



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 249.
TLAXOMULCO, ESTADO DE MÉXICO.**

**“RELACION ENTRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y FUNCIONALIDAD
FAMILIAR EN PACIENTES HIPERTENSOS ADULTOS MAYORES, DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 249, TOLUCA, MÉXICO, DE MAYO A JULIO
DE 2011”.**

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

PRESENTA:

M.C. JESÚS GUSTAVO CARMONA VERGARA.

**RELACION ENTRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES
HIPERTENSOS ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR 249 TOLUCA, MEXICO DE MAYO A
JULIO DE 2011**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

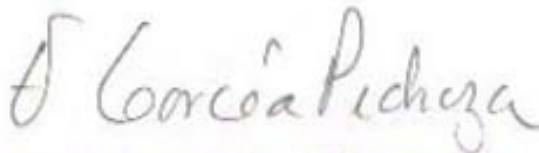
PRESENTA

MC. JESUS GUSTAVO CARMONA VERGARA


AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
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.


**"RELACION ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LA
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES HIPERTENSOS ADULTOS
MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 249, SANTIAGO
TLAXOMULCO, TOLUCA, MÉXICO, DE MAYO A JULIO DE 2011".**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR


PRESENTA

MC. JESÚS GUSTAVO CARMONA VERGARA.


AUTORIZACIONES



DRA. ZITA MARIA DE LOURDES REZA GARAY.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
249; TLAXOMULCO, ESTADO DE MÉXICO.



DR. VICTOR MANUEL PEREZ ILAGOR.
DIRECTOR DE TESIS
MEDICO ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA.



DR. GUILLERMO AUSTREBERTO ESPINOSA FUENTES.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 222

**“RELACION ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LA
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES HIPERTENSOS ADULTOS
MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 249, SANTIAGO
TLAXOMULCO, TOLUCA, MÉXICO, DE MAYO A JULIO DE 2011”.**

INDICE GENERAL

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Antecedentes de Marco Teórico.....	4
Planteamiento del problema.....	25
Justificación.....	26
Hipótesis.....	27
Objetivos.....	28
Material y métodos.....	29
Tamaño de la muestra.....	30
Criterios de selección de inclusión, exclusión y eliminación.....	31
Variables de estudio.....	32
Operacionalización de variables.....	33
Instrumentos de investigación.....	35
Consideraciones éticas y consentimiento informado.....	36
Resultados.....	37
Tablas y gráficos.....	39
Discusión.....	57
Conclusiones.....	58
Sugerencias.....	59
Bibliografía.....	60
Anexos.....	63

TITULO: RELACION ENTRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES HIPERTENSOS ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 249, TOLUCA, DE MAYO A JULIO DE 2011.

Autores: Gustavo C. Víctor P.I.

Palabra clave: Hipertensión, adherencia, funcionalidad familiar, adulto mayor.

Introducción: La hipertensión arterial es una enfermedad frecuente la cual afecta aproximadamente a un billón de personas en todo el mundo y esto pudiera aumentar, ya que las expectativas de vida son cada vez mayor, además, la funcionalidad familiar de los pacientes es un factor clave para el éxito en la mejora de la adherencia terapéutica.

Objetivo general: Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar en pacientes hipertensos adultos mayores en la UMF 249 Santiago Tlaxomulco de mayo a julio 2011. Toluca México.

Metodología: El estudio se realizó en la UMF 249 Toluca Estado de México.

Diseño de estudio: se realizó un estudio, analítico, tipo observacional, transversal, prospectivo cuyo universo fue de 78 pacientes hipertensos adultos mayores adscritos a la UMF: 249.

Descripción general del estudio: Se estudiaron a 78 pacientes de la UMF 249 con diagnóstico de hipertensión arterial que asistieron a la consulta externa y se les aplicó los cuestionarios de Funcionalidad Familiar y MBG de Adherencia terapéutica previa firma del consentimiento informado.

Resultados: De los 78 derechohabientes mayores de 60 años, de los cuales de acuerdo al género, la mujer tuvo una participación del 59% en relación con el sexo masculino que tuvo un involucramiento del 41%. De acuerdo a la funcionalidad familiar los adultos mayores con hipertensión arterial el 69.2% tienen una adecuada funcionalidad y solo el 30.8% es disfuncional. En forma global a la adherencia terapéutica se observó que solo 1.5% se encontró sin adherencia, una adherencia total 48.7% y adherencia parcial 50.0. En lo que respecta a la relación adherencia al tratamiento y funcionalidad familiar se observa que en los pacientes con adherencia total un 35.9% son funcionales y un 12.8% son disfuncionales y en la adherencia parcial un 33.3 son funcionales, un 16.7% son disfuncionales.

Conclusiones: No hay duda que el apoyo familiar es un factor importante para llevar con éxito el tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico en los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas tales como la hipertensión arterial.

Sugerencias: Por parte del médico familiar debe realizar un envío oportuno a trabajo social en donde debe realizarse un análisis de la funciones de la familia así poder realizar redes de apoyo entre los integrantes de la familia para permitir al paciente adulto mayor con hipertensión arterial mejore la buena adherencia al tratamiento con la finalidad de disminuir las complicaciones en un futuro.

TITLE: RELATIONSHIP BETWEEN ADHERENCE TO TREATMENT AND FAMILY FUNCTION IN PATIENTS WITH HYPERTENSION IN ELDERLY FAMILY MEDICINE UNIT 249, TOLUCA, MAY TO JULY 2011.

Authors: Gustavo C. Victor PI.

Keywords: Hypertension, adherence, family functioning, elderly.

Introduction: The arterial hypertension is a common disease which affects approximately one billion people around the world and this might increase, since the expectations of life are increasing, in addition, the family functionality of patients is a key factor for success in improving adherence to treatment.

General Objective: To determine the relationship between adherence to treatment and family function in hypertensive patients older adults in the UMF 249 Santiago Tlaxomulco from may to July 2011. Toluca México.

Methodology: The study was conducted in the UMF: 249 Toluca Mexico States.

Study Design: A study was conducted, analytical, observational, cross-sectional and prospective whose universe was 78 hypertensive patients older adults attached to the UMF: 249.

General Description of the study: We studied 78 patients of the FMUS 249 with a diagnosis of high blood pressure that attended the outpatient consultation and they applied the questionnaires of functionality and MBG Family of therapeutic adherence after signing informed consent.

Results: Of the 78 survivors over the age of 60, which according to gender, women had a participation of 59% in relation to the male that had a involvement of the 41 %. According to the family functionality older adults with hypertension the 69.2 % have an adequate functionality and only 30.8 % is dysfunctional. In a comprehensive manner in the of adherence to therapy it was noted that only 1.5 % was found without adhesion, total adherence 48.7 % and partial adherence 50.0. With regard to the relationship adherence to treatment and family functionality it is noted that in patients with complete adherence 35.9 percent are functional and a 12.8 % are dysfunctional and in the adhesion a partial 33.3 are functional, 16.7 % are dysfunctional.

Conclusions: There is no doubt that family support is an important factor for successful treatment both pharmacological and non-pharmacological therapy in patients with chronic degenerative diseases such as hypertension.

Suggestions: On the part of the family doctor should perform a timely delivery to social work in where there should be an analysis of the functions of the family so as to make networks of support among the members of the family to allow the adult patient with high blood pressure improve good adherence to treatment with the aim of reducing the complications in the future.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es un problema de Salud Pública a nivel mundial, en México al igual que otros países en desarrollo se está experimentando un cambio demográfico de gran magnitud, por un lado el aumento en la esperanza de vida que trae consigo un aumento en la población de adultos mayores y por otro, el avance tecnológico han coadyuvado al incremento de las enfermedades crónico-degenerativas, como la hipertensión arterial.¹

Dentro del IMSS ocupa el primer lugar en el número de consultas de Medicina Familiar y afecta al 32 % de adultos mayores.¹

La transición demográfica en el país, con el rápido crecimiento de la población de adultos mayores, impone numerosos desafíos para el Médico Familiar quien es el primer contacto en la atención del paciente con hipertensión arterial, enfermedad crónico degenerativa que va en constante alza, por lo que es deber primordial dar un enfoque integral en la atención del adulto mayor, quien ya por la propia condición del envejecimiento es un grupo vulnerable, al agregarse otra condicionante como la hipertensión arterial aumenta la morbimortalidad en este grupo etareo.^{2,3}

La visión integral del proceso salud enfermedad identifica a la persona, no como un ente aislado y fragmentado, sino como un elemento dentro del contexto social que es su familia, en donde la interacción de factores biopsicosociales resulta definitiva, en el inicio y evolución de esta enfermedad.⁴

El tratamiento del adulto mayor con hipertensión arterial debe darse con la participación tanto del Médico Familiar como de la familia, por lo que es importante conocer la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en este tipo de patología, para tener una visión más amplia y proporcionar una atención adecuada y una perspectiva de vida digna a los adultos mayores, con la finalidad de evitar o prevenir complicaciones que generen un deterioro en la calidad de vida y se consiga un mayor bienestar para esta población.

1. ANTECEDENTES

CAPITULO 1

1. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

1.1. Concepto: Se define como el grado en que la conducta de una persona, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico.⁵

1.1.1 Prevalencia: El cumplimiento terapéutico en la HTA según los diferentes estudios oscila entre el 66.2 y el 7.1 % a nivel mundial.⁶

En la actualidad, todavía son válidas las palabras de un conocido autor que hace 30 años decía “se gasta muchos esfuerzo y dinero en investigar la eficacia de los fármacos en la enfermedad, pero nadie se preocupa si la persona los toma o no.”⁷

El termino adherencia según DiMatteo y DiNicola (1982) es entendido como una complicación activa y de colaboración voluntaria de la persona en el curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado terapéutico deseado. En sentido general el término adherencia se refiere al proceso a través del cual el sujeto lleva a cabo las indicaciones del terapeuta, basada en las características de su enfermedad, del régimen terapéutico que sigue, de la relación que establece con el profesional de la salud y sus características psicológicas y sociales.⁸

El problema de la falta de adherencia a los tratamientos merece una mención especial, tanto por su relevancia en la salud pública, como por ser una de las actividades en la cual el profesional médico participa activamente.

Una de las causas principales de los pobres resultados obtenidos seria la falta de adherencia al tratamiento, entendiéndose por tal el no cumplimiento de las indicaciones sugeridas por el médico tratante. Varios estudios, entre ellos el de Jones, has demostrado que solo entre el 40% y el 50% de las personas que inician un nuevo tratamiento farmacológico mantienen la medicación a los 6 meses de haberlo hecho, y el estudio de Greenbur confirma que el 50% de los nuevos hipertensos abandona la medicación al año de iniciado el tratamiento.⁹

Aproximadamente el 20% de la población mundial padece Hipertensión Arterial (HTA) y solo entre el 35 y el 34% de esa población controla las cifras tensionales con un tratamiento antihipertensivo.⁹

El incumplimiento de los tratamientos afecta tanto como a las propias personas como a los profesionales de la salud. Ya que se desaprovecha recursos que tiene un costo y no se consiguen los objetivos esperados de aumento de la salud de las personas para los que fueron prescritos.

El médico en la familia pueden y deben hacer mucho para ayudar a la persona hipertensa en este cambio de vida. La forma de ayudarlos, sin embargo no es transmitirles el miedo, si no darles la posibilidad de incrementar su calidad de vida siguiendo las pautas de tratamiento.

Tener en cuenta las condiciones reales de vida será fundamental para no imponer adaptaciones forzadas que son uno de los principales motivos de abandono. El tratamiento más conveniente para una pareja de jubilados que viven solos no será el mismo para quienes trabajan todo el día fuera de casa, para quien no tiene cobertura social que le cubra los medicamentos más costosos o para el integrante de una familia numerosa en la que todos deberían adaptarse a nuevas pautas alimentarias. Cada estilo de vida implica diferentes posibilidades de tratamiento, a lo que hay que agregar la edad del sujeto y por supuesto su condición clínica.

Existen una serie de factores que intervienen en el incumplimiento y que son dependientes de las características personales de cada paciente, características del médico, de la relación médico-paciente y se ha demostrado que el control de la hipertensión arterial conlleva importantes beneficios, con una disminución de la morbimortalidad.⁶

Las causas habitualmente conocidas más frecuentes de incumplimiento son los olvidos simples en las tomas de medicación, el desconocimiento del porque debe tomarla, el miedo a presentar efectos secundarios o la aparición de ellos. Sin embargo, sus numerosas causas de incumplimiento, basadas en un razonamiento lógico por parte de la persona, que ocasionan el incumplimiento de éste, como puede ser, la prescripción de tomar la medicación en un horario que dificulta su toma al coincidir con otras actividades de su vida habitual, el abandono, por mejoría clínica aparente, el abandono parcial por múltiples dosis de medicación, no tomar la medicación durante un viaje, la creencia de que no es necesario tomarla, el presentar según su opinión personal la tensión baja, no estar de acuerdo con el diagnóstico, el alto precio del medicamento o no poder asistir a consulta para recoger las recetas del medicamento.⁶

El anciano toma las decisiones sobre su medicación considerando factores personales relativos a sus creencias sobre la salud, sobre la percepción de la causa de su enfermedad o la manera que cree que debe hacerle frente. Por lo tanto, no se debe considerar un mero cumplidor de las prescripciones médicas, sino una persona que toma decisiones autónomas y con el cual el médico debe establecer una alianza para mejorar la efectividad del tratamiento. ⁷

1.1.2. Instrumentos a utilizar:

Cuestionario de MBG (Martín - Bayarre - Grau) La consistencia interna se determinó a través del cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach y la validez de construcción del MBG fue evaluada a través de un análisis factorial de componentes principales. ¹¹

La validación del contenido se realizó a través de la metodología propuesta por **Morimaya**. La muestra utilizada para la consistencia interna y validez de construcción lógica del MBG estuvo compuesta por sujetos con hipertensión arterial para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial, se confeccionaron los ítems en forma de **12** afirmaciones, se le da al sujeto la opción de respuesta en una escala Likert compuesta con cinco posibilidades que van desde siempre hasta nunca, el cuestionario además de datos generales de la persona (nombre, edad, sexo, ocupación, años de diagnosticada la enfermedad e información acerca del tratamiento médico), su clasificación se estableció a partir de la estimación de un puntaje que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada sujeto, considerando como **Adheridos Totales** a los que obtienen entre de **38 a 48** puntos, **Adheridos parciales** de **18 a 37** puntos y **no Adheridos** entre **0** y **17**, de modo que se puede cuantificar con rapidez la respuesta de la persona y determinar tres tipos o niveles de adherencia al tratamiento: Total, Parcial y no adheridos. ¹¹

CAPITULO 2

1. FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante.¹¹

1.2. Concepto de Familia

La palabra familia deriva de la raíz latina famulus, que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo famul, que se origina de la voz famel, esclavo doméstico.⁴

El término familia puede incluir variadas acepciones y definiciones, por lo que resulta difícil elaborar un concepto de familia que tenga carácter universal, ya que esta adopta formas y dimensiones tan diferentes en cada sociedad que no siempre es fácil discernir sobre los elementos que pueden ser comunes.⁴

La OMS comprende como parte de la familia a los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.⁴

1.2.1. Criterios para funcionalidad familiar:

- Comunicación: Clara, directa, específica y congruente
- Individualidad: Autonomía respetada y diferencias toleradas.
- Toma de decisiones: Buscar la solución más apropiada para cada problema.
- Reacción a los eventos críticos: Flexible para adaptarse a las demandas existentes.

1.2.2. Homeostasis familiar

Equilibrio interno que conserva a la familia a pesar de las presiones producidas tanto en el interior como en el exterior (Jackson).

Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal, que las fuerzas del grupo le permiten progresar de crisis, resolviéndolas de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez.¹²

- Familia funcional: son familias cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica. Las familias que son funcionales son familias donde los roles de todos los miembros están establecidos sin que existan puntos críticos de debilidades asumidas por ninguno de los miembros y donde todos laboran, trabajan y contribuyen igualmente con entusiasmo por el bienestar colectivo.¹¹
- Familia disfuncional: se puede manifestar por medio de los síntomas en sus integrantes. Dentro de una familia disfuncional es un juicio valorativo de distintos aspectos de la vida, en el que los sentimientos que se despiertan en el sujeto encuentran su origen en las interacciones (verbales y/o físicas) que se producen entre éste y los demás miembros de la familia, de este modo puede apreciarse la relación entre la satisfacción familiar y la satisfacción vital.¹¹

En México como en muchos países, la familia representa una unidad básica de la sociedad, comparte entre sus miembros la vida en común, sus fortalezas, debilidades, y el conocimiento y significado que tienen de sí mismo y de su realidad. Sin embargo, los cambios sociales, como la aparición de nuevos roles tanto para el hombre como para la mujer, y la transición demográfica, entre otros, son factores generadores de alteraciones en la estructura y dinámica familiar.⁴

De acuerdo con Friedman, la familia es una unidad con estructura y organización que interactúa con su medio ambiente, es un sistema social, con subsistemas interpersonales definidos por uniones emocionales y responsabilidades comunes, sujetas a cambios que pueden afectar su estabilidad.⁴

1.2.3. Tipología familiar: La familia es un sistema abierto en constante interacción con los entornos histórico, social, económico y cultural; no es una unidad homogénea en su conformación, lo cual indica que no todas están integradas de igual manera.¹⁴

Por tanto, hay una gran variedad de ellas: la prevalencia de los distintos tipos de familia depende de las características sociodemográficas y de las formas de organización hogareña y familiar varían con el tiempo y según la transformación económica, demográfica y cultural del contexto social.¹⁴

El estudio de la tipología familiar implica hacer e identificar con qué elementos está integrado (nuclear, extensa etc.), se requiere ubicar el grado de desarrollo alcanzado por la familia dentro de su contexto económico (arcaica, tradicional y moderna), valorar el contexto demográfico de la familia (urbana, suburbana y rural) identificar su comportamiento antropológico (distribución del poder, jerarquía, roles, tipo de liderazgo, familia apartada y familia enredada), afecta la calidad y cantidad de sus interacciones en relación con la satisfacción de las necesidades de sus miembros (familia funcional satisfactoria, familia funcional insatisfactoria y familia disfuncional insatisfactoria).¹⁴

La tipología familiar no es más que un reflejo de la gran diversidad de condiciones que existen en una sociedad, lo cual predetermina la naturaleza, la composición y la dinámica familiar de esta sociedad y a su vez representa un hecho de suma importancia, porque de eso depende el tipo de familias que componen a esta sociedad.¹³

Desde el punto de vista del desarrollo de la familia se puede subdividir en tres tipos que son:¹⁴

- Moderna 30%.
- Tradicional 60%.
- Arcaica 10%

Según su demografía.

- Rural: habita en el campo y no cuenta con todos los servicios intradomiciliarios.
- Suburbana: tiene las características del medio rural pero está ubicada en medio urbano.
- Urbana: se encuentra en una población grande y cuenta con todos los servicios.

11

Según su integración:

- Integrada: ambos conyugues viven en la misma casa y cumplen con sus funciones respectivas.
- Sami integrada: ambos conyugues viven en la misma casa pero no cumplen adecuadamente sus funciones.
- Desintegrada: los conyugues se encuentran separados

11

Por su composición:

- Nuclear: cuenta con esposo, esposa con o sin hijos.
- Extensa: conyugues e hijos que viven juntos a otros familiares con sanguíneos, por adopción o afinidad.
- Extensa compuesta: los anteriores que además conviven con otros sin nexo legal (amigos, compadres etc.).

12

1.2.4. El cuidado familiar del hipertenso.

Hablar de la salud familiar implicaría hacer alusión a la prevalencia e incidencia de enfermedades en una familia determinada. Sin embargo, el enfoque para evaluar una familia como sistema integral se apoya más en las relaciones interpersonales que en la suma de los estados de salud de los miembros que la conforman, ya que la visión integral del proceso de salud- enfermedad identifica al sujeto en estudio, no como un ente aislado y fragmentado, sino como un elemento dentro del contexto social que es su familia, en donde la interacción de factores biopsicosociales resulta definitiva.¹⁵

Aunque el tratar de mantener unas cifras normales con medicamentos para aumentar la esperanza y la calidad de vida en estas personas en muchos casos este objetivo no se cumple y los familiares cercanos poco se interesan para que el tratamiento se lleve de manera adecuada.

Suele suceder que el sujeto hipertenso abandona el tratamiento farmacológico y las medidas para modificar su estilo de vida, debido a que la elevación de la presión arterial no produce manifestaciones clínicas relevantes y generalmente piensa que se encuentra controlado.

Por lo general, durante los primeros meses después de haberse detectado la hipertensión, el sujeto trata de seguir el tratamiento, en lo que se refiere a los medicamentos e incluso la dieta y los cambios en su estilo de vida, pero también es común que comience a percibir su enfermedad como un factor que lo minimiza ante su familia y que atenta contra la estabilidad y las aferradas costumbres de su hogar, por lo que la persona tiende a declinar su apego al tratamiento.

Las familias funcionales se consideran que cumplen todas sus funciones, además de permitir un mayor o menor desarrollo de sus integrantes, expresado este en una mejor atención en problemas de relación y dinámica familiar en sus diferentes áreas y según sus interacciones personales es posible considerar a una familia funcional después de las aplicaciones de alguno de los instrumentos para evaluar dichas funciones familiares.¹⁴

La deficiente interrelación médico-familia, la disfunción familiar y el apoyo deficiente al hipertenso por sus familiares estuvieron muy altamente asociados al descontrol de la tensión arterial.¹⁶

Al hablar de salud tenemos que considerarla como un proceso donde es necesaria la participación activa del individuo, la familia y la comunidad y por lo tanto, una construcción colectiva donde existen derecho y deberes.¹⁶

Otro aspecto importante es el apoyo de los amigos o familiares, pues si estos entienden la importancia de modificar los estilos de vida, el individuo hipertenso podrá disfrutar de la comida en grupos, salidas y reuniones, sin la necesidad de lamentarse o sentirse distinto ante los demás al no poder probar lo que todos comen, ni divertirse en la forma en que los demás lo hacen.

1.2.5. El impacto de la enfermedad en la familia.

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia, puede representar un cambio radical tanto en su funcionamiento como en su composición. Podría considerarse como una crisis dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros.

La enfermedad puede considerarse como una crisis, debido a la capacidad que tiene para desorganizar un sistema familiar, al igual que pudiera hacerlo una separación, la pérdida de algún miembro, el nacimiento del primer hijo, etc; el desajuste puede tener diferentes intensidades, las cuales van a estar influenciadas por el tipo de enfermedad y la dinámica del grupo familiar.

Para comprender mejor este fenómeno, debemos recordar que la familia es un sistema abierto (según la teoría general de sistemas), en la que las interacciones de sus miembros tienden a mantener patrones más estables y que, sin embargo, pueden variar de manera gradual para adaptarse a los cambios que se generan en los diferentes momentos de la vida del individuo y de la familia, propiciados por situaciones internas del propio grupo familiar o bien por influencia del ámbito social.¹⁷

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia representa un cambio radical en su funcionamiento, incluso en su composición, que se produce y que impacta irremediabilmente en cada uno de sus miembros.¹⁷

1.2.6. Factores que condicionan el impacto de la enfermedad en la familia.

Derivado de las múltiples complicaciones que puede presentar el sujeto hipertenso y la falta de apoyo familiar provoca impacto en la familia como lo es:

1.2.7. Etapa del ciclo vital

Debe investigarse el momento del ciclo vital familiar en que la enfermedad sorprende a la familia, el grado de consecución de las tareas propias de esa etapa y el posicionamiento de cada uno de sus miembros en sus roles.

El impacto de la enfermedad será diferente en cada momento de la vida de una familia y del miembro al que ocurra: de tal suerte que no es lo mismo una enfermedad como la hipertensión en el esposo económicamente activo en la etapa de independencia de los hijos, que una enfermedad vascular cerebral en el conyugue en la etapa de nido vacío.¹⁷

1.2.8. Roles familiares

El sujeto enfermo juega un papel central que le posibilita para que haga alianza o coaliciones en contra de uno o varios miembros de la familia, lo que genera mayor estrés y un incremento en el grado de disfunción familiar, que además se sustenta en el manejo de culpas, resentimientos y temores.¹⁷

La enfermedad crónica y más aún la terminal, suponen una profunda crisis familiar a la que las familias podrán responder mejor cuando más flexibles pueden ser.

El rol del cuidador que, por lo general, se asigna a una mujer en nuestra cultura (madre, hermana mayor,) genera conflictos que implica el descuido de sus otras funciones, como el cuidado de los hijos o del estudio.¹⁷

De esta manera, se puede esperar que las familias con mayor rigidez representen mayores dificultades para responder a la crisis por la enfermedad, ya que no se puede adaptar a las nuevas condiciones de la dinámica familiar.

1.2.9. Dinámica familiar.

La familia está inmersa en un campo muy amplio de influencias culturales, como las que presentan las diversas organizaciones sociales, los cambios históricos y los conflictos de valores, debidos principalmente a las diferencias étnicas, religiosas y de clase social.

Elementos fundamentales en la dinámica familiar.

1.- La familia como sistema: es tal vez el elemento principal y fundamental del estudio de la familia, en el que se fundamentan los principios de la terapia general y se hace necesario conocer algunos elementos fundamentales del estudio de los sistemas para comprender como funciona la familia.

2.- La familia como grupo: el grupo familiar tiene características definidas que nos permitirá conocer a través del estudio de la teoría de grupos estas características que le dan identidad a la familia.

3.- La comunicación en la familia: elemento principal y de cohesión entre los dos aspectos anteriores, por lo que es necesario conocer la teoría general de la comunicación, con lo que podremos saber el tipo de comunicación que hay en ella.⁴

1.2.10 Nivel socioeconómico.

No es lo mismo que la enfermedad aparezca en una familia de escasos recursos económicos a que ocurra en una económicamente estable. Es evidente que la crisis familiar en la primera va a ser mayor, ya que la desorganización provocada por la enfermedad se va a percibir en todos los ámbitos, durante el padecimiento, la familia requerirá mayor cantidad de recursos económicos por concepto de medicamentos, curaciones, consultas, transporte, alimentación especial y acondicionamiento físico de la vivienda.¹⁷

1.2.11. Comunicación en la relación médico paciente

La trascendencia de construir y mantener una comunicación adecuada con la persona resulta innegable para cualquier disciplina médica, pero quizá sea mayor para la medicina familiar, ya que incluso se ha considerado como un instrumento indispensable para el trabajo del médico familiar.

El médico familiar debe percatarse que todas las acciones desarrolladas durante el proceso del cuidado de la persona están concatenadas, el grado de comprensión que tenga el sujeto acerca de las indicaciones del médico, aumenta su satisfacción y recuerdo del acto asistencial, lo que favorecerá un mayor apego a las medidas terapéuticas y por tanto, un mejor resultado de salud, por lo anterior, es conveniente incrementar la calidad de la información dada al enfermo, comprobar su nivel de comprensión y tomar las medidas pertinentes en caso de detectar alguna barrera para la adherencia al tratamiento.¹⁴

1.2.12. Medición de la Funcionalidad Familiar.

Hay diversos instrumentos para realizar la medición de la Funcionalidad Familiar como FACES III, Escala de Funcionamiento Familiar, el Índice de Funcionamiento Familiar en relación a la prueba de MC MASTER, pero se decidió por el Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF), ya que es el que más se adecua al tipo de estudio que se va a realizar.

Cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar: es un instrumento que evalúa la percepción que un miembro de la familia tiene acerca de su funcionamiento familiar.¹⁸

El cuestionario fue elaborado a partir del Modelo McMaster del Funcionamiento Familiar (Epstein et al. 1981) se generó un banco de 200 reactivos con base en este marco teórico, se realizó una primera selección de reactivos, utilizando como criterios la claridad y la pertinencia con la escala y quedaron 151 reactivos distribuidos de la siguiente manera: 25 correspondían al área de la resolución del problema, 25 al área de la comunicación, 26 al área de roles, 25 al área de respuesta afectiva, 22 al área de involucramiento afectivo y 28 al área de control de conducta.

El cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar es del tipo Likert que utiliza cinco opciones para valorar cada reactivo: totalmente de acuerdo (5), acuerdo (4), ni de acuerdo ni desacuerdo (3), en desacuerdo (2) y totalmente en desacuerdo (1).¹⁸

Para obtener la validez del constructo del instrumento se realizó un análisis de componentes principales con dos métodos de rotación de los ejes: el de solución Varimax y el de rotación oblicua.¹⁸

La solución Varimax dio 16 factores con valores Eigen superiores a uno, que acumularon 63.5 % de la varianza total. Se rotaron los ejes para encontrar factores aún más reducidos. En la rotación oblicua, esos 16 factores se redujeron a 6 con valores Eigen superiores a uno que acumularon 61.8 de la varianza total.¹⁸

Consistencia interna: una vez obtenido los factores empíricos, se procedió a obtener el índice de consistencia interna de ellos y de las variables cuyos pesos factoriales cargaron en forma importante (igual o mayor a 0.40). Se obtuvieron alfas de Cronbach que para el factor uno fue de 0.92, el factor dos de 0.87, el factor tres de 0.50, el factor cuatro de 0.61, el factor cinco de 0.41 y el factor seis de 0.53 y para el inventario general fue de 0.92.¹⁸

1.- El instrumento tiene una estructura multifactorial de seis factores que agrupan los constructos teóricos propuestos inicialmente.

2.- A nivel del análisis por escalas, el patrón del factor refleja, en términos generales, que varían entre leves de 0.35 y excelente de 0.76 según Cromrey, citado en Tabachnick (1986) ¹⁸

La forma de calificar el cuestionario para obtener las calificaciones necesarias:

- a) seleccionar los reactivos que pertenecen a cada factor.
- b) Sumar la calificación de los puntajes (1, 2, 3, 4 o 5) dados por el sujeto.
- c) El puntaje obtenido es la calificación para ese factor.
Comparar el puntaje con el punto medio o punto de corte, tomando en cuenta también el puntaje máximo que podemos obtener así como el mínimo. ¹⁸

Para saber si la calificación de cada factor tiende hacia la categoría o definición de ese factor, habrá de obtenerse el punto medio del puntaje, también llamado punto de corte, que es diferencia en cada factor. ¹⁸

Este punto de corte o punto medio se obtiene multiplicando el número total de reactivos de cada factor por 3, que en la escala de Likert es el punto medio. Digamos que si una persona contesta todos los reactivos con el número 3, significara que no está de acuerdo ni desacuerdo con cada uno de las preguntas, es decir, que no tiene una tendencia positiva ni negativa. Por ello al obtener el punto medio o punto de corte, ya se puede evaluar si la persona está por encima o por debajo de este.

Para obtener el punto máximo se multiplica el número total de reactivos de cada factor por cinco, que en la escala de Likert es el puntaje más alto, y para obtener el puntaje mínimo se multiplica el número total de reactivos de cada factor por 1, que en la escala de Likert es el puntaje más bajo asignado. ¹⁸

Se valorará como funcional si su calificación esta en 56-85 puntos y será disfuncional si es de 33-55 puntos. ¹⁸

1.3. HIPERTENSION ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES.

1.3.1 ADULTOS MAYORES: En México el progreso socioeconómico, la migración, la disminución de la tasa de natalidad y el aumento de la esperanza de vida forman parte de una transición demográfica expresada en un incremento de Adultos Mayores. En la última década del siglo XX, la población de Adultos Mayores estuvo representada por una tasa del 7.0 %, a principios del año 2005 aumento 8.4% y se estima que para el 2030 alcance 17.4%.¹⁹

En México, los Adultos Mayores son considerados como aquellas personas de 60 años o más, caracterizadas por presentar cambios físicos, fisiológicos, psicológicos y espirituales propios del proceso de envejecimiento.¹⁹

Es necesario anticipar las demandas del rápido envejecimiento demográfico y contribuir a crear las condiciones que permitan disfrutar a los adultos mayores de más y mejores oportunidades y de una vida digna, con pleno respeto a sus derechos y con atención a sus necesidades.¹⁹

El IMSS se ha interesado en disminuir las principales causas de muerte del país, ha identificado que la hipertensión arterial es el padecimiento más frecuente en México, que ocupa el primer lugar en demanda de consulta de medicina familiar y que afecta al 32 % de adultos mayores.¹

1.3.2. HISTORIA DE LA HIPERTENSION ARTERIAL: Durante el siglo XIX los trabajos pioneros en el campo de la hipertensión arterial se orientaron especialmente al reconocimiento y descripción de las lesiones anatomopatológicas en distintos órganos y en forma paralela los intentos para medir la presión arterial. Entre aquellos que tuvieron como objetivo medir la presión arterial, podemos señalar a Potain (1875), quien con un instrumento estimaba la presión sistólica a través de la compresión del pulso. Estos esfuerzos fueron coronados hacia finales del siglo, más precisamente en el año 1896, cuando Riva-Rucio describió por primera vez el manguito inflable con el cual podía medir la presión arterial sistólica en el brazo y luego Korotkoff (1904), cuando reporto el método auscultatorio, el cual permitió medir la presión arterial diastólica.¹

1.3.3. Concepto: La hipertensión arterial sistémica es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras mayores de 140/90 mmHg. Es el producto del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico.²¹

1.3.4. Epidemiología: La prevalencia de la hipertensión arterial en México es de 30.8 en personas mayores y se estima que el número de casos es de 15.1 millones que tienen algún grado de hipertensión.²¹

Más de la mitad de la población portadora de hipertensión lo ignora y que por causas diversas, sólo se detecta del 13.4 al 22.7 %. Menos la mitad de los que se conocen hipertensos toman medicamentos y de éstos sólo el 20 % está controlado.²²

En México, tres instituciones gubernamentales suministran los servicios de salud pública. La población derechohabiente de la seguridad social es de 46.9% del total nacional; el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es la institución con mayor cobertura y atiende a 66.2% de dicha población.²³

La razón de esta epidemia de hipertensión descontrolada no es clara; se han realizado estudios de investigación que proponen diversas explicaciones, entre ellas la falta de observancia del tratamiento, la edad, el género, el estado civil, el costo de los fármacos, la comorbilidad y causas relacionadas con los sistemas de salud.²³

1.3.5. Fisiopatología:

En la fisiopatología de la hipertensión arterial en el adulto mayor, son centrales los cambios en la resistencia vascular periférica para el desarrollo, tanto de la hipertensión esencial como la hipertensión sistólica aislada. Sin embargo, el fenómeno parece ser multifactorial.²⁴

Factores extramurales: disminución de la distensibilidad de los grandes vasos.

Factores funcionales: tono vascular regulado por factores extrínsecos:

- Sodio: la restricción de sal en las personas mayores hace disminuir la TA más que en los individuos jóvenes.
- Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona: existe una menor producción de renina por el riñón envejecido.
- Resistencia Periférica a la insulina: la hiperinsulinemia favorece la reabsorción renal de sodio y la estimulación del sistema nervioso simpático.
- Sistema Nervioso Autónomo: existe un aumento de noradrenalina circulante, junto con una disminución en receptores beta-adrenérgicos, lo que implica un aumento del tono alfa adrenérgico.
- Factores natriuréticos circulantes: tanto el factor natriuretico atrial, como el factor digitálico circulante, parecen intervenir en la fisiopatología de la hipertensión en el adulto mayor, aumentado en el sodio intracelular y secundariamente, el calcio intracelular con un aumento del tono vascular.²⁴

1.3.6. Etiología y Clasificación de la hipertensión.

Hipertensión primaria (esencial): Hipertensión de causa indeterminada.

Hipertensión secundaria: Hipertensión debida a

1.- Enfermedades renales

Enfermedades renales arteriales (estenosis de la arteria renal a causa de aterosclerosis e hipertrofia fibromuscular), aneurisma, embolia e infarto.

Enfermedades del parénquima renal (glomerulonefritis aguda y crónica), pielonefritis, tuberculosis renal poliquística, hemorragia pericapsular y cicatrización subsecuente a traumatismo.

Tumores renales (tumor de Wilms, tumores productores de renina).

Arteritis (poliartritis nudosa, neurofibromatosis e inespecífica).

2.- Trastornos endocrinos:

Síndrome de Cushing

Acromegalia

Aldosteronismo primario

Feocromocitoma

3.- Coartación de la aorta.

4.- Defectos enzimáticos (hiperplasia suprarrenal congénita):

Defectos enzimáticos de 17^a- hidroxilación que conduce a amenorrea a causa de sobreproducción de precursores del cortisol.

Defectos enzimáticos de 11B- hidroxilación.

5.- Trastornos neurológicos: Aumento de la presión intracraneal por tumores encefálicos, accidente cardiovascular, cuadriplejía.

6.- Hipertensión inducida por fármacos:

Administración prolongada de corticosteroides.

Uso excesivo de desoxicorticosterona y sales de 5^a- flúor en el tratamiento de la hipertensión postural.

Uso de anfetaminas o tiroxina excesiva.

Ingesta crónica de orozuz con producción de pseudoaldosteronismo.

Uso de anticonceptivos orales.

Ciclosporina en pacientes de trasplante.

Abuso de cocaína (crack).

7.- Hipercalcemia por cualquier causa.

8.- Trastornos neurógenos, posiblemente psicógenos.

9.- Deficiencia de enzimas tisulares vasodilatadoras (especulativas): prostaglandinas, calicreína, factor de relajación derivado del endotelio, tejido medula renal.²⁵

1.3.7. Edad e hipertensión.

La presión arterial media aumenta con la edad en la mayor parte de las poblaciones occidentales, pero no en todas las personas de los grupos de población.

El aumento de la presión arterial con la edad en diversos estudios epidemiológicos es mayor en personas que cuentan con una dieta baja en calcio, quienes tienen una historia familiar de hipertensión, en poblaciones que ingieren habitualmente una dieta muy alta en sal y en personas que tienen factores de personalidad o emocionales que aumentan la presión arterial.

1.3.8. Raza e hipertensión

Además del índice de mortalidad por hipertensión en personas de raza negra es mayor que las de raza blanca, aunque esto puede estar relacionado con una disminución en el acceso a tratamiento más que en una susceptibilidad inherente a la hipertensión.²⁵

1.3.9. Clasificación:

La enfermedad cardíaca hipertensiva se clasifica en **estado leve**, que se refiere al estado temprano de la enfermedad cardíaca hipertensiva, en la cual hay presión arterial reproducible de al menos 140 mmHg sistólica y 90 mmHg diastólica, o cifras mayores sin mostrar todavía evidencia de hipertrofia ventricular izquierda compensadora (ECO o ECG). El **estado moderado** se caracteriza por hipertrofia ventricular concéntrica, sin dilatación de las cavidades, lo cual refleja mecanismo adaptativo para reducir el estrés de la pared ventricular. A nivel celular hay aumento del número de sarcomeras que permite mantener el aumento del trabajo cardíaco, la disfunción diastólica es más notoria. El **estado severo** ha producido una miocardiopatía dilatada, consecuencia de la sobrecarga de presión sostenida y de la isquemia miocárdica crónica; esta última causada por el desequilibrio entre el sistema capilar coronario disminuido frente al aumento de la masa ventricular izquierda, lo cual resulta en necrosis miositaria y aumento del tejido conectivo, con progresiva dilatación ventricular. Es más frecuente en ectopia ventricular y la muerte súbita, el paciente puede tener severas limitaciones en su clase funcional.²⁶

Tabla definiciones y clasificaciones de los niveles de presión sanguínea en adultos

Categoría	Sistólica (mmHg)		Diastólica (mmHg)
Nivel de presión			
Óptima	< 120	y/o	< 90
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal alta	130-139	y/o	85-89
Grado 1 (leve)	140-159	y/o	90-99
Grado 2 (moderada)	160-179	y/o	100-109
Grado 3 (extrema)	180 o más	y/o	110 o más
Tipos de hipertensión			
Sistólica pura	140 o más	y/o	< 90
Diastólica pura	< 140	y/o	90 o más
Sistólica -Diastólica	140 o más	y/o	90 o más

Para definir categoría por nivel de presión en el caso de que un valor tenga una categoría y otro valor otra categoría, se tomará la categoría correspondiente el valor más alto de las dos.²⁷

1.3.10. Diagnóstico: Se debe tomar la presión arterial de manera sistematizada y empleando una técnica adecuada.¹⁹

En personas de 18 años o más, el diagnóstico de hipertensión se establece con la elevación sostenida de la presión arterial sistémica con cifras iguales o mayores de 140/90 mmhg.²²

A todas las personas que presenten cifras tensionales elevadas se les deberá realizar una valoración clínica completa, con el objetivo de:

- Hacer un diagnóstico certero, empleando una técnica de medición de la tensión arterial adecuada.
- Definir la gravedad: según las cifras tensionales.
- Identificar la causa de la hipertensión arterial.
- Evaluar el estilo de vida de la persona y otros factores de riesgo o comorbilidad que pueden afectar el pronóstico y el tratamiento.
- Identificar la presencia de daño a órgano blanco, enfermedad cardiovascular (EVC), renales y cerebrovasculares.

Detecciones

Se dijo que más del 50 % de las personas hipertensas no saben que lo son porque la enfermedad es silenciosa, sin embargo, se puede desarrollar infarto al miocardio, entonces lo que se tiene que hacer es acudir a su clínica familiar correspondiente para verificar la presión arterial, porque es la principal causa de enfermedades, en menos de dos minutos se sabrá si son candidatos a desarrollar hipertensión y es entonces cuando el médico les dará el tratamiento preventivo.²⁰

1.3.11. Pruebas diagnósticas (laboratorio y gabinete).

Formula roja, creatinina sérica, glucosa sérica, electrolitos (Na, K, Ca), colesterol total, HDL, triglicéridos y ácido úrico. ²²

1.3.12. Factores asociados a la hipertensión.

- Las primarias (esenciales) representan entre el 90-95 % de los casos y son de etiología multifactorial, están relacionados con:
 - Antecedentes hereditarios de hipertensión.
 - Sobrepeso y obesidad.
 - Sedentarismo.
 - Estrés mental.
 - Hábitos alimenticios: consumo excesivo de alimentos ricos en sodio y bajos en potasio, pobre 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 son:
 - Uso de medicamentos (vasoconstrictores, antihistamínicos, esteroides, AINES).
 - Diabetes mellitus (DM).
 - Síndrome cardiometabólico.
- Únicamente son secundarias el 5-10% de los casos y están asociados a las siguientes causas:
 - Apnea del sueño.
 - Insuficiencia renal crónica.
 - Aldosteronismo primario.
 - Enfermedad renovascular.
 - Feocromocitoma.
 - Coartación de la aorta.
 - Enfermedad tiroidea o paratiroidea.
 - Terapia con esteroides o síndrome de Cushing. ²⁵

1.3.13. Tratamiento:

Manejo: En personas con presión arterial normal alta, las modificaciones en el estilo de vida, retrasan la progresión a hipertensión arterial. ²²

- **Modificación de estilo de vida:** es conveniente insistir a la persona sobre la importancia de la modificación de sus hábitos para el éxito del tratamiento.
 - Reducir de peso.
 - Disminuir o suspender el consumo de alcohol.
 - Suspender el consumo de tabaco.
 - Reducir el consumo de sal a menos de 6 gr/día y de alimentos industrializados.
 - Recomendar dieta rica en frutas, vegetales y bajas en grasas.
 - Incrementar el consumo de alimentos ricos en potasio y calcio.
 - Disminuir el consumo de refrescos y carbohidratos refinados.
 - Establecer un programa de actividad física aeróbica e isotónica en forma regular al menos 30-35 min. 4-5 veces por semana previa valoración del riesgo cardiovascular.²⁷

La reducción en la ingesta de sodio es de mayor magnitud en personas mayores de 45 años que no reciben tratamiento farmacológico.¹⁹

La terapia con diuréticos tiazidas reduce la incidencia de enfermedad vascular cerebral, enfermedad cardiovascular, mortalidad general, en particular en personas mayores. Debe iniciarse tratamiento farmacológico inmediato en sujetos con presión arterial persistente con cifras mayores o menores 160/100 mmhg, así como presión arterial mayor o menor de 140/90 con elevado riesgo cardiovascular (riesgo > 20 % a 10 años) o con daño a órgano blanco. Así como también a personas mayores de 55 años el tratamiento se debe iniciar con tiazidas o un calcio antagonista y en menores de 55 años el tratamiento de elección debe ser un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina entre otros esquemas antihipertensivos para disminuir lesión a órgano blanco y problemas cardiovasculares.²²

1.3.14. TIPOS DE URGENCIAS HIPERTENSIVAS Y RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

TIPO DE URGENCIAS	TRATAMIENTO RECOMENDADO	FARMACOS QUE DEBEN EVITARSE
Encefalopatía hipertensiva	Nitroprusiato sódico, labetalol, diazoxido.	Beta-antagonista, metildopa, clonidina.
Infarto cerebral	Ningún tratamiento, Nitroprusiato sódico, labetalol.	Beta-antagonista, metildopa, clonidina
Hemorragia intracerebral, hemorragia subaracnoidea	Ningún tratamiento, Nitroprusiato, sódico, labetalol.	Beta-antagonista, metildopa, clonidina.
Isquemia miocárdica, infarto del miocardio	Nitroglicerina, labetalol, antagonista de calcio, Nitroprusiato sódico.	Hidralacina, diazoxido, minoxidil.

Edema pulmonar agudo	Nitroprusiato sódico y diuréticos de asa, nitroglicerina y diuréticos de asa.	Hidralacina, diazoxido, beta-antagonista, labetanol.
Disección de la aorta	Nitroprusiato sódico y beta- antagonista, trimefán y beta- antagonista.	Hidralacina, diazoxido, minoxidil
<i>Eclampsia</i>	Hidralacina, diazoxido, labetanol, antagonista del calcio.	Trimetofán, diuréticos, beta-antagonista.
Insuficiencia renal aguda	Nitroprusiato sódico, labetanol, antagonista del calcio.	Beta- antagonista, trimetofán.
Alteraciones fundoscópicas grado III o grado IV KW	Nitroprusiato sódico, labetanol, antagonista del calcio.	Beta- antagonista, clonidina, metildopa.
Anemia hemolítica microangiopática	Nitroprusiato sódico, labetanol, antagonistas del calcio.	Beta- antagonista.

Reproducido con autorización de Calhoun DA, Oparil S: Treatment of hypertensive crisis (Current Concepts.) N Engl J Med 1990; 323:1177. ²⁵

Su prevalencia fluctúa de un 10 a 30 % de la población adulta y su presencia se eleva con la edad de los pacientes en México, la encuesta nacional de salud (ENSA 2000 reportó que alrededor de 15 millones de adultos la padecen y que al año fallecen 200 mil de ellos). ⁹

La hipertensión afecta aproximadamente un billón de personas en todo el mundo y esto puede aumentar ya que la expectativa de vida es mayor, es así que individuos normotensos mayores de 55 años tienen un 90 % de probabilidades de desarrollar hipertensión arterial. ²⁸

Aproximadamente el 20 % de la población mundial padece hipertensión arterial (HTA) y sólo entre el 35 y el 34 % de esa población controla las cifras tensiónales con un instrumento antihipertensivo. Una de las causas principales de los pobres resultados obtenidos sería la falta de adherencia al tratamiento, entendiéndose por tal el no cumplimiento de las indicaciones sugeridas por el médico tratante, varios estudios entre ellos el de Jones, han demostrado que solo entre el 40 y el 50 % de los pacientes que inician un nuevo tratamiento farmacológico mantienen la medicación a los 6 meses de haberlo hecho. ⁷

Se ha estimado, según datos de encuestas que la prevalencia de hipertensión en América Latina y el Caribe oscila entre 8 y un 30 %, la hipertensión es uno de los importantes factores de riesgo para las principales enfermedades cardiovasculares, cerebro vasculares e isquémica del corazón. ²⁹

1.3.15. Hipertensión arterial en el anciano

La edad promedio de la población adulta, está en permanente crecimiento, estimándose que para el año 2020 más del 20% de la población mundial superara a los 65 años. ³⁰

El aumento de la presión arterial sistólica (PAS) con la edad es un hecho observacional común, pero no universal, y debería considerarse patológico. La hipertensión arterial no es un proceso normal del envejecimiento. ³⁰

Con la edad aumentan las comorbilidades y la presencia de otros factores de riesgo, con la resultante de la polifarmacia en su enfoque terapéutico y las posibilidades de interacciones farmacológicas peligrosas. En definitiva la creciente prevalencia de la hipertensión particularmente en este grupo etario, constituye una verdadera epidemia y su adecuado tratamiento previene el accidente cerebrovascular, el infarto de miocardio y la insuficiencia cardiaca y renal crónica. ³⁰

Los cambios que se producen con la edad son magnificados con la presencia de hipertensión arterial. Con el envejecimiento en las arterias los lípidos se acumulan en las fibras de elastina, lo que facilita los depósitos de calcio, la media incrementa su espesor, existe hipertrofia e hiperplasia de las células musculares lisas, sintetizando mayor cantidad de colágeno y se incrementa la actividad de las elastasas destruyendo la elastina e incrementado el índice colágeno/elastina aumentado la rigidez de las arterias. ³¹

1.3.16. Estudios realizados sobre Adherencia al tratamiento y funcionalidad familiar.

En un estudio realizado en el 2004 en 153 familias de pacientes hipertensos se encontró, que un número elevado de familias fueron clasificadas como disfuncionales y se observó que en donde existía funcionalidad familiar (56.86%) los pacientes se mantenían en control, mientras que en las 63 familias disfuncionales solo el 6.35% estaban controlados. ¹⁶

En otro estudio realizado en el 2005 (ENSAT) la adherencia al tratamiento a los 6 meses de iniciado no supero el 50%. Sin embargo en lo pacientes adherentes los valores de la PA sistólica y diastólica aislados fueron menores y los porcentajes de control de las mismas significativamente mayores. ⁷

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años, México ha sufrido una transición epidemiológica relacionada con la disminución de las enfermedades infecciosas y el aumento progresivo de las enfermedades crónico degenerativas, especialmente, la Hipertensión Arterial, ya que un 79% de los hipertensos ignora su estado, lo cual representa un grave problema de salud pública y es un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular, además los cambios fisiológicos del envejecimiento llevan a una mayor propensión a desarrollar mayores complicaciones y mayor morbimortalidad.

Actualmente, México experimenta un cambio en su composición estructural, observando un incremento en el grupo de adultos mayores, teniéndose una proyección para el año 2030 del 17.14% en relación con el resto de la población y por lo tanto se incrementarán las enfermedades crónico degenerativas propias del envejecimiento.¹⁹ Dentro del IMSS, la hipertensión arterial, es el padecimiento más frecuente en la consulta de Medicina Familiar y afecta al 32 % de los adultos mayores.²⁰

Las condiciones de vida de los adultos mayores con enfermedades crónicas como la hipertensión arterial plantean una serie de problemas no resueltos, como el abandono en que se encuentran en la mayoría de los casos, por lo que la familia se enfrenta a difíciles retos y experimenta cambios que alteran su funcionalidad y la adherencia al tratamiento.

Es de vital importancia para el Médico Familiar, priorizar su atención en este grupo etareo con hipertensión arterial, en el cual la familia tiene un papel preponderante en la adquisición de hábitos saludables, que favorecerá la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, como consecuencia adultos mayores con mejor calidad de vida.

Por lo tanto se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar en pacientes hipertensos adultos mayores que asistan a la consulta en la UMF 249 Santiago Tlaxomulco?

2.1. JUSTIFICACIÓN

La Hipertensión arterial es un problema de salud pública mundial que afecta aproximadamente a un billón de personas en todo el mundo y esto, va en aumento, ya que la expectativa de vida es cada vez mayor. En América Latina y el Caribe oscila entre un 8 a 30%, en México hay aproximadamente 15.1 millones que tienen algún grado de hipertensión, y dentro del IMSS ocupa el primer lugar en demanda de consulta en Medicina Familiar y afecta al 32% de los adultos mayores.^{1, 20, 27}

Actualmente el país está teniendo un cambio epidemiológico importante, en el cual, los adultos mayores tienen una tendencia creciente cada día, por lo que, es importante poner énfasis en la atención a este grupo etareo, específicamente en lo que respecta a la hipertensión arterial, primera causa de morbimortalidad cardiovascular, por lo que es menester que la adherencia al tratamiento se favorezca con la participación o involucramiento tanto del Médico Familiar, como de la familia, con la finalidad de mejorar el control del padecimiento y lograr cambios saludables para evitar o retardar las complicaciones.

Existe un elevado número de familias disfuncionales, por lo cual se debe evaluar la funcionalidad familiar, donde la familia tiene una influencia positiva o negativa en el curso natural de la enfermedad, con la finalidad de buscar cambios de vida saludables y lograr una adecuada adherencia terapéutica.

La importancia de realizar este estudio es con la finalidad de que la familia participe en la adquisición de cambios saludables, tendientes a mejorar la adherencia terapéutica de los adultos mayores con hipertensión arterial, así mismo evitar o disminuir las complicaciones que se han significado como uno de las causas de mayor mortalidad en nuestro país.⁹

En un estudio realizado en el 2004 en 153 familias de pacientes hipertensos se encontró que un número elevado de familias fueron clasificadas como disfuncionales y se observó que en donde existía funcionalidad familiar (56.86%) los pacientes se mantenían en control, mientras que en las 63 familias disfuncionales solo el 6.35% estaban controlados.¹⁶

Para la realización del presente estudio de investigación se cuenta con los recursos financieros necesarios para llevarlo a cabo.

2.2. HIPÓTESIS GENERAL

2.2.1. Hipótesis de estudio

Existe relación entre la adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar, en pacientes hipertensos adultos mayores en la UMF: 249 Santiago Tlaxomulco de mayo a julio 2011.

2.2.2. Hipótesis Nula

No existe relación entre la adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar, en pacientes hipertensos adultos mayores en la UMF: 249 Santiago Tlaxomulco de mayo a julio 2011.

2.3. OBJETIVO GENERAL.

Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar en pacientes hipertensos adulto mayores en la UMF: 249 Santiago tlaxomulco de mayo a julio del 2011.

2.3.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 1.- Identificar el grado de adherencia terapéutica por género.
- 2.- Identificar el grado de adherencia terapéutica por edad.
- 3.- Identificar el grado de adherencia terapéutica por ocupación.
- 4.- Evaluar la funcionalidad familiar.
- 5.- Determinar el porcentaje de personas con adherencia total.
- 5.- Determinar el porcentaje de personas con adherencia parcial.
- 7.- Determinar el porcentaje de personas sin adherencia

2.4. METODOLOGÍA O MATERIAL Y METODOS

2.4.1. DISEÑO DE ESTUDIO: Analítico.

2.4.2. TIPO DE ESTUDIO: Observacional, Transversal, Prospectivo.

Población lugar y tiempo

2.4.3. LIMITES DE ESPACIO: Se realizó el estudio en la Unidad de Medicina Familiar 249, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación 16, en población Urbana la cual se encuentra ubicada en la calle de Agripín García Estrada esquina Fraternidad, ex rancho Los Uribe, Santiago Tlaxomulco, Toluca, Estado de México, con una población adscrita de 1994 adultos mayores de 60 años con Hipertensión Arterial.

2.4.4. LIMITES DE TIEMPO: En el período de Mayo a Julio del 2011

2.5. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se tomó como universo al total a los sujetos adultos mayores con Diagnóstico de Hipertensión Arterial adscritos a la unidad de Medicina Familiar 249 el cual es de 1994, de ambos turnos, utilizando el siguiente paquete estadístico para población, EpiInfo 2000 de CDC de Atlanta y Organización Mundial de la Salud.

Donde es utilizado para estudios poblacionales Descriptivos y los datos son los siguientes:

Población de estudio	1994
Frecuencia esperada de factor de estudio	45%
Resultado peor aceptable	35%
Nivel de confianza	95%
Tamaño mínimo de muestra	78

2.5.1 Tipo de muestreo: No probabilístico por cuota.

2.6. CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.6.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- 1.- Personas adultos mayores de 60 años que acudan a consulta a la UMF: 249 en ambos turnos
- 2.- Ambos sexos.
- 3.- Personas con el diagnóstico hipertensión arterial sistémica.
- 4.- Aquellos que acepten participar en el estudio.
- 5.- Personas que firmen consentimiento informado.

2.6.2. CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.

- 1.- Personas con otros padecimientos asociados como: DM2, Insuficiencia Renal Crónica y/o Cáncer.
- 2.- Personas con deterioro cognitivo

2.6.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Ninguno

2.7. VARIABLES DE ESTUDIO

2.7.1. VARIABLE INDEPENDIENTE.

1.- Funcionalidad familiar.

2.7.2. VARIABLE DEPENDIENTE.

1.- Adherencia al tratamiento.

2.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Nivel de medición	Indicador
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	Es el grado de que la conducta de una persona en relación con la toma de medicamentos el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las órdenes proporcionadas por el médico.	El grado de apego a la toma de medicamentos	Cualitativa ordinal	Adherencia total De 38 a 48 puntos Adherencia parcial 18 a 37 puntos No adheridos 0 a 17 puntos
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Es aquella que al interactuar un dialogo honesto y abierto y con el único interés de que prevalezca la unidad familiar	Representación del grado en que la familia muestra interés y valora cada miembro de la familia	Cualitativa Nominal	1.- Funcional De 56 a 85 puntos 2.- Disfuncional De 33 a 55 puntos
ADULTO MAYOR	En México los Adultos Mayores son considerados como aquellas personas de 60 años o más, caracterizadas por presentar cambios físicos, fisiológicos, psicológicos y espirituales propios del proceso de envejecimiento.	Adulto mayor de 60 años	Intervalo	60-65 años 66-70 años 71-75 años 76-80 años >80 años
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Edad del sujeto al momento de realizar el trabajo de investigación	Cuantitativa razón	Edad en años cumplidos

Genero	Condición orgánica que distingue ser masculino-femenino	Clasificación por sexo	Cualitativa nominal Dicotómica	Masculino Femenino
Escolaridad	Periodo de tiempo durante el cual se asiste a la escuela (grado de estudios)	Ultimo año escolar aprobado	Cuantitativa razón	Años de estudio
Ocupación	Acción y efecto de ocuparse en alguna profesión y oficio	Agrupación por tipo de actividad que realiza.	Cualitativa nominal	1.- Obrero 2.-Obrero calificado 3.- Empleado 4.-Profesionista. 5.- Hogar 6.-Jubilado 7.- Pensionado
Estado civil	Condición de una persona en relación a obligaciones y derechos civiles	Especificaciones en términos sociales de las personas	Cualitativa Nominal	1.- Soltero(a) 2.-Casado (a) 3.-Union libre 4.- Divorciado(a) 5.- Separa(a) 6.-Viudo(a)

2.9. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Se aplicaron cuestionarios validados que miden la Adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar.

Para evaluar la Adherencia al tratamiento se utilizó el cuestionario de **MBG (Martín - Bayarre - Grau)** La validación del contenido se realizó a través de la metodología propuesta por Morimaya. La muestra utilizada para la consistencia interna y validez de construcción lógica del MBG estuvo compuesta por sujetos con hipertensión arterial para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial, se confeccionaron los ítems en forma de **12** afirmaciones, se le da al sujeto la opción de respuesta en una escala Likert compuesta con cinco posibilidades que van desde siempre hasta nunca, el cuestionario además datos generales de la persona (nombre, edad, sexo, ocupación, años de diagnosticada la enfermedad e información acerca del tratamiento médico), su clasificación se estableció a partir de la estimación de un puntaje que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada sujeto, considerando como **Adheridos Totales** a los que obtienen entre de **38 a 48** puntos, **Adheridos parciales** de **18 a 37** puntos y **no Adheridos** entre **0 y 17** , de modo que se puede cuantificar con rapidez la respuesta de la persona y determinar tres tipos o niveles de adherencia al tratamiento: Total, Parcial y no adheridos.

Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF), cuestionario que fue elaborado a partir del Modelo McMaster de Funcionamiento Familiar, 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). Nos ayuda a evaluar la Funcionalidad familiar.

Es un cuestionario de 40 preguntas distribuidos en 6 factores: involucramiento afectivo funcional, involucramiento afectivo disfuncional, patrones de comunicación disfuncionales, patrones de comunicación funcionales, patrones, resolución de problemas y patrones de control de conducta.

2.10. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este trabajo no lesiona al individuo ni en el área social, ni psicológicas. Los datos que se obtengan serán utilizados para el logro del objetivo de esta encuesta, por lo que será estrictamente confidencial. No es necesario que ponga su nombre para asegurar la confidencialidad: se solicita la participación de este estudio de forma voluntaria, basados en la carta de Helsinki, Tokio y Ginebra.

Los adultos mayores con Hipertensión Arterial que participen en el estudio, con base a la información que se obtenga, permitirá que se identifiquen conductas de riesgo, aceptadas como ciertas por los pacientes, que pueden ser potencialmente modificables mediante consejería específica o integración de los sujetos que lo requieran a grupos de autoayuda o de intervención específica. Se les apoyará en el primer nivel de atención, con la finalidad de mejorar la adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar, a través de una mayor integración a los distintos departamentos con los que cuenta la Unidad de Medicina Familiar y en caso de que se requiera se canalizarán a segundo nivel.

3. RESULTADOS

Se realizó un estudio analítico en la UMF 249 del IMSS donde se aplicaron los instrumentos: Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar y el Cuestionario de MBG (Martin-Bayarre-Grau) de Adherencia Terapéutica a 78 derechohabientes mayores de 60 años, de los cuales de acuerdo al género, la mujer tuvo una participación del 59% en relación con el sexo masculino que tuvo un involucramiento del 41% y el turno que más participo fue el vespertino con el 67.9%, con una media de edad de 69.5 una mediana de 68, modo de 66 y una desviación estándar 7.122, una edad mínima de 60 y una máxima de 88 años de edad. (Grafica 1, 2 y 3).

La escolaridad de los encuestados tuvo una media de 2.95 años, una mediana 2 y modo de 0. 3 de cada 4 tenían hasta 4 años de primaria. (Grafica 4).

La ocupación que predominó fue en el Hogar con 41%, el pensionado con 32% y el resto seguía laborando como obrero. (Grafica 5).

En forma global la adherencia terapéutica se observó que solo el 1.3% se encontró sin adherencia, una adherencia total 48.7% y adherencia parcial 50.0%. (Grafica 12).

De acuerdo a la funcionalidad familiar los adultos mayores con hipertensión arterial el 69.2% tienen una adecuada funcionalidad y solo el 30.8% es disfuncional, con una media de 67.0, modo de 67 y una desviación estándar 15.393. (Grafica 13).

En lo que respecta a la relación adherencia al tratamiento y funcionalidad familiar se observa que en los pacientes con adherencia total un 35.9% son funcionales y un 12.8% son disfuncionales y en la adherencia parcial un 33.3 son funcionales, un 16.7% son disfuncionales y en los pacientes no adherentes solo 1.3% son disfuncionales de los pacientes estudiados, con una media 1.53, modo 2.0, una desviación estándar 0.528, y una X^2 de tendencia de 2.724 no significativa. (Grafica 14).

Con respecto a la variable género del total que presenta adherencia total la mujer tiene un 10.6% más que el hombre, y en la adherencia parcial tienen un 13.7%. En la mujer la adherencia parcial con respecto al hombre y en la que no tiene adherencia al tratamiento solo un caso de sexo femenino que representa un 100% y una X^2 de tendencia de 1.018 no significativa. (Grafica 15).

De acuerdo a la variable adherencia al tratamiento y edad, los cuales se agruparon en quinquenios, en el grupo de 60 a 64 años de edad la tendencia total correspondió a 2 de cada 3 pacientes (16.7%) y el resto a la adherencia parcial. Por el grupo de 65 a 69 años la adherencia parcial se observó con un 19.2%, un 12.8% tiene adherencia total y el resto sin adherencia, En ese grupo de edad de 70 a 74 años la adherencia parcial con un 9.0% y adherencia total 7.7%, En el de 75 a 79 años 2 tienen la adherencia parcial de 80 a 84 años de 2 de 3 con

adherencia total y el otro a la adherencia parcial y el último grupo no hay diferencia entre adherencia parcial y total, con una X^2 de tendencia de 0.250 no significativa. (Grafica 16).

En relación a la ocupación y la adherencia al tratamiento los obreros tienen el 3.8% de adherencia parcial y en lo que respecta la adherencia total y sin adherencia tienen el 1.3% cada uno y esta corresponde al 6.4% del universo estudiado. De los que se dedican al hogar la adherencia parcial tiene casi un 2% más que la total y para los pensionados casi es un 3% de adherencia total en contra de la adherencia parcial y una X^2 de tendencia de 3.378 no significativa. (Grafica 17).

Tabla. 1

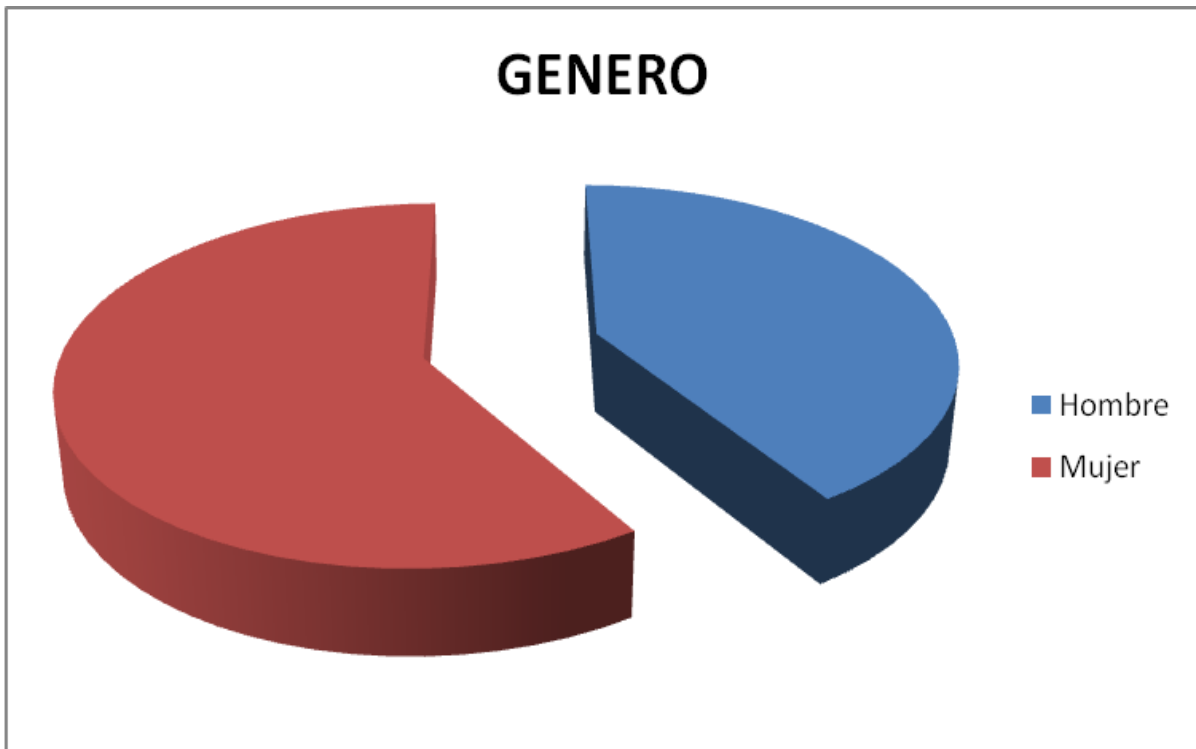
Género de los pacientes encuestados adultos mayores con hipertensión arterial de la consulta externa de la UMF: 249 de mayo-julio 2011.

GENERO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Hombre	32	41.0%	41.0%	41.0%
Mujer	46	59.0%	59.0%	100.0%
Total	78	100.0%	100.0%	

Fuente: cuestionario adherencia terapéutica.

Gráfica 1

Género de los pacientes encuestados adultos mayores con hipertensión arterial de la consulta externa de la UMF: 249 de mayo-julio 2011.



Fuente: cuestionario adherencia terapéutica.

Tabla 2

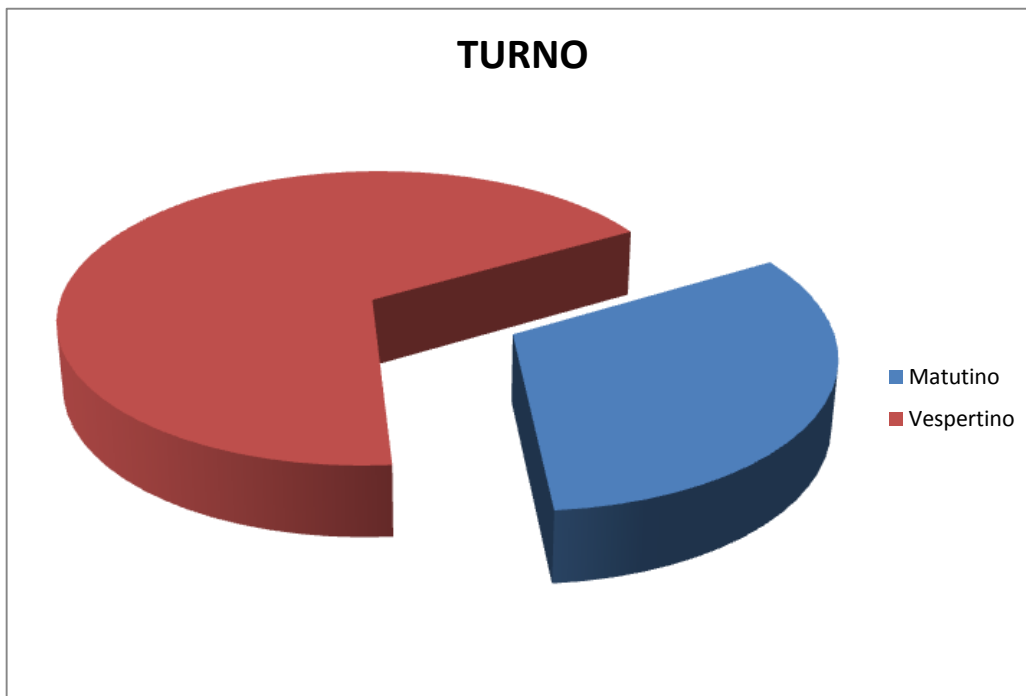
Porcentaje de paciente por turno adulto mayores con hipertensión arterial de la UMF: 249 de mayo-julio 2011.

TURNO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Matutino	25	32.1%	32.1%	32.1%
Vespertino	53	67.9%	67.9%	100.0%
Total	78	100.0%	100.0%	

Fuente: cuestionario adherencia terapéutica.

Gráfica 2

Porcentaje de paciente por turno adulto mayor con hipertensión arterial de la UMF: 249 de mayo-julio 2011.



Fuente: cuestionario adherencia terapéutica.

Tabla 3

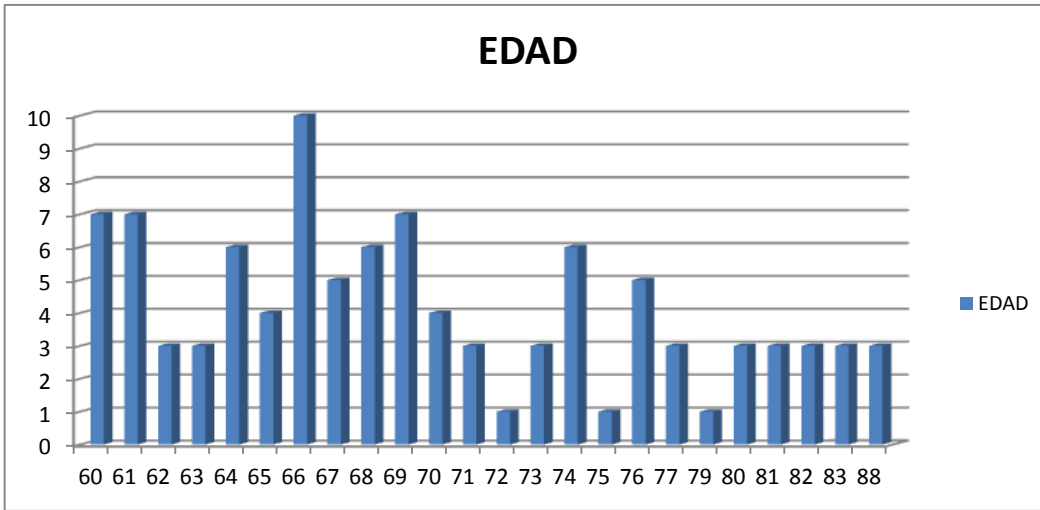
Edad de los pacientes encuestados adultos mayores con hipertensión arterial de la consulta externa de la UMF: 249 mayo-julio 2011.

EDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
60	6	7.7%	7.7%	7.7%
61	6	7.7%	7.7%	15.4%
62	2	2.6%	2.6%	17.9%
63	2	2.6%	2.6%	20.5%
64	5	6.4%	6.4%	26.9%
65	3	3.8%	3.8%	30.8%
66	8	10.3%	10.3%	41.0%
67	4	5.1%	5.1%	46.2%
68	5	6.4%	6.4%	52.6%
69	6	7.7%	7.7%	60.3%
70	3	3.8%	3.8%	64.1%
71	2	2.6%	2.6%	66.7%
72	1	1.3%	1.3%	67.9%
73	2	2.6%	2.6%	70.5%
74	5	6.4%	6.4%	76.9%
75	1	1.3%	1.3%	78.2%
76	4	5.1%	5.1%	83.3%
77	2	2.6%	2.6%	85.9%
79	1	1.3%	1.3%	87.2%
80	2	2.6%	2.6%	89.7%
81	2	2.6%	2.6%	92.3%
82	2	2.6%	2.6%	94.9%
83	2	2.6%	2.6%	97.4%
88	2	2.6%	2.6%	100.0%
TOTAL	78	100.0%	100.0%	

Fuente: cuestionario de adherencia terapéutica.

Gráfica 3

Edad de los pacientes encuestados adultos mayores con hipertensión arterial de la consulta externa de la UMF: 249 de mayo - julio 2011.



Fuente: fuente cuestionario adherencia terapéutica.

Tabla 4

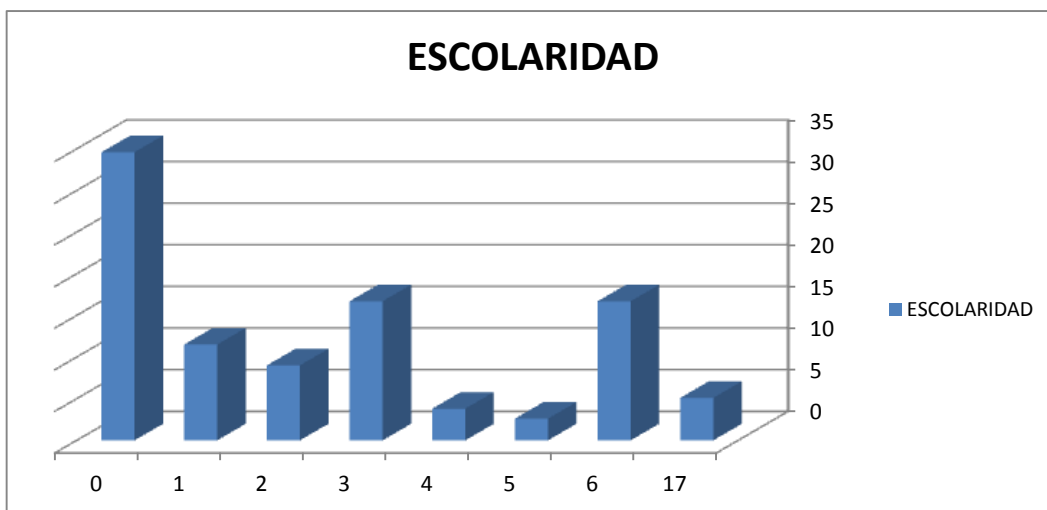
Escolaridad de los pacientes encuestados adultos mayores con hipertensión arterial de la consulta externa de la UMF: 249 de mayo-julio 2011.

ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
0	27	34.6%	34.6%	34.6%
1	9	11.5%	67.9%	46.2%
2	7	9.0%	9.0%	55.1%
3	13	16.7%	16.7%	71.8%
4	3	3.8%	3.8%	75.6%
5	2	2.6%	2.6%	78.2%
6	13	16.7%	16.7%	94.9%
17	4	5.1%	5.1%	100.0%
TOTAL	78	100.0%	100.0%	

Fuente: fuente cuestionario adherencia terapéutica.

Gráfica 4

Escolaridad de los pacientes encuestados adultos mayores con hipertensión arterial de la consulta externa de la UMF: 249 de mayo-julio 2011.



Fuente: fuente cuestionario adherencia terapéutica.

Tabla 5

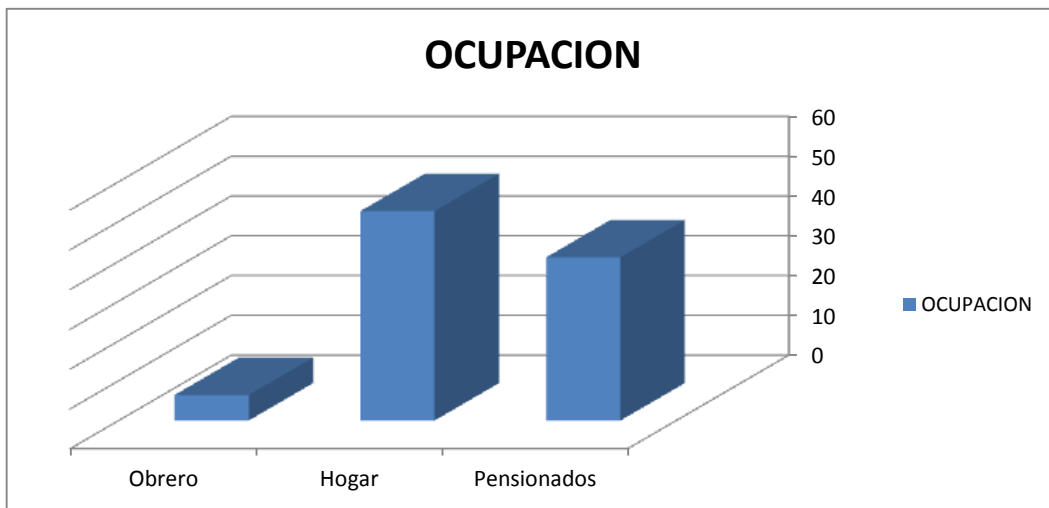
Ocupación de los pacientes encuestados adultos mayores con hipertensión arterial de la consulta externa de la UMF: 249 de mayo-julio 2011.

OCUPACION	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Obrero	5	6.4%	6.4%	6.4%
Hogar	41	52.6%	52.6%	59.0%
Pensionados	32	41.0%	41.0%	100.0%
Total	78	100.0%	100.0%	

Fuente: Cuestionario adherencia terapéutica.

Gráfica 5

Ocupación de los pacientes encuestados adultos mayores con hipertensión arterial de la consulta externa de la UMF: 249 de mayo-julio 2011.



Fuente: Cuestionario adherencia terapéutica.

Tabla 6

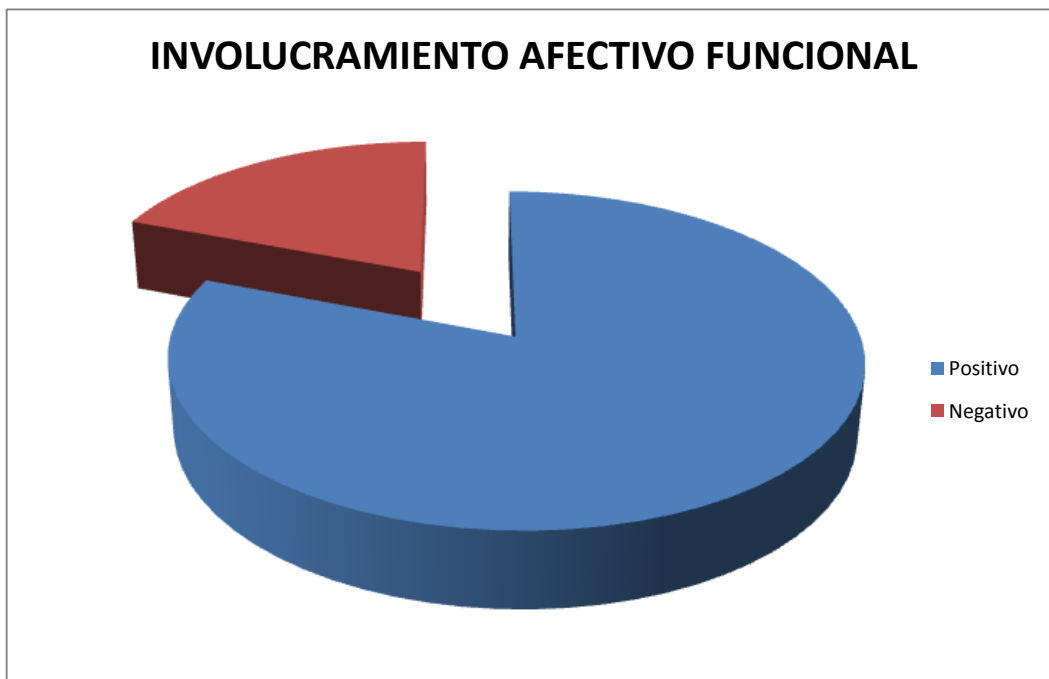
Porcentaje de pacientes adultos mayores con Hipertensión Arterial de la UMF: 249 según involucramiento afectivo funcional de mayo-julio 2011.

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO FUNCIONAL	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Positivo	63	80.8%	80.8%
Negativo	15	19.2%	100.0%
Total	78	100.0%	

Fuente: Cuestionario funcionalidad familiar.

Gráfica 6

Porcentaje de pacientes adultos mayores con Hipertensión Arterial de la UMF: 249 según involucramiento afectivo funcional de mayo-julio 2011.



Fuente: Cuestionario funcionalidad familiar.

Tabla 7

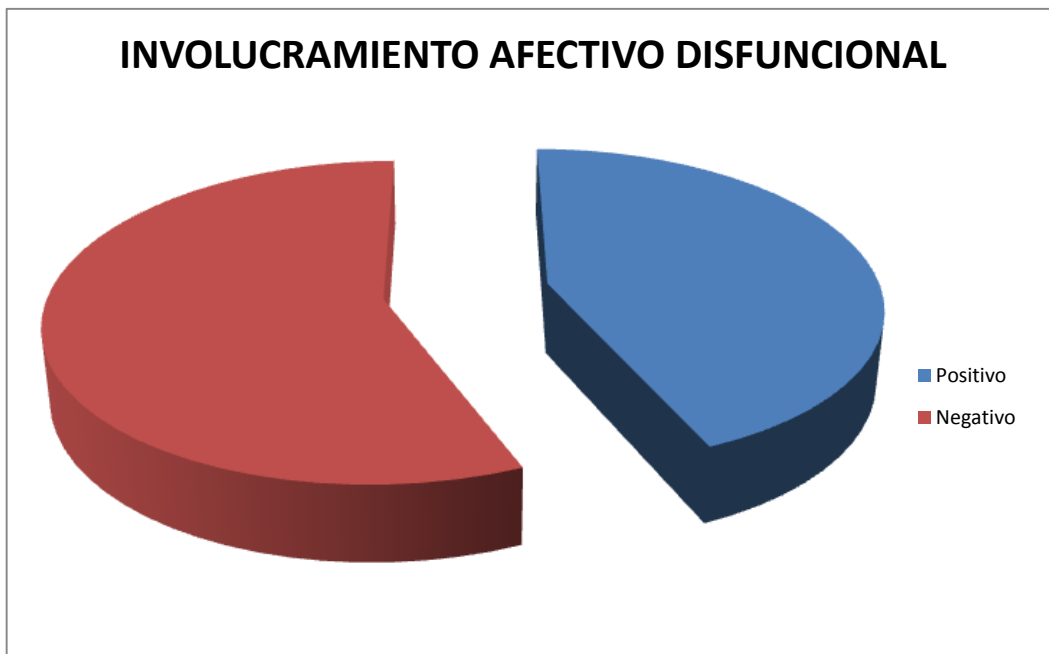
Porcentaje de pacientes adultos mayores hipertensos de la UMF: 249 según involucramiento afectivo disfuncional de mayo-julio 2011.

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO DISFUNCIONAL	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Positivo	34	43.6%	43.6%
Negativo	44	56.4%	100.0%
Total	78	100.0%	

Fuente: Cuestionario funcionalidad familiar.

Gráfica 7

Porcentaje de pacientes adultos mayores hipertensos de la UMF: 249 según involucramiento afectivo disfuncional de mayo-julio 2011.



Fuente: Cuestionario funcionalidad familiar.

Tabla 8

Porcentaje de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial de la UMF: 249 según patrón de comunicación disfuncionales de mayo-julio 2011.

PATRON DE COMUNICACIÓN DISFUNCIONALES	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Positivo	41	52.5%	52.5%
Negativo	37	47.5%	100.0%
Total	78	100.0%	

Fuente: Cuestionario funcionalidad familiar.

Gráfica 8

Porcentaje de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial de la UMF: 249 según patrón de comunicación disfuncionales de mayo-julio 2011.



Fuente: Cuestionario funcionalidad familiar.

Tabla 9

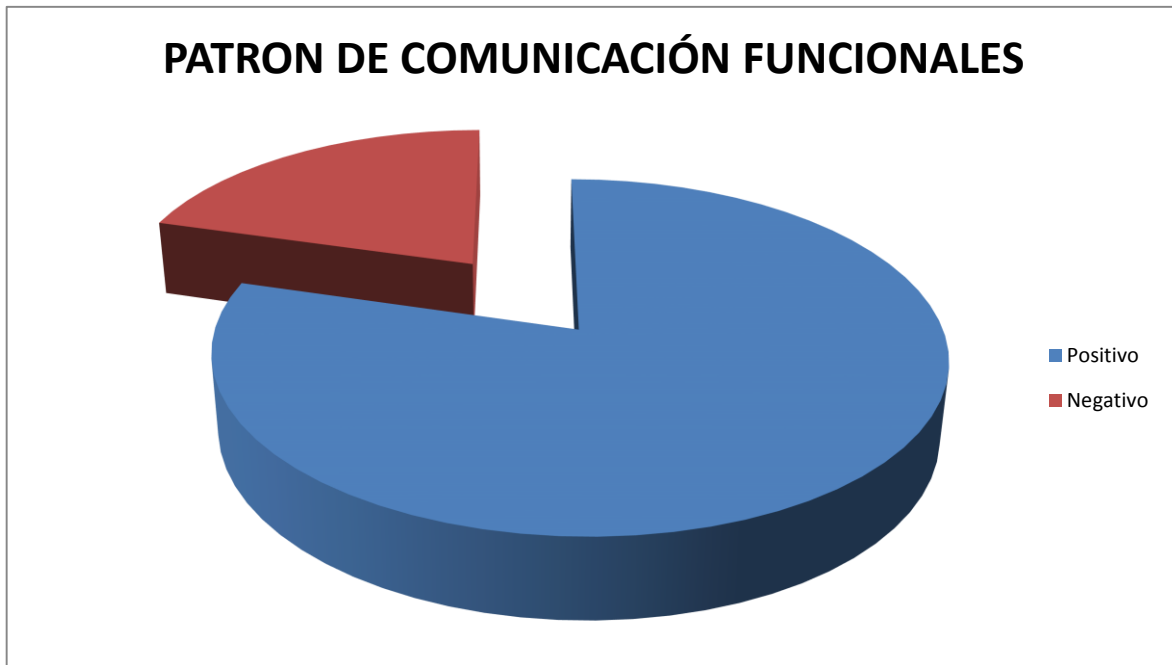
Porcentaje de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial de la UMF: 249 según patrón de Comunicación Funcionales de mayo-julio 2011.

PATRON DE COMUNICACIÓN FUNCIONALES	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Positivo	62	79.5%	79.5%
Negativo	16	20.5%	100.0%
Total	78	100.0%	

Fuente: Cuestionario funcionalidad familiar.

Gráfica 9

Porcentaje de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial de la UMF: 249 según patrón de Comunicación Funcionales de mayo-julio 2011.



Fuente: Cuestionario funcionalidad familiar.

Tabla 10

Porcentaje de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial de la UMF: 249 según patrón de Resolución de Problemas de mayo-julio 2011.

RESOLUCION DE PROBLEMAS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Positivo	59	75.7%	79.5%
Negativo	19	24.3%	100.0%
Total	78	100.0%	

Fuente: Cuestionario funcionalidad familiar.

Gráfica 10

Porcentaje de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial de la UMF: 249 según patrón de Resolución de Problemas de mayo-julio 2011.



Fuente: Cuestionario funcionalidad familiar.

Tabla 11

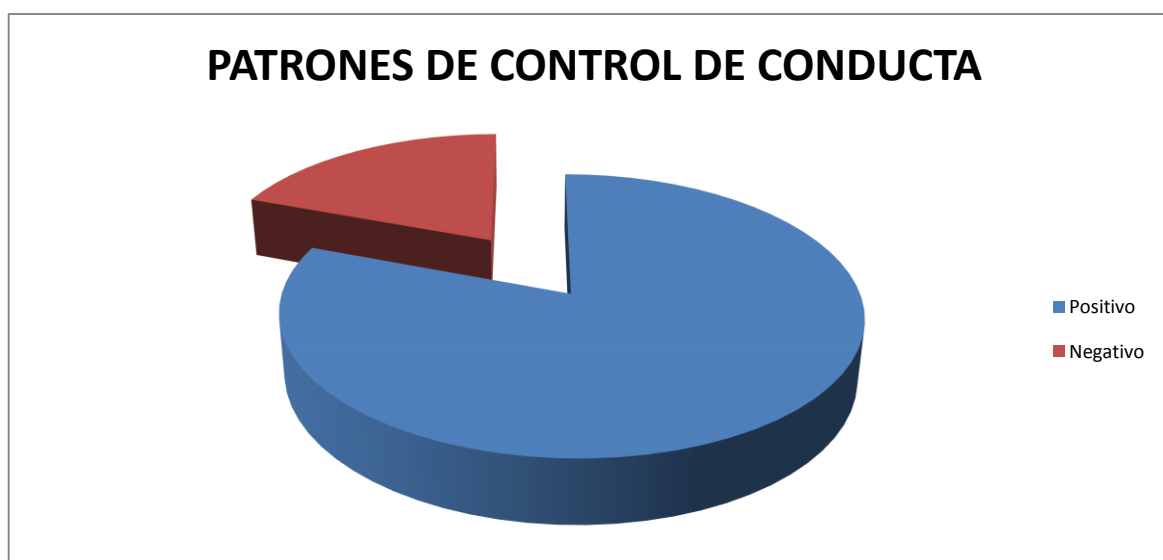
Porcentaje de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial de la UMF: 249 según Patrones de Control de Conducta de mayo-julio 2011.

PATRONES DE CONTROL DE CONDUCTA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Positivo	63	80.7%	80.7%
Negativo	15	19.3%	100.0%
Total	78	100.0%	

Fuente: Cuestionario funcionalidad familiar.

Gráfica 11

Porcentaje de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial de la UMF: 249 según patrón de Patrones de Control de Conducta de mayo-julio 2011.



Fuente: Cuestionario funcionalidad familiar.

Tabla 12

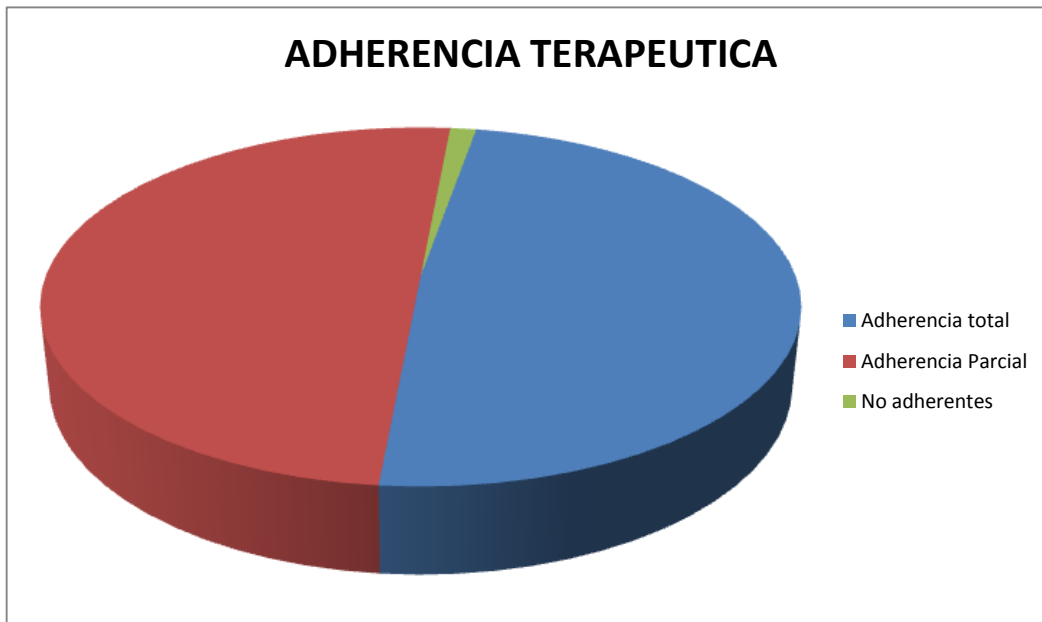
Porcentaje de paciente Hipertensos adultos mayores con hipertensión arterial de la UMF: 249 de acuerdo Adherencia terapéutica de mayo-julio 2011.

Adherencia Terapéutica	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Adherencia total	38	48.7%	48.7%	48.7%
Adherencia Parcial	39	50.0%	50.0%	98.7%
No adherentes	1	1.3%	1.3%	100.0%
Total	78	100.0%	100.0%	

Fuente: Cuestionario adherencia terapéutica.

Gráfica 12

Porcentaje de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial de la UMF: 249 según la adherencia al tratamiento de mayo-julio 2011.



Fuente: Cuestionario adherencia terapéutica.

Tabla 13

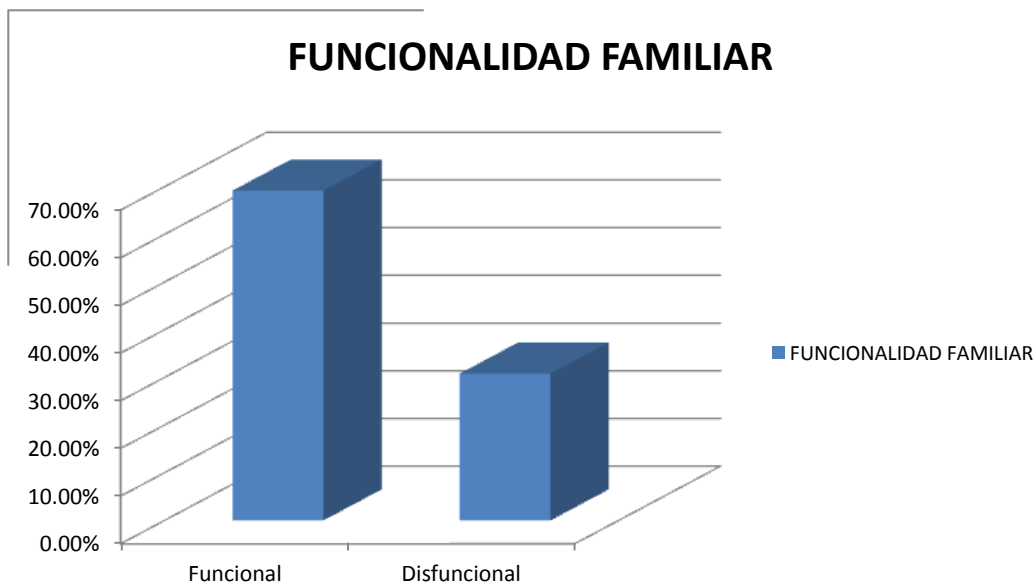
Porcentaje de paciente Hipertensos adultos mayores con hipertensión arterial de la UMF 249 de acuerdo a la Funcionalidad Familiar de mayo-julio 2011.

Funcionalidad Familiar	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Funcional	54	69.2%	69.2%	69.2%
Disfuncional	24	30.8%	30.8%	100.0%
Total	78	100.0%	100.0%	

Fuente: Cuestionario de funcionalidad familiar.

Gráfica 13

Porcentaje de paciente Hipertensos adultos mayores con hipertensión arterial de la UMF 249 de acuerdo a la Funcionalidad Familiar de mayo-julio 2011.



Fuente: Cuestionario de funcionalidad familiar.

Tabla 14

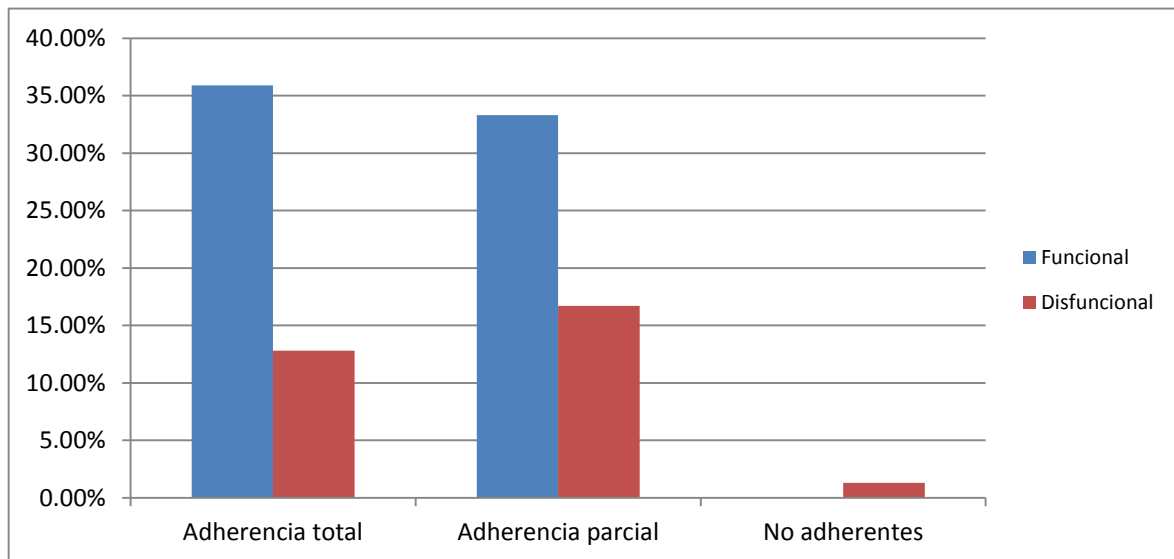
Porcentaje de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial encuestados de la consulta externa de la UMF 249 de acuerdo a la adherencia al tratamiento y funcionalidad familiar de mayo-julio 2011.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	Funcional	Disfuncional	Total
Adherencia total	35.9%	12.8%	48.7%
Adherencia parcial	33.3%	16.7%	50.0%
No adherentes	0%	1.3%	1.3%
Total	69.2%	30.8%	100%

Fuente: cuestionario adherencia terapéutica y funcionalidad familiar.

Gráfica 14

Porcentaje de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial encuestados de la consulta externa de la UMF 249 de acuerdo a la adherencia al tratamiento y funcionalidad familiar de mayo-julio 2011.



Fuente: cuestionario adherencia terapéutica y funcionalidad familiar

Tabla 15

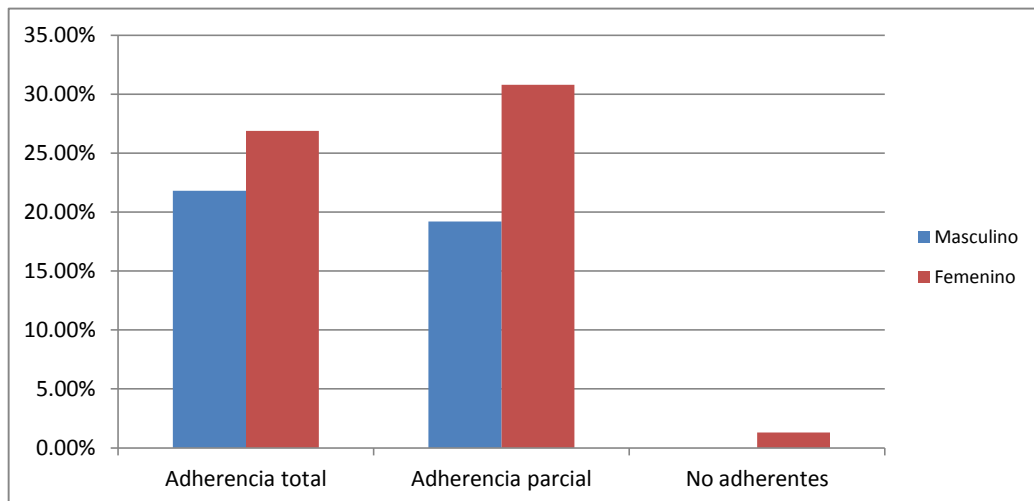
Porcentaje de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial encuestados de la consulta externa de la UMF 249 de acuerdo a la Adherencia al tratamiento y Género de mayo-julio 2011.

Genero	Masculino	Femenino	Total
Adherencia total	21.8%	26.9%	48.7%
Adherencia parcial	19.2%	30.8%	50.0%
No adherentes	0%	1.3%	1.3%
Total	41.0%	59.0%	100%

Fuente: cuestionario de adherencia terapéutica.

Gráfica 15

Porcentaje de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial encuestados de la consulta externa de la UMF 249 de acuerdo a la Adherencia al tratamiento y Género de mayo-julio 2011.



Fuente: cuestionario de adherencia terapéutica.

Tabla 16

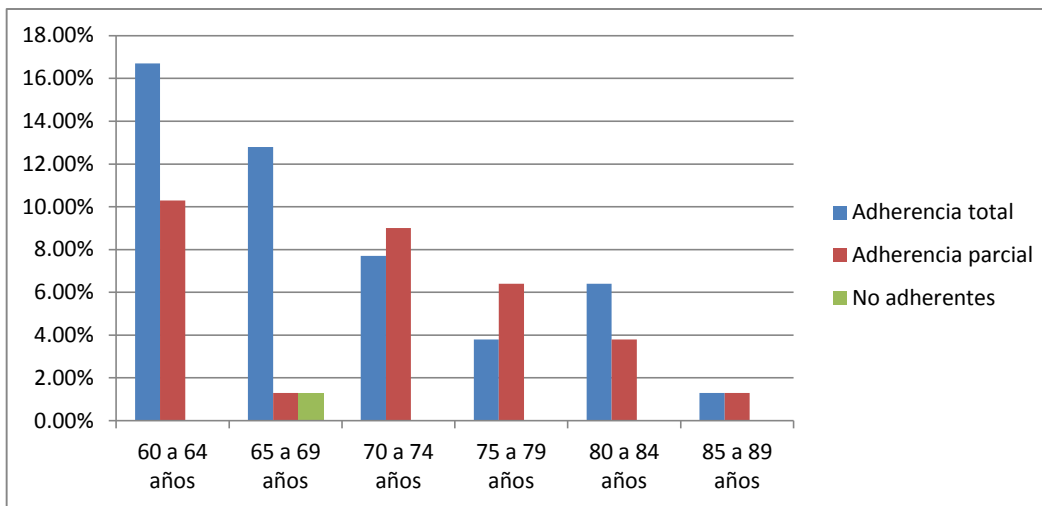
Porcentaje de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial encuestados de la consulta externa de la UMF 249 de acuerdo a la Adherencia al tratamiento y Edad de mayo-julio 2011.

EDAD	60 a 64 años	65 a 69 años	70 a 74 años	75 a 79 años	80 a 84 años	85 a 89 años	Total
Adherencia total	16.70%	12.80%	7.70%	3.80%	6.40%	1.30%	48.7%
Adherencia parcial	10.30%	1.30%	9.00%	6.40%	3.80%	1.30%	50.0%
No adherentes	0%	1.3%	0%	0%	0%	0%	1.3%
Total	26.9%	33.3%	16.7%	10.3%	10.3%	2.6%	100%

Fuente: cuestionario de adherencia terapéutica.

Gráfica 16

Porcentaje de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial encuestados de la consulta externa de la UMF 249 de acuerdo a la Adherencia al tratamiento y Edad de mayo-julio 2011.



Fuente: cuestionario de adherencia terapéutica.

Tabla 17

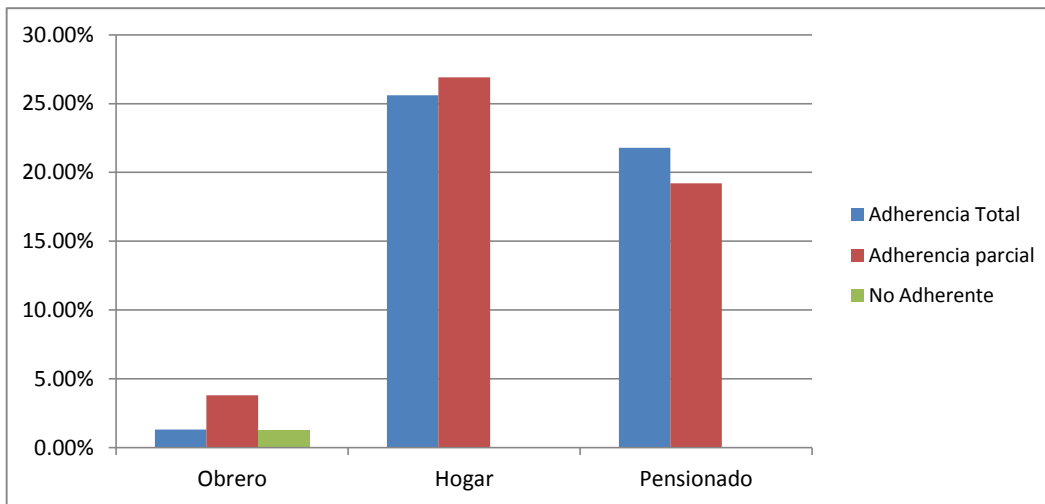
Porcentaje de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial encuestados de la consulta externa de la UMF 249 de acuerdo a la Adherencia al tratamiento y Ocupación de mayo-julio 2011.

OCUPACION	Obrero	Hogar	Pensionado	Total
Adherencia Total	1.3%	25.6%	21.8%	48.7%
Adherencia parcial	3.8%	26.9%	19.2%	50.0%
No adherente	1.3%	0%	0%	1.3%
Total	6.4%	52.6%	41.0%	100%

Fuente: cuestionario de adherencia terapéutica.

Gráfica 17

Porcentaje de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial encuestados de la consulta externa de la UMF 249 de acuerdo a la Adherencia al tratamiento y Ocupación de mayo-julio 2011.



Fuente: cuestionario de adherencia terapéutica.

3.2. DISCUSION

En la última década se ha ido conociendo cada vez mejor la importancia de la falta de adherencia terapéutica en el tratamiento farmacológico de la Hipertensión arterial, situándose en torno al 66.2% al 7.1% del total de la población hipertensa a nivel mundial.

Se aplicaron los cuestionarios de MBG (Martín-Bayarre-Grau) y Funcionalidad Familiar a 78 pacientes adultos mayores con hipertensión arterial adscritos a la UMF 249 de Santiago Tlaxomulco que lo contestaron correctamente.

Los resultados en cuanto a la edad de los pacientes de la población de estudio, la mayoría eran mayores de 65 años de edad, con una media de edad de 69.5. Es sabido que a mayor edad se producen mayores cambios vasculares lo que favorece el desarrollo de complicaciones de la hipertensión arterial. En cuanto al género el sexo femenino es el más frecuente con una relación 2:1 en un porcentaje representado con un 59%, por lo que se llega a la conclusión que la mujer acude con más regularidad a consulta y se apega más al tratamiento.

Llama la atención el nivel sociocultural bajo representado por un alto índice de analfabetismo con el 34.6% y un 16.7% solo con 3 años de primaria, es conocido que al tener un adecuado nivel sociocultural, nos da un mejor panorama del conocimiento acerca de la enfermedad como es la hipertensión que es una enfermedad crónica, para saber más de sus cuidados y prevenir sus complicaciones con la finalidad de tener una mejor calidad de vida.

En nuestro estudio hemos encontrado cifras, que oscilan con una adherencia total 48.7% y una adherencia parcial 50.0% y solo un 1.3% no tienen adherencia. De acuerdo a los resultados de este estudio, el seguimiento de la adherencia por los pacientes parece caracterizarse por ser parcial por lo que es necesario el apoyo familiar que conlleve al adulto mayor a un mejor apego al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

En lo que respecta a la relación de la adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar se observó que en los pacientes con adherencia total un 35.9% son funcionales y un 12.8% son disfuncionales y en la adherencia parcial un 33.3% son funcionales y un 16.7% son disfuncionales y en los pacientes no adherentes solo 1.3% son disfuncionales de los pacientes estudiados. Con los resultados observados son concordantes con los datos encontrados en otros estudios como el de Valdivieso M., Adherencia al tratamiento desde la Perspectiva en la Medicina en personas con hipertensión arterial Residentes de la Parroquia de Santa Ana de Cuenca reportados en el 2008, donde se señala que un elevado número de familias fueron clasificadas como funcionales con un 56.86% quienes tenían una buena funcionalidad familiar.¹⁶

3.3. CONCLUSIONES

Dentro del estudio de investigación que se realizó en la UMF: 249 en Santiago Tlaxomulco se concluye que la población adultos mayores con hipertensión arterial que participaron en su realización se caracterizó por el predominio del sexo femenino con una adherencia al tratamiento total y parcial de más de 98% lo que representa que la hipótesis que se formuló se confirma.

No hay duda que el apoyo familiar es un factor importante para llevar con éxito el tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico en los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas tales como la hipertensión arterial.

Dentro de las principales causas para la baja adherencia al tratamiento se encontró como factor de riesgo tener sexo masculino, el analfabetismo la falta de recursos económicos y la falta de apoyo y colaboración del entorno familiar del paciente adulto mayor con hipertensión.

Sin duda, este estudio deja la posibilidad de realizar nuevas investigaciones para explorar otros posibles factores que influyan en la adherencia terapéutica, acción que será primordial en estos tiempos donde las enfermedades crónico-degenerativas son un problema de salud pública a nivel mundial.

3.4. SUGERENCIAS

En el presente estudio es necesario mantener un impacto importante tanto en la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento, para mantener un estado de vida saludable en beneficio del paciente y la buena funcionalidad de la familia.

Por parte del médico familiar debe realizar un envío oportuno a trabajo social en donde debe realizarse un análisis de las funciones de la familia así poder realizar redes de apoyo entre los integrantes de la familia para permitir al paciente adulto mayor con hipertensión arterial mejore la buena adherencia al tratamiento con la finalidad de disminuir las complicaciones en un futuro.

En muchos de los casos en 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 así como también un adecuado soporte social el cual tiene un impacto positivo en la salud, incluyendo un mejor cumplimiento terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Emilio K. Jorge R. Hipertensión Arterial en Adultos mayores 2003.Diciembre 1-6
2. Rubén S, Claudia P, Sistemas de protección social para el adulto mayor en América Latina y el Caribe. Public Health 17 (5/6). 2005. 419
- 3.-Gerald S. Atención al envejecimiento. Instituto de Salud del Estado de México 2010 Febrero 1-8.
4. Huerta JL. La familia en el proceso salud-enfermedad. Medicina Familiar La familia en el proceso de salud enfermedad. 2005;(1):6,11. (8) 108,113.
5. Alfonso L. Adherencia terapéutica en el adultos mayor 2004. 1.
6. Emilio M. Casado M. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial 2003. 1.
7. Roberto A. I. Néstor V, Mario B, Miguel A, Claudio B. Hipertensión Arterial Estudio Nacional sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT) Cardiol, 2005; 34:104-111
8. Alfonso L.Magali S.Hector D. Bayarre V. Frecuencia de Cumplimiento del tratamiento médico en personas hipertensas. Med. Gen Integr 2003; 19 (2) 1.
9. Roberto A. Ingaramo, Néstor V. Mario B. Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT) 2005. 1.2.
10. Palop L. Martínez M. Adherencia al tratamiento en el sujeto anciano 2004. 114
11. Alfonso L.Hector D. Bayarre V. Jorge G. Validación del cuestionario MBG (Martin-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. 2007 septiembre. 1-14.
12. Canek V Medicina Familiar de Córdoba. 2008: 2-6.
13. Apolinar M. Origen y evolución histórica de la familia. Familia definición y conceptos. (3) 40.
14. Apolinar M. origen y evolución histórica de la familia. Composición familiar (4).53-58.
15. José. H. La familia como unidad de estudio, Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad (1) 6.

16. Alfredo G. Norma G. Yanet V. Lizet G. Reinaldo G. Importancia de la Participación Familiar en el Control de la Hipertensión Arterial. 2004; 8 (2) 1-2.
17. Dr. Miguel a. F. Dr. Isaías H. Dra. Liz S. Origen y evolución histórica de la familia. Impacto de la enfermedad en la familia. (14) 223,227.230.
18. María L. V. María R. L. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar 2006 (1) 1-19.
19. Guillermina G-M. Erick L.O. Graciela A. Ana María P. Funcionalidad familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural. 2007 15(1); 21-26
20. Luis G. Tratamiento y Hipertensión arterial en México 2009. 1-10.
- 21.- Agewall. S. Burt VL. Collins R. Programa de Acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial 2001-2006 9-20.
22. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención 2008 Junio 8-24.
23. Olivia R, Ramón P, María del Refugio N. Factores relacionados con el descontrol de la presión arterial Salud publica de México 2009; 51; 291-297.
24. Mark H, Robert B. Organización Panamericana de la Salud. Guía de Diagnóstico y Manejo. Hipertensión arterial Parte II 2000. 320-330
25. Melvin D. C, Maurice S. Cardiología clínica 5 Edición 1995. 9, 294-366.
26. Stefano V. Japcy Q, Hamilton F, Ana M. Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en personas con diagnóstico de hipertensión arterial. 2006 Agosto 2-4.
27. María C, Velázquez M, Rosas P. Rosas Hipertensión arterial sistémica. Diagnóstico, tratamiento y prevención. 2006 1-2.
28. Valdivieso M. Adherencia al Tratamiento desde la Perspectiva en la Medicina de Familia en Personas con Hipertensión Arterial, Residentes en la Parroquia Santa Ana de Cuenca, Rev. De la Universidad del Azuay. 2008:51-56.
29. Pedro O, Gustavo L. La Epidemiología de la Hipertensión Arterial en Latinoamérica y El Caribe, Revista Panamericana de salud publica 10(4); 226-231,2001 1-6.

30. Roberto I. Mario B. Comité de hipertensión arterial Rev., cardiología. 2000 Octubre 1- 3.

31. Guía de práctica clínica, Diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión Arterial en el adulto Mayor, y situaciones especiales.IMSS 2010. 1-10.

ANEXOS

ANEXO 1
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y fecha: _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:
“RELACION ENTRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y FUNCIONALIDAD EN PACIENTES HIPERTENSOS ADULTOS MAYORES, DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 249, SANTIAGO TLAXOMULCO, TOLUCA, MÉXICO, DE MAYO A JULIO DE 2011”.

Registrado ante el Comité Local de Investigación. 1505

El objetivo del estudio es: Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar en paciente hipertensos adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar 249, Santiago Tlaxomulco, Toluca, México, de mayo a julio de 2011.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Contestar un cuestionario con la sinceridad posible, sobre Adherencia al tratamiento y funcionalidad familiar, lo que le permitirá darse cuenta cómo se encuentra su relación con la familia y para el buen apego al tratamiento así evitar complicaciones a futuro

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con 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 médica que recibo en el Instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o 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.

Firma del paciente

DR. JESUS GUSTAVO CARMONA VERGARA.
Mat.11740167

Nombre, firma y matrícula del investigador responsable

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: **cel. 7223502692.**

ANEXO 2

Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF)

Por favor, lea cuidadosamente las instrucciones antes de contestar.

A continuación presentamos una serie de enunciados, los cuales le suplicamos contestar de la manera más sincera y espontánea posible. La información que usted nos proporcione será absolutamente confidencial.

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 número que mejor se adecue a su respuesta, con base en la siguiente escala.

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	1	2	3	4	5
2.	Si tengo dificultades, mi familia estará en la mejor disposición de ayudarme	1	2	3	4	5
3.	En mi familia ocultamos lo que nos pasa	1	2	3	4	5
4.	En mi familia tratamos de resolver los problemas entre todos	1	2	3	4	5
5.	No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de la familia	1	2	3	4	5
6.	Raras veces platico con la familia sobre lo que me pasa	1	2	3	4	5
7.	Cuando se me presenta algún problema, me paraliza	1	2	3	4	5
8.	En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas	1	2	3	4	5
9.	Mi familia es flexible en cuanto a las normas	1	2	3	4	5
10.	Mi familia me ayuda desinteresadamente	1	2	3	4	5
11.	En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones	1	2	3	4	5
12.	Me siento parte de mi familia	1	2	3	4	5
13.	Cuando me enojo con algún miembro de la familia, se lo digo	1	2	3	4	5
14.	Mi familia es indiferente a mis necesidades afectivas	1	2	3	4	5

15.	Las tareas que me corresponden sobrepasan mi capacidad para cumplirlas	1	2	3	4	5
16.	Cuando tengo algún problema, se lo platico a mi familia	1	2	3	4	5
17.	En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartir los quehaceres de la casa	1	2	3	4	5
18.	En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño	1	2	3	4	5
19.	Me siento apoyado(a) por mi familia	1	2	3	4	5
20.	En casa acostumbramos expresar nuestras ideas	1	2	3	4	5
21.	Me duele ver sufrir a otro miembro de mi familia	1	2	3	4	5
22.	Me avergüenza mostrar mis emociones frente a mi familia	1	2	3	4	5
23.	Si falla una decisión, intentamos una alternativa	1	2	3	4	5
24.	En mi familia hablamos con franqueza	1	2	3	4	5
25.	En mi casa mis opiniones no son tomadas en cuenta	1	2	3	4	5
26.	Las normas familiares están bien definidas	1	2	3	4	5
27.	En mi familia no expresamos abiertamente los problemas	1	2	3	4	5
28.	En mi familia, si una regla no se puede cumplir, la modificamos	1	2	3	4	5
29.	Somos una familia cariñosa	1	2	3	4	5
30.	En casa no tenemos un horario para comer	1	2	3	4	5
31.	Cuando no se cumple una regla en mi casa, sabemos cuáles son las consecuencias	1	2	3	4	5
32.	Mi familia no respeta mi vida privada	1	2	3	4	5
33.	Si estoy enfermo, mi familia me atiende	1	2	3	4	5
34.	En mi casa , cada quien se guarda sus problemas	1	2	3	4	5
35.	En mi casa nos decimos las cosas abiertamente	1	2	3	4	5
36.	En mi casa logramos resolver los problemas cotidianos	1	2	3	4	5
37.	Existe confusión acerca de lo que debemos hacer cada uno de nosotros dentro de la familia	1	2	3	4	5
38.	En mi familia expresamos la ternura que sentimos	1	2	3	4	5
39.	Me molesta que mi familia me cuente sus problemas	1	2	3	4	5
40.	En mi casa respetamos nuestras reglas de conducta	1	2	3	4	5

ANEXO 3

Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martin-Bayarre-Grau).

Estimado derechohabiente

Solicitamos su colaboración Para estudiar el buen apego y el cumplimiento de las indicaciones orientadas a las personas con hipertensión arterial. Sólo debe dar respuesta a las preguntas que aparecen a continuación. Le garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para este estudio. Muchas gracias

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____ Turno_____

Nivel de escolaridad_____ Consultorio_____

Años de diagnosticada la enfermedad_____

A) De las indicaciones que aparecen a continuación marque con una x, cuál o cuáles le ha indicado su médico.

Tratamiento higiénico-dietético:

- 1.- Dieta sin sal o baja de sal _____
- 2.- Consumir grasa no animal _____
- 3.- Realizar ejercicio físico _____

B) Tiene Usted indicado tratamiento con medicamentos.

- 1.-Si_____
- 2.-No_____

C) A continuación usted encontrara un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso: Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular

Afirmaciones	Siempre	Casi Siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1.- Toma los medicamentos en el horario establecido					
2.- Se toma todas las dosis indicadas					
3.- Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta.					
4.- Asiste a las consultas de seguimiento programadas					
5.-Realiza los ejercicios físicos indicados.					
6.-Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria					
7.-Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir					
8.-Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos					
9.- Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos					
10.- Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento					
11.- Usted y su médico analizan, cómo cumplir el tratamiento					
12.- Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico.					