de los pacientes 81.4% (n=275), no tuvo una buena adherencia farmacológica y solo el 18.6 % tuvo una buena adherencia farmacológica 18.6% (n=63). (Cuadro4).

Las familias del paciente Hipertenso refirieron un buen involucramiento afectivo funcional en el 92.3% de los casos (n=312) mostrando patrones de comunicación disfuncional afectiva en un 88.5% (n=299), se observo una buena resolución de problemas 84% (n=284), y un buen patrón de conducta en el 66.9% de los casos (n=266). (Cuadro 5)

Las características de los **pacientes con adherencia terapéutica** son tener **familia** con buen involucramiento afectivo funcional 100 % (n=63), patrones de comunicación funcionales 96.8% (n=61), buena resolución de problemas 96.8% (n=61) y buen patrón de conducta 76.2% (n=48). **Epidemiológicamente** una edad fue de 61-70, 34.9% (n=22), 87.3% (n=55) es del sexo femenino, se dedicaban al hogar el 79.4% (n=50), el 31.7% (n=20) curso la primaria; 60.3% (n=38) son de nivel socioeconómico obrero. Con **estilos de vida**: 96.8% (n=61), fumaban, 17.5% (n=11), ingirieron bebidas alcohólicas; el 41.3% (n=26) llevo acabo su tratamiento completo, el 55.6% (n=35) realizo ejercicio, de estos el 33% (n=21) realizo caminata, por lo menos 30 minutos al día 17.5% (n=11); mas de 3 veces a ala semana 55.6% (n=35).en cuanto ala **comorbilidad** tuvieron mejor adherencia a su tratamiento farmacológico los pacientes con Diabetes 38.1% (n=24); en cuanto al **tiempo de evolución** se pudo observar que entre mas años de evolución se tiene una mejor adherencia en este caso observado con un 49.2% (n=31). Si hablamos de **HAS controlados** el 73% (n=47) obtuvo una buena

adherencia terapéutica, el 58.7% (n=37) no cuenta con cuidador primario. (Cuadro 6-12)

Con respecto a los **pacientes sin adherencia terapéutica** la **familia** se observó con el 90.5% (n=249) de relaciones afectivo funcionales, el 85.8% con relaciones afectivo disfuncionales 85.8 % (n=236), patrones de comunicación funcionales 85.6% (n=238); con buena resolución de problemas 81.1% (n=223) y 64.7% (n=178) mantiene buen patrón de conducta. **Epidemiológicamente** 30.9% (n=85) se encontró en el rango de 61-70 años, el 62.9% (n=85) fueron mujeres, con ocupación 53.5% (n= 147) al hogar; con escolaridad incompleta el 22.5% (n=62) y el 54.5% (n=150) con nivel socioeconómico obrero. **En estilos de vida:** 16% (n=44) fumaba, solo el 21.8% (n=60) tomaba, 39.3 % (n=103) llevo su tratamiento completo, el 51.3% (n=141), no realizo ejercicio. En cuanto a la **comorbilidad** el 27.3% (n=75) de los que cursaron además con DM2 que no tuvieron una buena adherencia y con enfermedad cardiovascular en el 9.5% (n=126), el **tiempo de evolución observado** fue de 1-3 años evolución no tuvieron una adecuada adherencia terapéutica en el 22.5% (n=62) y **HAS descontrolada** el 38.9% (n=107) no tuvo una adherencia terapéutica, el 64% (n=176) no contaba a con un cuidador primario.(Cuadro 6-12)

Al hablar sobre la relación que guarda la hipertensión y contar con un cuidador primario se observó que los que tuvieron un cuidador primario 37%, el 100% (n=4), mantienen cifras de control en aquellos que son cuidados por otras personas no relacionadas con la familia seguidas de las que son cuidadas por su conyugue en un 66.1%, mientras tanto los que tienen TA descontrolada con mayor porcentaje son los que son cuidados por sus hijos 43.3% (n=26) (Cuadro 13)

Cuadro 1a. CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS CON HIPERTENSIÓN

CARACTERISTICAS GENERALES	N=338	%
Edad		
21-30	6	1.8
31-40	15	4.4
41-50	45	13.3
51-60	76	22.5
61-70	107	31.7
71 y mas	89	26.3
Sexo		
Femenino	228	67.5
Masculino	110	32.5
Ocupación		
Hogar	197	58.3
Pensionado	46	13.6
Empleado	43	12.7
Comerciante	32	9.5
Profesionista	20	5.9
Escolaridad		
Analfabeta	46	13.6
Primaria incompleta	77	22.8
Primaria	81	24.0
Secundaria incompleta	19	5.6
Secundaria	46	13.6
Bachillerato	24	7.1
Técnico	24	7.1
licenciatura	21	6.1
Nivel socioeconómico		
Estrato alto	2	.6
Medio alto	11	3.3
Media bajo	87	25.7
Obrero	188	55.6
marginal	50	14.8

Cuadro 1b. CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS CON HIPERTENSIÓN

CARACTERISTICAS GENERALES	N=338	%
COMORBILIDAD		
Si	239	70.7
no	99	29.3
TIPO DE COMORBILIDAD		
	N=239	
DM	99	29.3
Neumológicas	4	1.2
Cardiovasculares	31	9.2
Dislipidemia	24	7.1
Obesidad	24	7.1
Hiperuricemia	6	1.8
Renal	14	4.1
Reumatologicas	20	5.9
Gastroenterologicas	17	5.0
Dispone de cuidador primario		
Si	125	37
No	213	63
Tipo de cuidador		
	N=125	
Hija	60	48
Cónyuge	59	47.2
otro	4	3.2
madre	2	1.6

Cuadro 2. ESTILOS DE VIDA DEL PACIENTE HIPERTENSO.

ESTILOS DE VIDA	N=338	%
Tabaquismo		
Si	46	13.6
no	292	86.4
Alcoholismo		
Si	71	21.0
no	267	79.0
Ejercicio		
Si	169	50
no	169	50
Tipo de ejercicio	N=169	
Caminata	117	69.2
Aeróbico	24	14.2
Yoga	15	8.8
Bicicleta	11	6.5
Natación	2	1.18
Tiempo de ejercicio	N=169	
Menos de 30 min al día	56	33.1
De 30 min a 1 hora por día	87	51.4
Más de 1 hora al día	26	15.3
Días de ejercicio	N=169	
1 a 2 veces a la semana	7	4.2
3 o más veces a la semana	162	95.8

Cuadro 3. CARACTERÍSTICAS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA.

CARACTERISTICAS DE LA HIPERTENSION	N=338	%
Tiempo de evolución		
6-11 meses	34	10.1
1-3 años	73	21.6
4-6 años	51	15.1
7-9 años	38	11.2
10 años y más	142	42
CONTROL DE LA HIPERTENSION		
Si	214	63.3
No	124	36.7
Tipo de tratamiento		
Dieta	4	1.2
Farmacológico	122	36.1
Mixto (dieta, ejercicio)	78	23.1
completo*	134	39.6

*considerando completo aquellos pacientes que llevaron un tratamiento farmacológico, dieta y ejercicio

Cuadro 4. ADHERENCIA TERAPEUTICA A LA PATOLOGIA HIPERTENSIVA.

ADHERENCIA	N= 338	%
SI	63	18.6
NO	275	81.4

Cuadro 5. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL.

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	N=338	%
AFECTIVO FUNCIONAL		
SI	312	92.3
NO	26	7.7
AFECTIVO DISFUNCIONAL		
SI	46	13.6
NO	292	86.4
COMUNICACIÓN FUNCIONAL		
SI	80	23.7
NO	258	76.3
COMUNICACIÓN DISFUNCIONAL		
SI	299	88.5
NO	39	11.5
RESOLUCION DE PROBLEMAS		
BUENA	284	84
MALA	54	16
PATRON DE CONDUCTA		
BUENA	226	66.9
MALA	112	33.1

Cuadro 6. RELACION ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPEUTICA.

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	ADHERENCIA TERAPEUTICA	P*
-------------------------	------------------------	----

	SI		NO		
	N= 63	%	N= 275	%	
AFECTIVO FUNCIONAL					
SI	63	100	249	90.5	.004
NO	0	0	26	9.5	
AFECTIVO DISFUNCIONAL					
SI	7	11.1	39	14.2	.341
NO	56	88.9	236	85.8	
COMUNICACIÓN FUNCIONAL					
SI	61	96.8	238	86.5	.012
NO	2	3.2	37	13.5	
COMUNICACIÓN DISFUNCIONAL					
SI	11	17.5	69	25.1	.130
NO	52	82.5	206	74.9	
RESOLUCION DE PROBLEMAS					
BUENA	61	96.8	223	81.1	.001
MALA	2	3.2	52	18.9	
PATRON DE CONDUCTA					
BUENA	48	76.2	178	64.7	.053
MALA	15	23.8	97	35.3	

*Significancia con X^2

Cuadro 7. RELACION ENTRE CARACTERISTICAS GENERALES Y ADEHERENCIA TERAPEUTICA DE PACIENTES ESTUDIADOS

DATOS GENERALES	ADHERENCIA TERAPEUTICA				P*
	SI		NO		
	N=	%	N=	%	

EDAD					.082
21-30	0	0	6	2.2	
31-40	4	6.3	11	4.0	
41-50	10	15.9	35	12.7	
51-60	7	11.1	69	25.1	
61-70	22	34.9	85	30.9	
71 Y MAS	20	31.7	69	25.1	
SEXO					.000
FEMENINO	55	87.3	173	62.9	
MASCULINO	8	12.7	102	37.1	
OCUPACION					.000
HOGAR	50	79.4	147	53.5	
PENSIONADO	2	3.2	44	16.0	
EMPLEADO	3	4.8	40	14.5	
COMERCIANTE	0	0	32	11.6	
PROFESIONISTA	8	12.7	12	4.4	
ESCOLARIDAD					.023
ANALFABETA	7	11.1	39	14.2	
PRIM. INCOMPLETA	15	23.8	62	22.5	
PRIMARIA	20	31.7	61	22.2	
SECUNDARIA INCOMPLETA	3	4.8	16	5.8	
SECUNDARIA	2	3.2	44	16	
BACHILLERATO	2	3.2	22	8	
TECNICO	6	9.5	18	6.5	
LICENCIATURA	8	12.7	13	4.7	
NIVEL ECONOMICO					.175
EXTRACTO ALTO	0	0	2	7	
MEDIO ALTO	4	6.3	7	2.5	
MEDIA BAJO	10	15.9	77	28	
OBRERO	38	60.3	150	54.5	
MARGINAL	11	17.5	39	14.2	

*Significancia con X^2

Cuadro 8. RELACION ENTRE ESTILOS DE VIDA Y ADHERENCIA TERAPEUTICA

ESTILOS DE VIDA	ADHERENCIA TERAPEUTICA				P*
	SI N=	%	NO N=	%	

FUMA					.003
SI	2	3.2	44	16	
NO	61	96.8	231	84	
ALCOHOLISMO					.281
SI	11	17.5	60	21.8	
NO	52	82.5	215	78.2	
TRATAMIENTO					.178
FARMACOLOGICO	17	27	105	38.2	
DIETA	2	3.2	2	.7	
MIXTO	18	28.6	60	21.8	
COMPLETO	26	41.3	108	39.3	
EJERCICIO					.201
SI	35	55.6	134	48.7	
NO	28	4.4	141	51.3	
TIPO DE EJERCICIO					.008
CAMINATA	21	33.3	96	34.9	
AEROBICO	2	3.2	22	8	
YOGA	7	11.1	8	2.9	
BICICLETA	5	7.9	6	2.2	
NATACION	0	0	2	.7	
TIEMPO DE EJERCICIO					.775
MENOS DE 30 MIN AL DIA	11	17.5	45	16.4	
DE 30 MIN A 1 HR AL DIA	19	30.2	68	24.7	
MAS DE 1 HRS AL DIA	5	7.9	21	7.6	
DIAS DE EJERCICIO					.221
DE 1-2 VECES A LA SEMANA	0	0	7	2.5	
MAS DE 3 VECES A LA SEMANA	35	55.6	127	46.2	

*Significancia con X^2

Cuadro 9. RELACION ENTRE COMORBILIDAD Y ADHERENCIA TERAPEUTICA

COMORBILIDAD	ADHERENCIA TERPEUTICA				P*
	SI N=	%	NO N=	%	

DM	24	38.1	75	27.3	.030
NEUMATOLOGICAS	0	0	4	1.5	
CARDIOVASCULAR E IVP	5	7.9	126	9.5	
DISLIPIDEMIA	0	0	24	8.7	
OBESIDAD	4	6.3	20	7.3	
HIPERURICEMIA	2	3.2	4	1.5	
RENAL	2	3.2	12	4.4	
REUMATOLOGICAS	1	1.6	19	6.9	
GASTROINTESTINALES	4	6.3	13	4.7	

*Significancia con X^2

Cuadro 10. RELACION ENTRE TIEMPO DE EVOLUCION Y ADHERENCIA TERAPEUTICA.

TIEMPO DE EVOLUCION	ADHERENCIA TERAPEUTICA				P*
	SI		NO		
	No.	%	No.	%	
6m-11m	11	17.5	23	8.4	.022
1-3 años	11	17.5	62	22.5	
4-6 años	8	12.7	43	15.6	
7-9 años	2	3.2	36	13.1	
10 años y mas	31	49.2	40.4	111	

*Significancia con X^2

Cuadro 11. RELACION ENTRE HIPERTENSION ARTERIAL Y ADHERENCIA TERAPEUTICA.

HIPERTENSION	ADHERENCIA TERAPEUTICA				P*
	SI		NO		
	No.	%	No.	%	
HIPERTENSION ARTERIAL CONTROLADA	47	73	168	61.1	.050
HIPERTENSION ARTERIAL DESCONTROLADA	17	27	107	38.9	

*Significancia con X^2

Cuadro 12. RELACION ENTRE CUIDADOR PRIMARIO Y ADHERENCIA TERAPEUTICA.

CUIDADOR PRIMARIO	ADHERENCIA TERAPEUTICA				P*
	SI		NO		
	N.	%	N	%	

SI	N=26	41.3	N=99	36	.000
NO	N=37	58.7	N=176	64	
TIPO DE CUIDADOR					
HIJA	19	73	41	41.3	
CONYUGE	3	11.8	56	56.7	
MADRE	2	7.6	0	0	
OTRO	2	7.6	2	2	

*Significancia con X^2

Cuadro 13. RELACION ENTRE HIPERTENSION Y CUIDADOR PRIMARIO.
HIPERTENSION
ARTERIAL

	CUIDADOR PRIMARIO										P
	HIJA		CONYUGE		OTRO		NADIE		MADRE		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
CONTROLADA	34	15.9	39	66.1	4	100	137	64.3	0	0	.126
DESCONTROLADA	26	43.3	20	33.9	0	0	76	35.7	2	100	

*Significancia con X^2

VIII. DISCUSIÓN.

En nuestro estudio se encontró que se tiene en adherencia terapéutica solo una quinta parte de los paciente hipertensos teniendo una relación significativa con funcionalidad familiar en lo afectivo emocional, el tipo de comunicación, resolución de problemas y patrones de conducta.

Martín AL,²⁶ nos menciona *acerca del concepto de adherencia terapéutica* que dentro de la operatividad familiar la presencia de una enfermedad en algún integrante desencadena una crisis paranormativa y que obliga a la familia a una adaptación que puede ser positiva o negativa para el paciente, esta respuesta dependerá mucho de cómo se presentó la enfermedad las complicaciones que tenga y la repercusión que haya tenido en su ámbito económico, en los sistemas familiares que no cuentan con una base afectiva y o instrumentales para enfrentar una crisis teniendo como posible respuesta toda una gama de mecanismos de defensa, ya sea como negación, desplazamiento y esto repercute en la adherencia terapéutica de nuestro paciente hipertenso. A lo que observamos en nuestra población estudiada que se cuentan familias funcionales en lo afectivo emocional e instrumental sin embargo el último no es tan importante para el control de la hipertensión más bien el tipo de relaciones familiares en cuanto a la comunicación, organización para los problemas y conductas establecidas ante la enfermedad.

Para **González AA y col.**²⁸ en su estudio *importancia de la participación familiar en el control de la hipertensión arterial*, observaron en cuanto a la funcionalidad familiar, un elevado número de familias fueron clasificadas como disfuncionales, y se observó que donde existía funcionalidad familiar, 56,86 % de los pacientes se mantenían controlados, mientras que en las 63 familias disfuncionales, sólo 6,35 % de los enfermos estaban controlados. Tan solo en nuestro estudio más del setenta por ciento de forma global los pacientes hipertensos están controlados pero solo una mínima parte tiene apego a tratamiento farmacológico. Casi todos no se apegan a la dieta, la mitad sí realiza ejercicio, tal vez por la falta de información del tratamiento hacia el paciente o porque en realidad el no ha sabido apegarse a cada uno de estos aspectos terapéuticos de ahí que se tienen que analizar otras causas de no apego en forma completa.

Al realizar referencia sobre adherencia terapéutica **Pérez M y col.**²⁹ nos menciona, en el *Cumplimiento farmacológico de los pacientes hipertensos en una zona rural: relación con la funcionalidad familiar*, que la media de edad de los encuestados es de 66 años (EEM 3,6); 75 son mujeres (72% EEP 1,8) y 29 son hombres (28% 1,8). Y que sólo 36 pacientes respondieron negativamente al test MG (un 35% de pacientes buenos cumplidores; intervalo de confianza al 95% [25.7%; 44.2%]), mientras que los restantes 68 pacientes no realizan las tomas de su medicación antihipertensiva correctamente (65%, IC al 95% [55.7%; 74.2%]).

Pérez CR,³⁰ en su investigación de la *atención integral de pacientes diabéticos e hipertensos con participación de enfermeras en medicina familiar*, encontró que la mayoría de los pacientes fueron mujeres, vivían con pareja y su mediana de edad fue de 57 años, la escolaridad predominante fue primaria o menos; la mitad informó tener trabajo remunerado y la otra mitad estuvo integrada por personas jubiladas o sin trabajo remunerado; estos resultados fueron semejantes al presente estudio donde una tercera parte se encontró entre los 61-70 años, y dos terceras partes fueron mujeres estando relacionado con la educación primaria, nivel socioeconómico tipo obrero y mujeres dedicadas al hogar que aunque no se relaciono como factores de riesgo de acuerdo a la

estadística aplicada, por nuestro tipo de sociedad y cultura, esta población busca otras necesidades básicas que cubrir, que tener control de la propia enfermedad y asociado a que la mayor parte de nuestra población son personas de la tercera edad y que la mayoría no cuenta con cuidador primario en la poca adherencia al tratamiento antihipertensivo, haciéndosele difícil comprender y tratar su hipertensión.

González AA y col,²⁸ en su estudio antes mencionado al indagar la información que poseían las familias sobre hipertensión arterial, se encontró una pobre información sobre la dieta correcta, utilidad del tratamiento, así como la importancia del ejercicio físico y la nocividad del hábito de fumar; a lo que observamos que la mala adherencia terapéutica de nuestra población en una quinta parte son fumadores, y una quinta parte los que ingieren bebidas alcohólicas, así como en la mitad que no realiza ejercicio; esto es muy importante ya que el objetivo de ejercer una benéfica influencia sobre los estilos de vida insanos, o que las personas adquieran responsabilidad en el logro de una vida saludable, y se logre una disminución del peso corporal para si lograr una presión arterial adecuada debido a que bajan las cifras de TA con la disminución del 10% de sobrepeso. Así como una reducción del 80-84% en la ingesta excesiva de bebidas alcohólicas conduce a reducciones de los valores sistólicos y diastólicos de 5, 0/3.0 mmHg; un ejercicio dinámico isotónico, como caminar, disminuye de 5 a 10 mmHg la tensión arterial, tanto la diastólica como la sistólica, y se ha informado un descenso de 4.9/2.6 mmHg en relación con la reducción de 56-105 mmol en el aporte diario de sodio.² Sumando todos estos aspectos se lograría el control óptimo de cada paciente y así mejorar las condiciones saludables familiares.

Al hablar de red de apoyo familiar, **La Rosa y col,**³¹ en *Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos*, aprecio que la adherencia terapéutica se asocia a la presencia de suficientes redes de apoyo social, observando que los que tienen insuficiente redes de apoyo tienen poca o nula adherencia terapéutica 9.5%, vemos aquí la necesidad de contar con apoyo intra o extrafamiliar porque en la adherencia terapéutica tiene un alto significado el apoyo que recibe el paciente de familiares y amigos; esto puede contribuir a incrementar la ejecución de las prescripciones terapéuticas, y animar al enfermo a mantener el régimen médico. De manera que el apoyo que ofrece cada uno de los integrantes es el principal recurso de promoción de salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social.

Considerando la importancia que se tiene por parte del médico familiar para el control de la familia hipertensa jamás se debe dejar a un lado su funcionalidad, dinámica y aspectos sociales por lo que se sugiere analizar en un futuro los factores de riesgo familiar, social y emocional en profundidad de estas familias para poder dar una mejor atención integral.

IX. CONCLUSIONES.

- Los pacientes hipertensos se apegan más cuando tienen patrones familiares de afectividad de buena comunicación, resolución de problemas y patrones de buena conducta.

- Solo el 18.6% de los pacientes hipertensos tienen control adecuado de la TA.
- La edad de los pacientes Hipertensos en estudio fue entre los 61-70 años; media 60.76 ± 12.968 ; del sexo femenino ocupación hogar, y escolaridad primaria completa, nivel socioeconómico obrera, tienen cuidador primario una tercera parte; siendo la hija y el cónyuge los cuidadores principalmente.
- La comorbilidad con mayor frecuencia encontrada fue DM2 seguida de obesidad y dislipidemias.
- Las familias del paciente Hipertenso refirieron un buen involucramiento afectivo funcional, mostrando patrones de comunicación disfuncional afectiva sobre todo a nivel instrumental; se observó una buena resolución de problemas y un buen patrón de conducta.
- La mayor parte de los pacientes, no tuvo una buena adherencia farmacológica y solo el 18.6 % se apego a la adherencia farmacológica
- Los pacientes que son cuidados por otras personas no relacionadas con la familia mantienen cifras de control, seguidas de las que son cuidadas por su cónyuge; mientras tanto los que tienen TA descontrolada el mayor porcentaje son los que no cuentan con cuidador primario o son cuidados por sus hijos

El apoyo familiar es fundamental en la adhesión al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico, permitiendo la adaptabilidad, solidaridad, afecto y la capacidad de solucionar los problemas a los que se enfrenta nuestro paciente hipertenso. Este factor puede ser un elemento clave para evitar la progresión y las complicaciones de la Hipertensión, el no contar con un cuidador primario como consecuencia de la viudez, el analfabetismo, la falta de recursos económicos, para adquirir siempre la medicación, y la falta de apoyo y colaboración del entorno familiar del paciente hipertenso.

X. COMENTARIOS.

Se debe individualizar el tratamiento, adaptando en mayor grado posible a sus prácticas y actividades diarias, de igual forma a su cultura y entorno familiar, ya que solo el paciente, no es el único factor para una baja adherencia. El fortalecimiento de la relación médico paciente debe ser pilar fundamental tanto en

el tratamiento como en el acompañamiento de los pacientes con enfermedades crónicas, especialmente de la hipertensión arterial, siguiendo los principios básicos de la medicina de familia, que son la integridad, la continuidad, valoración holística y guías anticipadas familiares, donde el paciente conozca sobre su enfermedad, tratamiento y pueda realizar revisiones y fijarse metas periódicas. Al momento de prescribir el tratamiento antihipertensivo se debe tomar en cuenta tanto el beneficio como el costo y los efectos secundarios que deben ser debidamente informados tanto el paciente como a sus familiares. La atención familiar toma especial importancia en estos pacientes crónicos, tanto el conocimiento de las crisis y conflictos de una familia en que uno de sus miembros tiene un padecimiento crónico como los métodos para realizar una intervención familiar por lo cual deben estar incluidos en la atención sanitaria prestada y ser objeto de investigación por el médico familiar.

En casos de personas que viven solas, se debería formar una red de apoyo, rescatando la solidaridad de los vecinos y de la comunidad en general, involucrándolos no solo en el tratamiento del paciente hipertenso, sino también en las medidas de promoción de los estilos de vida saludables tanto para personas adultas jóvenes como para los adultos mayores, e hipertensos, de esta manera estamos promoviendo el autocuidado de la salud y la responsabilidad de cada uno con el proceso salud-enfermedad; un adecuado soporte social tiene un impacto positivo en la salud, incluyendo un mejor cumplimiento terapéutico; sin dejar de largo la actitud del profesional médico ante los pacientes, con quienes se suele ser más permisivo a la hora del incumplimiento farmacológico.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Health Care Guideline: *Hypertension Diagnosis and treatment*. Tenth Edition. ICSI Institute for Clinical Systems Improvement, 2005, 2(3):61-79.
2. Karam, T.D, y col; *Guía Clínica del IMSS para la prevención, control y tratamiento de la Hipertensión Arterial* 2009; 1-41.

3. Anderson NB, y col, *Hypertension in blacks: psychosocial and biological perspectives*; J Hypertens, 1989; 7(3):162-172.
4. Velásquez M. O, y col; Grupo ENSA 2000, *Hipertensión Arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000*. Arch Cardiol Mex 2002; 72(1):71-84.
5. *III Consenso Nacional de Hipertensión Arterial Sistémica*. Rev Mex Cardiol, 2005, Vol. 16, (1); 4-47.
6. Moragrega AJL y cols. *Definición, clasificación (adultos), epidemiología, estratificación del riesgo, prevención primaria*. Rev Méx Cardiol, 2005; 16 (1): 7-13
7. Lomeli EC, y cols. *Hipertensión Arterial en México*. Arch Cardiol Méx 2002; 71-84.
8. Germán Apolíneo F. Tesis: *Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la Hipertensión Arterial del paciente hipertenso de la UMF No. 33*. Méx. 2007; 1-39.
9. Chobanian AV, y cols, *Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure, Hypertension 2003*, 42: 1206-1252.
10. Hernández HH y cols. *Estudio del hipertenso 2005*; 16(1): 15-18.
11. Treiber FA, y col, *Prediction of resting cardiovascular functioning in youth with family histories of essential hypertension: a 5 year follow-up*; Journal of Pediatric and psychiatry; 1994, 4(2): 45-50
12. Treiber F, y col, *1 year stability and prediction of cardiovascular functioning atres and during laboratory stressors in youth with family histories of essential hypertension*, 1999; 3(9): 67-75
13. World Health Organization, international Society of Hypertension Writing Group. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) Statement on Management of Hypertension. J. Hypertens. 2003; 21: 1983-1992.
14. Norma Oficial Mexicana NOM- 030-SSA2-1999, *Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial*. México, 2000.
15. European Society of Hypertension-Europea Society of Cardiology *guidelines for the management of arterial hypertension*, Guise 2003, J Hypertens 2003; (21):1011-1053
16. Omvik P, y col, *Does antihypertensive treatment with amlodipino or enalapril affect quality of life? A multicenter study in general practice*; J Hypertens, 2003; 3(7): 172-183.
17. García P. AM, *¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria?*, *Medicina de familia*; 2000,1(1): 13-19.
18. Irigoyen y col, *Fundamentos de medicina Familiar*, 7ª ed. México Medicina Familiar Mexicana; 2000. p: 18-24.
19. Guerra L.R., *hacia una perspectiva de familia, en Actas del congreso, internacional sobre la familia "La familia hoy, derechos y deberes, sistema nacional DIF*. México, 2003.
20. Marín R. F, y col, *Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial*; Salud Pública de Méx, 2001,43(2): 336-339.

21. Levi-Strauss, C., *Estructuras elementales del parentesco* vol. I y II. Ed. Planeta, Barcelona, España 1985.
22. Bowles J, y col, *The impact of family function on health of african American Elderly*; Journal of comparative family Studies, 1998, 29(3): 124-134
23. Gómez-Clavelina FJ, *Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar*, Arch Med Fam. 1999; 1(2):45-57.
24. Minuchin, S.H CH Fishman, (1984) “*técnicas de Terapia familiar*”, Editorial Península, 8ª. Ed. Barcelona España.
25. Velasco C. ML, y col, *Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja*; Ed. Paz de México 1ª ed., p: 1-28.
26. Martín AL. *Acerca del Concepto de adherencia terapéutica*, Rev. Cub salud Pública, 2004; 30 (4).
27. Hernández SR, *Metodología de la investigación*, 4ª, ed. Ed Mc. Graw Hill, México 2004: p: 63-154.
28. González AA; *Importancia de la participación familiar en el control de la hipertensión arterial*, Medicentro 2004; 8(2): 1-7.
29. Pérez MA, y col; *Cumplimiento farmacológico de los pacientes hipertensos en una zona rural: relación con la funcionalidad familiar*; Rev de Medicina Familiar; 2006,7, (1): 24-48.
30. Pérez CR, y col, *Atención integral de pacientes diabéticos e hipertensos con participación de enfermeras en medicina familiar*, Rev Panamericana de Salud Publica, 2009, 26(6):35-45.
31. La Rosa, y col, *Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos*, Rev Cub Med General Integral, 2007, 23(1):51-57.



ANEXO 1
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA
 LUGAR: MEXICO D.F. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

POR MEDIO DE LA PRESENTE ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACION TITULADO:

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA U.M.F. No. 20

REGISTRADO ANTE EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION EN SALUD O LA CNC

EL OBJETIVO DE MI ESTUDIO ES: DETERMINAR LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS.

SE ME HA EXPLICADO QUE MI PARTICIPACION CONSISTIRA EN: **RESPONDER DE FORMA LIBRE Y SIN PRESION ALGUNA, UN CUESTIONARIO.**

DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO AMPLIAMENTE QUE NO SE TIENEN RIESGOS NI INCONVENIENTES, NI MOLESTIAS Y SI BENEFICIOS DERIVADOS DE MI PARTICIPACION EN EL ESTUDIO, QUE SON LOS SIGUIENTES:

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL SE HA COMPROMETIDO A RESPONDER CUALQUIER PREGUNTA Y ACLARAR CUALQUIER DUDA QUE LE PLANTE ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVARAN ACABO, LOS RIESGOS, BENEFICIOS O CUALQUIER OTRO ASUNTO RELACIONADO CON LA INVESTIGACION O CON MI TRATAMIENTO (EN CASO DE QUE EL PROYECTO MODIFIQUE O INTERFIERA CON EL TRATAMIENTO HABITUAL DEL PACIENTE EL INVESTIGADOR SE COMPROMETE A DAR INFORMACION OPORTUNA SOBRE CUALQUIER PROCEDIMIENTO ALTERNATIVO ADECUADO QUE PUDIERA SER VENTAJOSO PARA MI TRATAMIENTO.

ENTIENDO QUE CONSERVO EL DERECHO DE RETIRARME DEL ESTUDIO EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE CONVENIENTE, SIN QUE ELLO AFECTE LA ATENCIÓN MEDICA QUE RECIBO EN EL INSTITUTO.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL ME HA DADO SEGURIDAD DE QUE NO SE ME IDENTIFICARA EN LAS PRESENTACIONES O PUBLICACIONES QUE DERIVEN DE ESTE ESTUDIO Y DE LOS DATOS RELACIONADOS CON MI PRIVACIDAD SERAN MANEJADOS EN FORMA CONFIDENCIAL. TAMBIENTE SE HA COMPROMETIDO A PROPORCIONARME LA INFORMACION ACTUALIZADA QUE SE OBTENGA DURANTE EL ESTUDIO, AUNQUE ESTA PUDIERA CAMBIAR DE PARECER RESPECTO A MI PERMANENCIA EN EL MISMO.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

DRA. MICAELA SANTIAGO DE LA CRUZ. MAT. 11480297.

NOMBRE, FIRMA, MATRICULA DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL
NUMERO TELEFONICOS A LOS CUALES PUEDE COMUNICARSE EN CASO DE EMERGENCIA, DUDAS O PREGUNTAS RELACIONADAS CON EL ESTUDIO: CEL 55 31-29-94-13.
TESTIGOS

CLAVE 2810-009-013

ANEXO 2

CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO.

Se realizara con ayuda del investigador.

Por favor lea cuidadosamente las instrucciones antes de contestar.

A continuación presentamos una serie de enunciados, los cuales le suplicamos contestar de la manera mas sincera y espontanea posible.

La información que usted nos proporcione será *absolutamente confidencial*

Edad _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Escolaridad _____

Fuma: _____ Alcoholismo: _____

Realiza ejercicio: SI _____ No _____

Si contesto que si que tipo de ejercicio realiza: _____

Cuantos días a la semana: _____ y cuanto tiempo: _____

Enfermedades _____ que _____ padezca: _____

Tiempo de evolución con Hipertensión: _____

Cifra de TA en los 3 últimos meses: _____

Para evaluar que los pacientes se encuentren en control las cifras de TA, deberán encontrarse igual o menor a 140/90 mmHg. En los 3 últimos meses.

Tratamiento: a) Farmacológico b) Dieta c) Mixto.

Cuenta con alguien que lo cuide y ayude en su tratamiento: NO: _____ Si: _____

Si contesto Si, Quien es: _____ Desde cuando lo cuida: _____ y cuanto tiempo al día o ala semana le dedica: _____

METODO GRAFFAR PARA EVALUAR NIVEL SOCIOECONÓMICO

A) PROFESION DEL JEFE DE FAMILIA: (1)

1. Universitario, alto comerciante, gerente ejecutivo, grandes empresas, etc.
2. Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc.
3. Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa.
4. Obrero especializado: tractorista, taxista.
5. Obrero no especializado, servicio domestico.

B) NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE: (1)

1. Universidad o equivalente.
2. Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa.
3. Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos).
4. Educación primaria completa.
5. Primaria incompleta, analfabeta.

C) PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS: (3)

1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar)
2. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, deportistas profesionales)
3. Sueldo quincenal o mensual.
4. Salario diario o semanal
5. Ingresos de origen público o privado (subsidios)

D) CONDICIONES DE LA VIVIENDA: (2)

1. Vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias.
2. Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias.
3. Vivienda con espacios reducidos pero confortables y buenas condiciones sanitarias.

4. Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias.
5. Vivienda improvisada, construida con materiales de desecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.

De acuerdo al puntaje siguiente se evaluara nivel socioeconómico.

04 – 06: Estrato alto
07 – 09: Medio alto
10 – 12: Medio bajo
13 – 16: Obrero
17 – 20: Marginal

Evaluación del Funcionamiento Familiar mediante el Cuestionario EFF modelo McMaster del tipo Likert que utiliza cinco opciones para valorar cada reactivo: totalmente de acuerdo (5), acuerdo (4), ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), en desacuerdo (2), y totalmente en desacuerdo (1).

Todos los enunciados se refieren a aspectos relacionados con su familia (con la que vive actualmente). Le agradecemos de antemano su cooperación.

Por favor, no deje enunciados sin contestar. La forma de responder es cruzando con una **X** el numero que mejor se adecue a su respuesta, con base en la siguiente escala.

No	CONCEPTO	TOTALMENTE DE ACUERDO (5)	DE ACUERDO (4)	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO (3)	EN DESACUERDO (2)	TOTALMENTE EN DESACUERDO (1)
1	Mi familia me escucha					
2	Si tengo dificultades mi familia esta en la mejor disposición de ayudarme					
3	En mi familia ocultamos lo que nos pasa					
4	En mi familia tratamos de resolver los problemas entre todos.					
5	No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de la familia					
6	Raras veces platico con la familia Sobre lo que me pasa					
7	Cuando se me presenta algún problema me paraliza					
8	En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas					
9	Mi familia es flexible en cuanto a las normas					
10	Mi familia me ayuda desinteresadamente					
11	En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones					

12	Me siento parte de mi familia					
13	Cuando me enojo con algún miembro de la familia, se lo digo.					
14	Mi familia es indiferente a mis necesidades afectivas					
15	Las tareas que me corresponden sobrepasan mi capacidad para cumplirlas					
16	Cuando tengo algún problema, se lo platico a mi familia					
17	En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartir los quehaceres de la casa					
18	En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño					
19	Me siento apoyado(a) por mi familia					
20	En casa acostumbramos expresar nuestras ideas					
21	Me duele ver sufrir a otro miembro de mi familia					
22	Me avergüenza mostrar mis emociones frente a mi familia					
23	Si falla una decisión, intentamos una alternativa					
24	En mi familia hablamos con franqueza					
25	En mi casa mis opiniones no son tomadas en cuenta					
26	Las normas familiares están bien definidas					
27	En mi familia no expresamos abiertamente los problemas					
28	En mi familia, si una regla no se puede cumplir, la modificamos					
29	Somos una familia cariñosa					
30	En casa no tenemos un horario para comer					
31	Cuando no se cumple una regla en mi casa, sabemos cuales son las consecuencias.					
32	Mi familia no respeta mi vida privada					
33	Si estoy enfermo, mi familia me					

	atiende					
34	En mi casa, cada quien se guarda sus problemas					
35	En mi casa nos decimos las cosas abiertamente					
36	En mi casa logramos resolver los problemas cotidianos					
37	Existe confusión acerca de lo que debemos hacer cada uno de nosotros dentro de la familia					
38	En mi familia expresamos la ternura que sentimos					
39	Me molesta que mi familia me cuente sus problemas					
40	En mi casa respetamos nuestras reglas de conducta.					

De esta forma podremos evaluar:

- El involucramiento afectivo funcional.
- El involucramiento afectivo disfuncional,
- Patrones de comunicación funcionales
- Resolución de problemas
- Y patrones de control de conducta.

1. INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO FUNCIONAL

- >51 PUNTOS funcional.

2. Involucramiento afectivo disfuncional.

- > 33 es disfuncional.

3. Patrones de comunicación disfuncionales:

- >12 disfuncional

4. patrones de comunicación familiar funcional

- > 9 puntos es funcional

5. resolución de problemas

- > 9 buena resolución de conflictos.

6. patrones de control de conducta.

- > 6 buen patrón de conducta

Cuestionario Morisky Green para evaluar Adherencia Terapéutica.

¿Se olvida tomar alguna vez los medicamentos para su presión arterial?	Si	No
¿Olvida tomar los medicamentos a la hora indicada?	Si	No
¿Cuándo se encuentra bien deja Ud. De tomar sus medicamentos?	Si	No
Si alguna vez se encuentra mal, ¿deja Ud. De tomar sus medicamentos?	Si	No.

Se califican como cumplidores a los pacientes que respondan correctamente a las cuatro preguntas formuladas y una respuesta inadecuada califica al paciente como incumplidor.