



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHÁVEZ”
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION REGIONAL EN MICHOACAN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 80**

**LIDIA VICTORIA PUGA GARFIAS
MEDICO CIRUJANO Y PARTERO**

**TESIS
PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**TITULO
MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA FAMILIAR
INTERDISCIPLINARIO DENTRO DEL SECTOR SALUD PARA PACIENTES
HIPERTENSOS: *IMPACTO EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN.***

**TUTORA:
DRA. OLIVA MEJIA RODRIGUEZ
MED. ESP. EN MEDICINA FAMILIAR
M.C. EN FARMACOLOGÍA CLÍNICA**

**CO-TUTORA:
LIC. PSICOLOGIA GABRIELA KANAN CEDEÑO
MTRA. EN TERAPIA FAMILIAR**

**CO-TUTOR ESTADISTICO:
M. CARLOS GOMEZ ALONSO
Investigador y Coordinador Analista “A” CIBIMI-IMSS**

MORELIA. MICHOACAN. MEXICO. FEBRERO 2013



MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA FAMILIAR
INTERDISCIPLINARIO DENTRO DEL SECTOR SALUD PARA PACIENTES
HIPERTENSOS: ***IMPACTO EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN***

DRA. LIDIA VICTORIA PUGA GARFIAS

PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DRA. OLIVA MEJIA RODRIGUEZ
COORDINADORA DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD

DR. LUIS ESTRADA SALAZAR
COORDINACION DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD

DR. RUBEN RICARDO GARCIA JIMENEZ
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80

DRA. AIDA MENDIETA FERNANDEZ
COORDINADORA CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION
EN SALUD UMF No. 80

DRA. PAULA CHACON VALLADAREZ
PROFESORA TITULAR DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR
EN LA UMF No. 80



MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA FAMILIAR
INTERDISCIPLINARIO DENTRO DEL SECTOR SALUD PARA PACIENTES
HIPERTENSOS: ***IMPACTO EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN***

DRA. LIDIA VICTORIA PUGA GARFIAS

PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DR. VICTOR MANUEL FARIÁS RODRIGUEZ
JEFE DE DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHÁVEZ”

DR. RAFAEL VILLA BARAJAS
COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHÁVEZ”

PRÓLOGO

Este trabajo se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social en coordinación con la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en la Ciudad de Morelia Michoacán, México.

TUTORA:

DRA. OLIVA MEJIA RODRIGUEZ

Médico Especialista en Medicina Familiar
Maestra en Ciencias en Farmacología Clínica

CO-TUTORA:

LIC. PSIC. ESTHER GABRIELA KANAN CEDEÑO

Licenciada en Psicología
Maestra en Terapia Familiar
Profesor e Investigador Titular “ “ de la
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

CO-TUTOR ESTADISTICO:

M. CARLOS GOMEZ ALONSO

Investigador y Coordinador Analista “A” CIBIMI-IMSS

COLABORADORES:

PEDRO CABALLERO DIAZ

Lic. En Psicología
Maestro en Terapia Familiar

MARTHA MARIA MEDELLIN FONTES

Lic. En Psicología
Maestro en Terapia Familiar



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 1602
H GRAL REGIONAL NUM 1, MICHOACÁN

FECHA **04/01/2011**

M.C. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ

P R E S E N T E

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

**MODELO DE INTERVENCION PSICOTERAPEUTICA FAMILIAR INTERDISCIPLINARIO
DENTRO DEL SECTOR SALUD PARA PACIENTES HIPERTENSOS.**

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

| |
|-------------------------|
| Núm. de Registro |
| R-2010-1602-45 |

ATENTAMENTE

DR.(A). MARIO ALBERTO MARTÍNEZ LEMUS

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 1602

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

PRESENTACION EN FOROS

Las XII Jornadas de Medicina Familiar y Químicos, del 14 al 16 de Noviembre de 2012, en la Unidad de Medicina Familiar No. 80.

AGRADECIMIENTOS

Quiero iniciar agradeciendo a la Dra. Oliva Mejía Rodríguez por su confianza y paciencia en la elaboración de este trabajo de tesis. Gracias por su apoyo incondicional en todo momento no sólo durante el trabajo de tesis, sino también en mi formación como especialista, gracias por sus consejos y por ayudarme a ser mejor Médico.

Gracias infinitas a la Mtra. Gaby Kanán por el apoyo recibido durante la investigación, por la confianza y su por irradiarme de motivación y amor por la Terapia de Familia, además de su ofrecerme su amistad. Gaby gracias por enseñarme que la familia es lo más importante del ser humano y que debemos ver a nuestros pacientes no sólo en lo biológico sino el entorno familiar en el que se encuentran.

Gracias al equipo de terapeutas Mtra. Martha Medellín y Pedro Caballero y a las pasantes de Psicología quienes realizaron un excelente trabajo con las familias y los pacientes de este proyecto.

A Carlos Gómez Alonso mi Asesor estadístico por su apoyo incondicional en el difícil ramo de las Matemáticas y Estadística por enseñarme que todo tiene un valor. Carlos admiró tu dedicación, tu entrega e involucramiento en el proceso de la residencia y la gran persona que eres.

A Marisa Navarrete por su apoyo en la búsqueda de la información y por sus consejos en la formulación y redacción de algunos aspectos de esta tesis.

DEDICATORIA

A mis padres, Enrique Puga y Ma. Del Carmen Garfias por darme la vida, porque me han heredado la dicha de la educación, por los valores implantados en mi persona, por apoyarme incondicionalmente en todos y cada uno de mis proyectos personales y profesionales, por amarme como lo han hecho y por darme cada uno de los tesoros que me han ayudado a lograr todo lo propuesto. Por las palabras de ánimo en los momentos difíciles y por no dejarme caer. Los amo con todo mi corazón y tengan por seguro que no pude tener mejores padres que ustedes y que le agradeceré toda mi vida a dios por ello.

A mi esposo Ranferi Farfán por llenar mi vida de amor incondicional, de respeto, de ilusiones. Por estar a mi lado en todo momento, por apoyarme en todos los proyectos a realizar sin condiciones, por enseñarme que juntos podemos lograr nuestras metas, por darme el regalo más hermoso de mi vida, nuestro bebe, por las palabras de aliento que me levantaron cuando pensé que no podría. TE AMO con todo mi corazón y doy gracias a dios por ponerte en mi vida.

A mi bebe que estuvo conmigo en el estrés final de la tesis y que me acompañará en la recta final de mi residencia. Se titulará conmigo.

A mis hermanos, Lolis, Enrique, Esmeralda y Juan por que de cada uno de ustedes he aprendido algo importante, por ser parte del motor que me impulsa a ser mejor persona, a admirarlos por sus diferencias, por compartir conmigo sus logros y por estar a mi lado en todo momento. Los amo. A Karim, Cami y Tadeo por ser parte importante de esta familia y mis niños que son la alegría de mi corazón.

A mis compañeros Rosario, Yesi, Marisol, Jair, Viry, Alex, Leslie, Sidharta, Hugo, Mireya, Sandy, Mario, Brisa por ser parte de esta experiencia, por su apoyo y compañía. Especialmente a mis incondicionales amigos Paloma, Yezam que llevaré en mi corazón por siempre.

A Marisa Navarrete por brindarme su amistad, por el apoyo humano y protegernos como sólo una mamá lo hace. Mary admiró tu fortaleza, tu humildad y la gran persona que eres, jamás me olvidaré de todo tu apoyo y eres un ejemplo a seguir como madre, esposa y amiga.

INDICE

| No. | CONTENIDO | PAGINA |
|------|----------------------------|--------|
| I | Resumen | 2 |
| II | Abreviaturas | 4 |
| III | Glosario | 5 |
| IV | Índice de tablas y figuras | 6 |
| V | Introducción | 8 |
| VI | Antecedentes | 10 |
| VII | Planteamiento del Problema | 34 |
| VIII | Justificación | 35 |
| IX | Hipótesis y Objetivos | 36 |
| X | Material y Métodos | 37 |
| XI | Resultados | 53 |
| XII | Discusión | 73 |
| XIII | Conclusiones | 76 |
| XIV | Recomendaciones | 77 |
| XV | Referencias | 78 |
| XVI | Anexos | 85 |

I. RESUMEN

Título: Modelo de intervención psicoterapéutica familiar interdisciplinario dentro del sector salud para pacientes hipertensos: Impacto en el control de la hipertensión.

Introducción: La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en nuestro país, en el 2006 el 30.8% de la población la padecen, sólo un tercio de éstos reciben tratamiento y el 12% logran controlarse. Se sabe que la exposición a estrés influye en dicho control y éstas se gestan principalmente en la familia.

Objetivo: Evaluar el impacto de la intervención psicoterapéutica en el control de la tensión arterial.

Material y Métodos: Participaron en total 15 pacientes hipertensos descontrolados, formando 2 grupos: grupo de intervención de 10 pacientes sometiéndose a psicoterapia familiar y grupo control de 5 pacientes. En ambos grupos se tomaron parámetros somatométricos y clínicos cada 2 meses, bioquímicos y cuestionario de funcionalidad familiar e Inventario de calidad de vida al inicio y final de la terapia.

Resultados: Se logró el control de las cifras de tensión arterial del grupo de intervención comparando la basal con la final con p valor de 0.000, además mejoró la calidad de vida en 11 de los 12 dominios, se disminuyeron dosis de antihipertensivos en el 100% de los pacientes y se suspendieron los ansiolíticos y antidepresivos de 4 pacientes del grupo de intervención.

Conclusiones: La intervención psicoterapéutica familiar favoreció el control de la presión arterial, mejoró la calidad de vida y se redujeron las dosis de antihipertensivos en los pacientes del grupo de intervención a diferencia del grupo control.

Palabras clave: Hipertensión arterial, Psicoterapia familiar.

ABSTRACT

Title: Model of interdisciplinary family psychotherapeutic intervention in the health sector for Hypertensive Patients: Impact on hypertension control.

Introduction: Hypertension is one of the most prevalent chronic diseases in our country, in 2006, 30.8% of the population suffer from it, only a third of those receiving treatment and 12% achieve control. It is known that exposure to stress that control influences and they are conceived mainly in the family.

Objective: To evaluate the impact of psychotherapeutic intervention in controlling blood pressure.

Material and Methods: A total of 15 patients with hypertension uncontrolled, forming two groups: intervention group of 10 patients undergoing family therapy and a control group of 5 patients. In both groups somatometric parameters were taken every 2 months and clinical, biochemical, and family functioning questionnaire and quality of life inventory at the beginning and end of therapy.

Results: He gained control of blood pressure levels in the intervention group compared with the basal end with p value of 0.000, and improved quality of life in 11 of the 12 domains, antihypertensive dose decreased in 100% of the patients and suspended anxiolytics and antidepressants in 4 patients in the intervention group.

Conclusions: The family psychotherapeutic intervention favored the control of blood pressure, improved quality of life and reduced doses of antihypertensive drugs in patients in the intervention group, unlike the control group.

Keywords: Hypertension, Family Psychotherapy.

II. ABREVIATURAS

EFF: Cuestionario de Funcionalidad Familiar.

ENSA: Encuesta Nacional de Salud.

gr: Gramos

HAS: Hipertensión arterial sistémica.

IMC: Índice de masa corporal.

INCAVISA: Inventario de calidad de vida y salud.

JNC7: Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto en prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial.

ml: Mililitros.

mmHg: Milímetros de mercurio

mmol: Mili moles.

NOM: Norma Oficial Mexicana

Oz: Onzas.

PA: Presión arterial

III. GLOSARIO

Crisis: La palabra viene del griego Krisis y este del verbo Krinein, que significa “separar” o “decidir”, se refiere a un momento de ruptura en el funcionamiento de un sistema, un cambio cualitativo en sentido positivo o negativo.

Disfunción Familiar: Se entiende como el no-cumplimiento de alguna(s) de las funciones de la familia como: afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus, por alteración en algunos de los subsistemas familiares. Por otra parte, analizando a la familia como sistema, ésta es disfuncional cuando alguno(s) de sus subsistemas se alteran por cambio en los roles de sus integrantes.

Estrés: (del inglés stress, ‘tensión’) es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada.

Funcionalidad Familiar: Se da cuando una familia es capaz de promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables en éstas. La OMS la define no solo como la ausencia de síntomas sino también el disfrute de un bienestar psicológico y social.

Hipertensión arterial Descontrolada: Elevación sostenida de la tensión arterial diastólica, sistólica o ambas, con manifestaciones menores de daño agudo a órgano(s) blanco, atribuible al descontrol hipertensivo o por presencia de indicadores clínicos de riesgo.

Psicoterapia Familiar: es un método de tratamiento que intenta resolver conflictos o situaciones que atraviesa un grupo familiar; sirve para que sus integrantes expresen sus sentimientos respecto a ese problema e intenten llegar a un acuerdo, comprendiéndose y acercándose a la realidad del resto.

IV. RELACION DE FIGURAS Y TABLAS:

| | | |
|-----------|--|----|
| FIGURA 1 | Impacto en la tensión arterial sistólica y diastólica durante el seguimiento en ambos grupos | 54 |
| FIGURA 2 | Comportamiento del peso en los 8 meses de seguimiento | 55 |
| FIGURA 3 | Cambios en las preocupaciones inicial y final en ambos grupos | 61 |
| FIGURA 4 | Cambios en el desempeño físico inicial y final de ambos grupos | 62 |
| FIGURA 5 | Cambios en el aislamiento inicial y final de ambos grupos | 63 |
| FIGURA 6 | Cambios en la percepción corporal inicial y final de ambos grupos | 64 |
| FIGURA 7 | Cambios en las funciones cognitivas inicial y final de ambos grupos | 65 |
| FIGURA 8 | Cambios en la actitud ante el tratamiento inicial y final de ambos grupos | 66 |
| FIGURA 9 | Cambios en el tiempo libre inicial y final de ambos grupos | 67 |
| FIGURA 10 | Cambios en la percepción de vida cotidiana inicial y final de ambos grupos | 68 |
| FIGURA 11 | Cambios en las relaciones familiares inicial y final de ambos grupos | 69 |
| FIGURA 12 | Cambios en las redes sociales inicial y final de ambos grupos | 70 |
| FIGURA 13 | Descripción de los cambios en la dependencia médica inicial y final de ambos grupos | 71 |

| | | |
|-----------|--|----|
| FIGURA 14 | Cambios en la relación con el Médico inicial y final de ambos grupos | 72 |
| TABLA I | Características generales de ambos grupos | 53 |
| TABLA II | Impacto en el índice de masa corporal, índice cintura-cadera y de evaluación cardíaca. | 56 |
| TABLA III | Impacto en las variables bioquímicas | 57 |
| TABLA IV | Tratamiento farmacológico inicial y final en ambos grupos. | 58 |
| TABLA V | Fiabilidad del cuestionario de evaluación familiar. | 59 |
| TABLA VI | Funcionalidad familiar en ambos grupos al inicio y final del seguimiento. | 60 |

V. INTRODUCCION

La Hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas con mayor frecuencia en nuestro país, que amerita además un porcentaje alto de consultas médicas en las unidades de Medicina Familiar. Además sus complicaciones son una de las principales causas de mortalidad mundial y nacional.

Esta entidad está influida por diversos factores dentro de los que se encuentran la actividad nerviosa central, y periférica autónoma, la reserva corporal de sodio, el sistema renina angiotensina aldosterona, hormonas como las prostaglandinas, kininas, y otros péptidos, el endotelio vascular en la regulación de la vasoconstricción.

Un diagnóstico y tratamiento oportuno retrasarán las complicaciones de la enfermedad (cardiovasculares y cerebrovasculares) las cuales son una de las principales causas de mortalidad a nivel nacional. Las metas para el control de la HAS en pacientes hipertensos esenciales es mantener cifras menores de 140/90 y 130/80 cuando además cursan con diabetes mellitus.

Para lograr que un paciente llegue a controlarse no solo depende de la atención médica oportuna, sino también de la participación de la familia la cual debe realizar un cambio que conlleva hábitos alimenticios, ejercicio, disminución del estrés emocional, buen apego al tratamiento farmacológico, para lo cual la ésta juega un papel muy importante en la atención, cuidado y orientación de los pacientes hipertensos.

Sabemos que la existencia de un enfermo crónico dentro del núcleo familiar va a ocasionar una readaptación del resto de los miembros, que puede llevar a cambios de roles y alteraciones en la dinámica y estructura de la familia.

Esto puede ocasionar disfunción familiar que puede desencadenar o perpetuar el descontrol del paciente, debido a esto la familia se convierte en la principal red de apoyo para el paciente que a su vez influirá en las estrategias de afrontamiento que adopte el enfermo.

Por lo que creemos que la disminución de las crisis dentro del núcleo familiar, ayudan al control del paciente al disminuir el estrés emocional y mejorar la funcionalidad de éste núcleo. De aquí la inquietud de brindar una psicoterapia a la familia para evaluar el impacto de ésta sobre las cifras de tensión arterial del paciente.

VI. ANTECEDENTES

La Hipertensión arterial es un padecimiento multifactorial, caracterizado por aumento sostenido de la presión arterial (sistólica, diastólica o ambas) igual o mayor a 140/90 mmHg en individuos mayores de 18 años, que tiene una alta probabilidad de producir deterioro funcional y orgánico, que causa lesiones de curso clínico variado e irregular¹.

Esta enfermedad constituye una epidemia mundial que padecen más de 1 500 000 000 personas, tanto en países desarrollados como subdesarrollados. Solo un tercio de los hipertensos son tratados y solo 12 % de los tratados están controlados, es decir que presentan cifras de PA menores de 140/90 mmHg².

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 reportó una prevalencia del 30.8% en la población de 20 años y más. Más del 50% de los hombres a partir de los 60 años presenta hipertensión arterial mientras que en las mujeres es del 60%. Los estados con mayor prevalencia son: Nayarit, Zacatecas, Sinaloa, Coahuila, Baja California Sur, Durango y Sonora³.

Más de la mitad de la población portadora de hipertensión arterial lo ignora y por causas diversas solo se detectan del 13.4 al 22.7%. menos de la mitad de los que se conocen hipertensos está en tratamiento y de éstos solo el 20% está controlado⁴.

De la población hipertensa se destacan dos aspectos relevantes:

- La mayor prevalencia en población joven
- Su común asociación con otros factores de riesgo cardiovascular⁵.

La hipertensión arterial es el resultado de un proceso multifactorial que la persona al conocerlo puede modificarlo o corregirlo en forma positiva, y esas acciones se van asociando significativamente para prevenir que la enfermedad aparezca. Ello implica que la prevención mediante la educación y la modificación de los estilos de vida del paciente siga siendo un desafío. Por tal razón es importante conocer los factores de riesgo, tradicionales modificables y no modificables que influyen en el desarrollo de la enfermedad⁶.

Dentro de los factores de riesgo asociados a hipertensión arterial se encuentran los no modificables la historia familiar el riesgo es mayor si existen antecedentes familiares de enfermedades del corazón.

Edad y Género: Es notable que conforme la edad avanza la edad, la aparición de la hipertensión arterial también lo hace. La edad promedio en el sexo masculino es de 39.4 años y en el femenino de 38.6 años. Con respecto al género la hipertensión arterial sistólica es de predominio en el sexo masculino entre los 20 a 40 años, mientras que en la mujer la prevalencia se aumenta a partir de los 50 años.

Raza: raza negra es la de mayor incidencia, pero actualmente por los cambios en el ritmo de vida y la no modificación de los factores de riesgo está aumentando la incidencia en las demás etnias⁷.

Dentro de los factores modificables encontramos:

- Obesidad (IMC >30kg/m²): se debe mantener un IMC de 20 a 25kg/m², por cada 10 kg de peso por arriba del peso ideal se incrementa la tensión arterial sistólica 2 a 3mmHg, y la diastólica 1 a 2 mmHg.
- Ingesta de sodio: debe ser de no más de 100mmol al día (2.4gr de sodio).
- Actividad física: debe ser aeróbica por lo menos 3 días a la semana con un periodo de 30 a 45 minutos⁸.

- **Tabaquismo:** La prevalencia de HAS en la población fumadora fue del 34.1%. El incremento en la prevalencia fue mayor entre los 20 y 40 años, época en la que se registró la mayor proporción de fumadores actuales.
- **Alcoholismo:** debe limitarse a no más de 1oz (30ml) de etanol, equivalentes a 2 copas al día en los hombres y no más de 0.5oz (una copa) en las mujeres.

Si se realizan modificaciones en el estilo de vida se reduce la PA, previenen o retrasan la incidencia de HAS, mejoran la eficacia del tratamiento farmacológico y disminuyen el riesgo cardiovascular⁹.

El estudio de las causas y mecanismos por los cuales se produce el aumento de la presión arterial comprende un abordaje multidisciplinario pese a que se han obtenido múltiples avances, aun quedan conceptos, mecanismos y preguntas sin responder¹⁰.

A continuación se mencionarán algunos de los mecanismos que influyen en la génesis de la hipertensión arterial.

- **Historia familiar de hipertensión:** La historia familiar de la hipertensión nos predice significativamente la futura afectación de esta enfermedad en los miembros de una familia. Esta predicción depende de los antecedentes de la hipertensión en la familia con mayor riesgo cuantos más familiares de primer grado la padecen, si la presentaron a edad más temprana y la mujer con mayor riesgo¹¹.
- **Sistema Renina Angiotensina Aldosterona:** El sistema renina-angiotensina (SRA) tiene entre sus principales funciones, en la homeostasis de la presión arterial, del balance hidroelectrolítico, y en el desarrollo de los riñones en los mamíferos. La angiotensina II, su molécula efectora, influye significativamente la absorción de sodio y agua por su capacidad de estimular a las células de la zona glomerulosa de la corteza suprarrenal para que sinteticen y segreguen aldosterona. Más aun, la angiotensina II estimula la sed y la secreción de hormona antidiurética por lo que tiene un papel fundamental en la regulación

aguda y crónica de la presión arterial por medio de su influencia sobre la regulación sistémica endocrina¹².

La Angiotensina II estimula al receptor At1 e inicia una secuencia de transcripción que conllevan a una serie de efectos sistémicos, actuando de dos formas: 1). Como hormona circulante: produciendo vasoconstricción, estimulación de la síntesis de aldosterona y vasopresina y por otro lado, 2). un efecto local (autócrino y parácrino): estimulando la proliferación celular de miocitos y de músculo liso vascular, formación de colágeno e induciendo la apoptosis celular¹³.

- **Retención de Sodio:** se han descrito factores asociados con retención de Na, los cuales pueden dividirse en dos grandes grupos: por un lado tenemos a aquellos factores que favorecen una reducción de la filtración de Na, como serían la disminución del coeficiente de ultrafiltración y la disminución de la tasa de filtración glomerular por nefrona y por otro lado aquellos que aumentan la reabsorción de sodio, que pueden ser de 3 tipos: 1) aumento en la expresión de mediadores vasoconstrictores (angiotensina II, aldosterona e hiperactividad del sistema nervioso simpático), 2) disminución en la expresión de factores vasodilatadores (óxido nítrico, medulipina, kalikreínas, dopamina y prostaglandinas vasodilatadoras) y 3) regulación y/o expresión alteradas de los canales de Na en los túbulos renales¹⁴.
- **Sistema Nervioso Autónomo:** el incremento de la actividad del SNS incrementa la presión sanguínea y contribuye al desarrollo y mantenimiento de la hipertensión arterial a través de la estimulación del corazón, vasculatura periférica y riñones, causando incremento en el gasto cardiaco, en la resistencia vascular y en la retención de líquidos. Se ha demostrado que el incremento de la frecuencia cardiaca es originado por la reducción en el tono parasimpático, soportando así el concepto de desbalance autonómico que contribuye a la patogénesis de la hipertensión arterial¹⁵.

Los barorreceptores son mecanorreceptores situados en la pared de las arterias carótidas y aorta, son excitados por estiramiento, causado por elevaciones de la presión arterial, y envían una mayor frecuencia de impulsos por las vías aferentes, que siguen los nervios glossofaríngeo y vago, respectivamente. De éste se envían señales que van a excitar el centro parasimpático e inhibir el centro vasomotor simpático.

Los efectos netos son vasodilatación periférica y disminución de la frecuencia y la contractilidad cardíacas. En consecuencia, la excitación de los barorreceptores provoca un descenso reflejo de la presión arterial, debido tanto a una disminución de las resistencias del sistema vascular como a una disminución del gasto cardíaco¹⁶.

- **Endotelinas:** las endotelinas son factores vasoconstrictores locales muy potentes, la principal endotelina es la endotelina 1 la cual parece tener acción vasoconstrictora sistémica, esta se produce principalmente en el endotelio. La ET1 ejerce diversas acciones: sobre el tono muscular, la excreción renal de sodio y agua y la producción de la matriz extracelular¹⁷.
- **Disfunción endotelial y Oxido Nítrico:** La disfunción endotelial es caracterizada por una menor producción de oxido nítrico por las células endoteliales. Hoy en día se acepta que el oxido nítrico es la sustancia producida por el endotelio con mayor importancia en el control del tono vascular, y varios estudios sugieren que los vasos de resistencia se mantienen dilatados por la liberación continua de oxido nítrico por parte del endotelio. Debido a esto, puede suponerse que una falla en la liberación continua de oxido nítrico pueda producir hipertensión¹⁸.

De acuerdo a la NOM (norma oficial mexicana) y el séptimo informe sobre hipertensión arterial (JNC7) la hipertensión arterial en adultos mayores de 18 años se clasifica de la siguiente manera:

- Presión arterial normal con cifras menores a 120/80mmHg
- Prehipertensión cuando encontramos cifras entre 120-139/80-89mmHg
- Hipertensión cuando hay cifras mayores o iguales a 140/90mmHg
- Hipertensión en estadio I cuando existen cifras entre 140-159/90-99mmHg
- Hipertensión en estadio II cuando hay cifras mayores a 160/100mmHg¹⁹.

En la práctica clínica habitual se observa la tendencia de relacionar la hipertensión arterial con diferentes síntomas que son atribuidos a ella. Con mayor frecuencia estos corresponden a cefalea, epistaxis, mareos, acufenos y hemorragia subconjuntival. Sin embargo, en los estudios epidemiológicos realizados hace una década, pudimos constatar que una alta proporción de los hipertensos que no tenían conocimiento de su enfermedad, como también los hipertensos no adheridos a terapia, justificaban tal hecho en la carencia de síntomas²⁰.

Los procedimientos diagnósticos deben ser encaminados a: establecer los niveles de presión, identificar las posibles causas de hipertensión secundaria y evaluar los factores de riesgo, daño a órgano blanco, enfermedades concomitantes o condiciones clínicas acompañantes.

Estos procedimientos diagnósticos implican:

1. Determinaciones repetidas de la presión arterial
2. Historia clínica completa
3. Exploración física
4. Exámenes de laboratorio y gabinete, algunos de los cuales deben ser considerados como rutina en todo paciente con presión arterial elevada²¹.

Los estudios indispensables para el estudio del paciente hipertenso son: biometría hemática, glucosa sanguínea, creatinina, ácido úrico, potasio sérico, colesterol total, colesterol HDL, triglicéridos, examen general de orina y electrocardiograma. Estos deben realizarse con 3 objetivos: investigar el impacto del proceso hipertensivo en diferentes órganos de choque, detectar las causas posibles de hipertensión secundaria y determinar la existencia de otros factores de riesgo como la dislipidemia, la diabetes o hipertrofia ventricular²².

La importancia del tratamiento adecuado de la hipertensión arterial, al igual que la de otros factores de riesgo, radica en que su control trae aparejada una disminución de las complicaciones clínicas de esta enfermedad²³.

Las metas terapéuticas en población de bajo riesgo es mantener cifras tensionales por debajo de 140/90mmHg. En pacientes de alto riesgo (incluyendo diabetes mellitus aún la no complicada) menor a 130/80mmHg. En pacientes con daño renal o proteinuria cifras menores de 120/75mmHg). Aceptar que siempre es mejor la máxima reducción tolerada de la presión arterial y la supresión o control de los factores de riesgo y de las condiciones clínicas asociadas²⁴.

El tratamiento conductual comprende:

1. **Control del peso corporal:** se presenta beneficio cuando menos con la reducción del 10% del sobrepeso.
2. **Actividad física:** se recomienda ejercicio aeróbico de 30 a 40 minutos la mayor parte de los días de la semana.
3. **Consumo de sal:** no deberá exceder a 6gr al día su consumo.
4. **Consumo de alcohol:** no se deberá consumir más del 30ml de etanol (2 copas) al día.
5. **Dieta recomendable:** aumentar el consumo de frutas, verduras, leguminosas y derivados lácteos desgrasados.
6. **Tabaquismo:** se debe suspender²⁵.

Los principales beneficios del tratamiento antihipertensivo se deben a la mejoría de la PA per se. Cinco clases mayores de agentes antihipertensivos son aptos para el inicio y el mantenimiento del tratamiento antihipertensivo, solos o en combinación: diuréticos tiazidas, bloqueantes del calcio, inhibidores de la ECA (IECA), bloqueantes del receptor de angiotensina (BRA) y beta bloqueantes²⁶.

Los pacientes resistentes al tratamiento suelen acumular una incidencia elevada de eventos vasculares y, por lo tanto, precisan un control médico exhaustivo.

En un porcentaje variable de casos se desconoce la causa de este descontrol de la PA, a pesar de haber descartado todas las posibles causas de HAS secundaria habituales²⁷.

El fin principal del tratamiento farmacológico y los cambios en el estilo de vida al manejar la hipertensión arterial, es normalizar la presión arterial evitando las complicaciones cardiovasculares. El tratamiento no debe ser dirigido sólo a normalizar las cifras tensionales, sino también a corregir todos los factores de riesgo.

Cada tratamiento debe ser individualizado, escogiendo el grupo de medicamentos indicado para cada situación especial²⁸.

Esta enfermedad constituye un problema de considerable importancia en nuestros días, no solo por los perjuicios que ocasiona, per se, en la salud de las personas; también por el número de muertes e incapacidades que produce de manera indirecta, por su condición de factor de riesgo para otras patologías: cerebrovasculares. Cardíacas, renales, retinianas. También es reconocida como el mayor factor de riesgo de enfermedad cardiovascular, enfermedad esta que es considerada la principal causa de muerte a nivel mundial²⁹.

RELACION ENTRE HIPERTENSION ARTERIAL Y ESTRÉS

El sistema nervioso simpático es el principal instrumento que media la respuesta cardiovascular que tiene lugar durante el estrés psicológico. Por lo que respecta al aparato cardiovascular, la respuesta neural al estrés es de mayor importancia que la adrenal.

El estrés constituye una respuesta de adaptación del organismo para hacer frente a demandas del medio para las cuales la persona tiene o cree tener recursos limitados. Sin embargo cuando estas respuestas ante las situaciones estresantes son muy intensas, frecuentes o duraderas, el estrés puede traer complicaciones en la salud, ya sea desencadenando la aparición de un trastorno, complejizando su cuadro clínico o perpetuando su sintomatología³⁰.

El estrés mental produce una activación preferencial del flujo sanguíneo simpático y el efecto sobre el corazón es mayor en personas ancianas. Se ha observado un aumento de la presión arterial. Se ha demostrado que los pacientes hipertensos presentan una alteración de la capacidad vasodilatadora dependiente de óxido nítrico durante el estrés mental. Esto puede explicar el incremento de la susceptibilidad de los pacientes hipertensos a sufrir daño vascular después de repetidas exposiciones a situaciones de estrés³¹

La relación entre estrés y la hipertensión arterial ha sido estudiada a diferentes niveles:

- Conflicto social: resultados de un estudio realizado en una comunidad de presos mostro que la PA sistólica de presos que convivían varios meses era de 131 mm Hg, mientras que en los que vivían en un dormitorio único, la PA era tan sólo de 115 mmHg. Cuando estos últimos eran trasladados a dormitorios comunitarios, se produjo un incremento de la PA, a la inversa de lo que ocurrió cuando los primeros eran trasladados a dormitorios únicos.

- Proceso de desarrollo cultural u occidentalización: diferentes estudios han puesto de manifiesto que en sujetos que emigran de una sociedad tradicionalmente estable a una sociedad occidental, se produce un incremento de la PA. No obstante, en estos estudios la dificultad estriba en conocer qué factores son los responsables del incremento de la PA. El estrés puede jugar un papel importante, pero no cabe duda de que se producen también cambios dietéticos y del estilo de vida.
- Estrés laboral: en un estudio llevado a cabo en 162 profesores (60 varones y 102 mujeres), han observado que los sujetos con tensión laboral elevada presentaban mayores incrementos de la PA respecto a los sujetos con tensión laboral baja cuando se realizaban tareas o pruebas no controlables, pero no cuando se trataba de pruebas o tareas controlables³².

Se aprecian algunas características en el funcionamiento emocional de los pacientes con hipertensión arterial esencial que los distinguen de los sujetos normotensos. El predominio de estilos de vida poco protectores de salud caracterizado por tendencia al sedentarismo, hábito de fumar, ingestión de bebidas alcohólicas y pocas habilidades para organizar el tiempo libre.

Elementos estos que los hacen ubicarse entre niveles de vulnerabilidad y extrema vulnerabilidad al estrés.

El predominio de vivencias emocionales negativas que son experimentadas entre intensa y moderadamente por la generalidad y de los hipertensos, entre las que se destacan la inquietud, la ansiedad, la inseguridad, la ira y la angustia.

El predominio de pacientes hipertensos con niveles de moderada distimia depresiva y niveles de ansiedad rasgo y estado que oscilan entre medio y alto³³.

En la hipertensión arterial, la ansiedad es una dimensión naturalmente asociada con ella por las reacciones fisiológicas que implica. Además, por su sintomatología, son los hipertensos los que tienen más probabilidades de desarrollar un trastorno de ansiedad en comparación con otras condiciones crónicas, se ha informado además mayor angustia, problemas de funcionamiento sexual, de sueño y autocontrol³⁴.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LA FAMILIA

La Familia no es tan solo un conjunto de personas que se relacionan entre sí, sino también una unidad que posee un significado emocional. La familia es sin duda, la fuente principal de creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud.

Según el consenso académico, México 2005 define a la familia es un grupo social, organizado como sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos sean consanguíneos, legales y/o de afinidad.

Antes del decenio de 1950, se inicia el estudio de la familia desde un contexto positivista centrado en lo que se podía verificar, desde el punto de vista de las ciencias sociales se estudio con la observación de las conductas reproductivas. El estudio de las funciones globales familiares se inicia a partir de los decenios de 1950 y 1960 cuando ya se contaban con tres referentes teóricos: la teoría general de los sistemas, la teoría de la comunicación y la teoría del grupos, éstas permitieron a los observadores externos iniciar con el estudio de la familia³⁵.

La familia es un sistema que a su vez está formado por subsistemas, igual al engranaje de una maquinaria, en dicha composición, tenemos al subsistema conyugal formado por papá y mamá, subsistema paterno-filial; por padres e hijos y el subsistema fraternal: compuesto por los hermanos³⁶.

Para iniciar con el estudio de la familia es necesario clasificarla en base a lo siguiente:

- En base a su estructura:
 - Nuclear: padre, madre e hijos.
 - Extensa: mas abuelos.
 - Extensa compuesta: mas otros consanguíneos o de carácter legal, (tíos, primos, yernos, cuñados)

- Monoparental: padre o la madre y los hijos.
- En base a su desarrollo:
 - Primitiva: clan u organización tribal.
 - Tradicional: patrón tradicional de organización familiar.
 - Moderna: padres comparten derechos y obligaciones, hijos participan en la organización familiar y toma de decisiones.
- En base a su integración:
 - Integrada: cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones adecuadamente.
 - Semi-integrada: no cumplen sus funciones.
 - Desintegrada: falta uno de los cónyuges por muerte, abandono, separación, divorcio.
- En base a su demografía:
 - Urbana
 - Rural
- En base a su ocupación:
 - Campesina
 - obrera
 - Técnica
 - Profesional³⁷

La familia como toda una organización viva tiene su inicio, desarrollo y ocaso; por lo que también debemos conocer la etapa del ciclo vital de la familia para su estudio integral, por lo que se puede aun clasificar de las siguientes maneras:

Ciclo Vital Familiar de Geyman

- Fase de matrimonio: Se inicia con el vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo.

- Fase de expansión: Es el momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia. como su nombre lo indica la familia se dilata, se “expande”.
- Fase de dispersión: Generalmente corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia en los hijos.
- Fase de independencia: Etapa en que los hijos de mayor edad (usualmente) se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen.
- Fase de retiro y muerte: Etapa en la que se deben enfrentar diversos retos y situaciones críticas como el desempleo, la jubilación, la viudez y el abandono³⁸.

Las Funciones de la familia básicamente son 2: Asegurar la supervivencia de sus miembros y forjar sus cualidades humanas. Pero se describen funciones específicas de la familia como son:

- Protección biopsicosocial: implica proporcionar abrigo, alimento y seguridad física, incluyendo la satisfacción sexual de la pareja.
- Promover el afecto, la unión y la solidaridad social a fin de mantener la capacidad de relación con otros seres humanos.
- Favorecer el desarrollo de la identidad personal ligada a la identidad familiar, que asegure la integridad psíquica y que facilite el adiestramiento en las tareas de participación social y el afrontamiento de nuevas experiencias.
- Moldear el papel sexual condicionado por la imagen de integridad y madurez de los padres, que favorezca a su vez la maduración y ulterior relación sexual de los hijos.
- Proporcionar nuevos miembros a la sociedad a través de la reproducción, a fin de garantizar la supervivencia de la especie.
- Educar y estimular el aprendizaje, la iniciativa y la realización creativa de los miembros en forma individualizada.

- Determinar la posición sociocultural de sus integrantes, de tal manera que la familia perpetúe las circunstancias y valores de sus miembros más viejos para transmitirlos a los jóvenes³⁹.

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

La 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 atraviesa⁴⁰.

La familia funcional presentaría las siguientes características:

- *Fronteras externas claras y permeables*, lo que permite que la familia intercambie información con otros sistemas sociales y desarrollen su sentido de pertenencia.
- *Fronteras entre subsistemas claras*, con lo que se pretende que puedan llevar a cabo las funciones de cada subsistema, fortaleciendo la jerarquía y la transmisión de reglas de socialización.
- *Fronteras individuales bien definidas*, para que cada miembro de la familia desarrolle su sentido de individuación y autonomía para desenvolverse en el exterior así como perciba a los demás como fuentes de apoyo.
- *La jerarquía deberá estar en los padres* o tutores, los cuales deberán brindar un ambiente de seguridad a sus hijos, esta deberá ser clara y consistente a fin de evitar problemas con los demás miembros de la familia.
- *Los roles* tendrán tener fluidez y capacidad para el intercambio de funciones así como un ingenuo deseo de compartir algunas de ellas.
- *La comunicación clara y asertiva* deberá ser la norma dentro de la familia, para que se permita la negociación y la resolución de problemas.
- *Las reglas* serían en su mayor parte explícitas y renegociadas a través del ciclo vital de la familia, de manera que se permita el desarrollo familiar y la individuación de sus miembros.

- No deberá presentarse *coaliciones, ni alianzas* inflexibles o rígidas.
- *La familia tendrá que ser flexible* para garantizar el desarrollo y coevolución de sus miembros así como desarrolle el sentido de pertenencia y estabilidad ante sus problemas internos y externos que va enfrentando⁴¹.

Hamilton, en su libro “*Stress and Family*” conceptualizan las crisis como un aumento de la disrupción, desorganización o incapacidad del sistema familiar para funcionar. La familia en crisis se caracteriza por la inhabilidad a retornar a la estabilidad, y a la constante presión a hacer cambios en la estructura familiar y en los modelos de interacción. La familia en crisis no es necesariamente una familia disfuncional o problemática. El hecho de vivir en crisis no es necesariamente la causa de disfunción familiar, sino el modo cómo se enfrenta⁴².

Las principales crisis por las que la familia atraviesa durante su evolución se pueden clasificar en normativas y paranormativas.

- Crisis normativas o transitorias: Son las relacionadas con los acontecimientos normales y esperables en el desarrollo familiar y que se erigen como puntos críticos de transición a lo largo del ciclo vital.
- Crisis no transitorias o paranormativas: Son las relacionadas con acontecimientos de carácter accidental, no guardan relación directa con las etapas del ciclo vital. Las crisis no transitorias o paranormativas se clasifican, según la naturaleza del acontecimiento que las provocan en:
 - *Desmembramiento*: separación temporal o definitiva de algún integrante de la familia. Por ejemplo: hospitalización prolongada, abandono, separación conyugal, salida del hogar, muerte prematura respecto al ciclo de vida, suicidio.
 - *Incremento*: Incorporación de uno o más miembros de la familia. Por ejemplo: regreso al hogar (hijo, pariente, abuelos, sobrinos, etc.), adopción, convivencia temporal.

- *Desmoralización:* Crisis caracterizada por la afectación de los valores y principios éticos-morales de la familia. Por ejemplo: conducta antisocial, encarcelamiento, escándalos en la comunidad, infidelidad, delincuencia, drogadicción, actos deshonorosos, entre otros.
- *Cambio económico importante:* Tanto en sentido negativo como positivo, Por ejemplo: pérdida de trabajo, pérdida de alguna propiedad importante como la casa, herencia.
- *Problemas de salud:* Por ejemplo: embarazo no deseado, infertilidad, intento de suicidio, accidente, diagnóstico de enfermedad de alto compromiso con la vida⁴³.

Las tensiones que sufre a través de su ciclo evolutivo pueden manifestarse en forma de síntomas, los cuales pueden ser la expresión de procesos adaptativos del individuo y ser mantenidas por las conductas familiares.

La aparición de cualquier enfermedad en alguno de los miembros de la familia representa un serio problema en su funcionamiento y estructura, pues la enfermedad introduce una información nueva en el sistema que lo perturba y desorganiza, por lo que con frecuencia implica una crisis que impacta sistémicamente a cada uno de sus miembros⁴⁴.

Los padecimientos crónicos repercuten sensiblemente en el bienestar y calidad de vida de quienes los padecen y de sus allegados. Su sólo diagnóstico implica pérdida del estado de salud, además de la puesta en marcha de cuidados y nuevas rutinas que permitan seguir las instrucciones del equipo de salud.

El manejo integral de la hipertensión arterial requiere la adopción permanente de acciones farmacológicas y cambios en el estilo de vida en el entorno familiar, de manera que el apego al tratamiento se vincula de forma directa con el apoyo que los familiares otorgan al enfermo⁴⁵.

Las disfunciones familiares ejercen una influencia negativa en el desarrollo y control de las enfermedades cardiovasculares. Trief y colaboradores refieren que cuando es buena la cohesión familiar es más adecuado el control de las cifras de tensión arterial, aunque no se descarta la posibilidad de que exista un factor genético implicado en la génesis de la enfermedad y la multifactorialidad, que explicaría la existencia de pacientes descontrolados con buena funcionalidad familiar.

LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA

La familia es la institución social más antigua. Ha sido objeto de estudio para la Psicología en diferentes campos de actuación, tanto desde el punto de vista educativo como en el ámbito social y clínico. A partir de la década de los 50 tiene lugar en Estados Unidos un fuerte movimiento de terapia familiar como forma de tratamiento de los trastornos mentales y disfunciones de la pareja y la familia. Esta nueva orientación traslada el interés del individuo, al grupo familiar, al que se le considera a sí mismo como un todo orgánico, como un sistema relacional⁴⁶.

Esto se sustenta en la teoría general de sistemas descrito por Von Bertalanffy que describe la necesidad de estudiar la ciencia no sólo en partes y procesos aislados, sino también en resolver los problemas hallados en la organización resultantes de la interacción dinámica de sus partes. Además define al sistema como conjunto de elementos en interacción, y describe principalmente dos tipos de sistemas: sistema cerrado donde se inicia con los mismos elementos con los que se termina acabando el proceso en un estado de equilibrio, mientras que el sistema abierto es el que se mantiene en continua incorporación y eliminación de la materia manteniéndose en un estado uniforme⁴⁷.

Watzlawick aporta que la comunicación se puede definir como un “conjunto de elementos en interacción en donde toda modificación de uno de ellos afecta las relaciones entre los otros elementos”. Esta definición nos acerca al concepto de sistema, en este sentido, la comunicación es un sistema abierto de interacciones, inscritas siempre en un contexto determinado. La comunicación obedece a ciertos principios: el principio de totalidad, que implica que un sistema no es una simple suma de elementos sino que posee características propias, diferentes de los elementos que lo componen tomados por separado; el principio de causalidad circular, según el cual el comportamiento de cada una de las partes del sistema forman parte de un complicado juego de implicaciones mutuas, de acciones y retroacciones; y el principio de regulación, que afirma que no puede existir comunicación que no obedezca a un cierto número mínimo de reglas, normas, convenciones. Estas reglas son las que, precisamente, permiten el equilibrio del sistema⁴⁸.

Recientemente la teoría de Pichon Riviere supera la teoría general de sistemas, hablando de grupo operativo definido como el resultado de la asociación de un conjunto de personas con un objetivo común, unidos por una realidad compartida, operando como un equipo de trabajo, por lo que, la estructura dinámica del grupo solo es posible, a través de la operatividad de la tarea, misma que debe enfocarse en como mejorar la salud mental. Para Riviere la noción de tarea en psicología social abarca tres momentos importantes: la pretarea, la tarea y el proyecto en ellos el grupo tiene la posibilidad de convocar el síntoma y compartir sus representaciones comórbidas, en el sistema de relaciones creadas a partir del encuentro psicoterapautico⁴⁹.

La terapia estructural fue desarrollada en la segunda mitad del siglo XX. Se trata de una de las múltiples repuestas al concepto de hombre como parte de su medio, que comenzó a difundirse a comienzos de este siglo. La terapia estructural de familia es una terapia de acción. El objetivo de las intervenciones en el presente es el sistema familiar. Una visión sistémica estructural permite la exploración de las interacciones de las personas con relación a los distintos contextos de los que forma

parte; permite experimentar las formas en que los miembros de la familia sostienen y califican mutuamente⁵⁰.

El terapeuta se asocia con la familia con el objeto de cambiar la organización de la misma, de tal modo que la experiencia de sus miembros se modifique y altere el contexto que viene alimentando el síntoma.

Según Minuchin, la terapia estructural de la familia es una terapia de acción:

Una transformación de la estructura familiar permitirá alguna posibilidad de cambio⁵¹...

Los componentes de la teoría de la terapia estructural son tres conceptos:

1. La estructura: será la forma de organización en la cual interactúan los miembros de la familia.
2. Los subsistemas: en la unión conjunta de los miembros para desarrollar ciertas funciones, cada individuo, o dos o más formarán un subsistema, éstos son determinados por generaciones.
3. Límites: pueden ser rígidos o difusos: los rígidos serán restrictivos y permitirán poco contacto con otros subsistemas, produciendo personas y subsistemas aislados e incommunicados. Los difusos se caracterizan por tener alto grado de apoyo mutuo, pero a costa de la independencia y la autonomía⁵².

El diagnóstico estructural implica plantear hipótesis que intenten explicar la relación entre las interacciones sistémicas que se dan en el contexto de la familia y el o los síntomas de sus miembros.

El proceso terapéutico implica que el terapeuta atienda a los modos en que los miembros de la familia experimentan la realidad, la forma en que se relacionan entre sí y con él. La tarea del terapeuta es guiar la entrevista de manera que las conductas peculiares de sus miembros se comprendan como respuestas sensibles a tensiones existentes en la familia, es decir, se observa la conducta en contexto⁵³.

Minuchin en su libro *Families and Family Therapy* explica tres procesos estructurales que se deberán dar en la terapia:

1. Acercamiento o incorporación a la familia (joining): se refiere al acercamiento del terapeuta con la familia, el cual debe tomar una posición de experto y conocedor. Además puede llegar a afiliarse a los miembros de la familia, pero siempre deberá actuar desde una posición neutral y no participar como actor, únicamente como director.
2. Mapa de la estructura familiar: puede esquematizarse a través del familiograma, el cual tiene como objetivo representar a la familia al momento de iniciar la terapia. Es un instrumento útil para establecer los objetivos terapéuticos y determinar cuál deberá ser el familiograma de la familia de acuerdo con el diagnóstico estructural.
3. Técnicas de Intervención:
 - a) Dramatización: técnica por medio de la cual el terapeuta pide a la familia que interactúe en su presencia y así obtener información que la familia considere importante o relevante.
 - b) Focalización: por su observación a la familia el terapeuta recibe información, se observan los límites, las fuerzas, los problemas y se determina el familiograma.
 - c) Intensidad: en esta el terapeuta hace escuchar el mensaje a la familia, más allá de las fuerzas defensivas de ésta⁵⁴.

La terapia detecta la desviación y rediseña la organización funcional familiar de manera que se pueda aproximar lo más posible a la normalidad. El síntoma es la expresión de la funcionalidad del sistema familiar; si la organización familiar se acerca a la funcionalidad, expresión del comportamiento de acuerdo con la norma el síntoma desaparecerá⁵⁵.

Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento familiar (EFF):

Objetivo del Instrumento:

Este cuestionario tiene como objetivo evaluar la percepción que cada miembro de la familia tiene acerca de su funcionamiento familiar.

Sólo es un instrumento que permite evaluar el funcionamiento en un momento del tiempo para poder intervenir psicoterapéuticamente con las áreas más debilitadas.

Este cuestionario es de tipo Likert que utiliza 5 opciones para valorar cada reactivo:

- (1) Totalmente en desacuerdo, (2) En desacuerdo, (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, (4) De acuerdo y (5) Totalmente de acuerdo.

Consta de 40 reactivos los cuales determinan 6 dimensiones propuestas que se mencionan a continuación:

- *La resolución de problemas:* hace referencia a la habilidad de la familia para resolver problemas a un nivel que mantenga el funcionamiento familiar afectivo.
- *Comunicación:* se refiere al intercambio de información en la familia, si la comunicación es clara y directa entre sus miembros, se habla de una comunicación eficaz.
- *Roles:* hace referencia a los patrones de conducta por medio de los cuales la familia asigna a los individuos funciones.
- *Involucramiento afectivo:* se refiere al grado en que la familia, como un todo, muestra interés de cada uno de sus miembros, a mayor calidad de involucramiento, mejor funcionamiento habrá en la familia.
- *Respuestas afectivas:* es la habilidad de la familia para responder con sentimientos adecuados a un estímulo tanto en calidad como en cantidad, es decir, que manifiesten la capacidad de expresar una amplia gama de emociones con duración e intensidad razonable según el estímulo.

- *Control de conducta*: se refiere a los patrones que adopta una familia para mejorar el comportamiento en tres situaciones: situaciones que impliquen peligro físico, situaciones que implican enfrentar y expresar necesidades psicológicas, biológicas e instintivas y por último, situaciones que impliquen socialización entre los miembros de la familia y con gente fuera del sistema. entre más flexible sean los patrones de conducta mejor será el desarrollo de la familia.

Para poder determinar la calificación de los reactivos se agruparon en 6 factores y cada uno de ellos con punto de corte, el cual nos indicará que tan funcional o disfuncional es el factor. Se califica como positivo o negativo según sea el factor.

Factor 1: Involucramiento afectivo funcional con 17 reactivos (1, 2, 4, 10, 11, 12, 13, 18, 19, 20, 21, 24, 26, 29, 33, 35, 38). su punto de corte es: 51.

Factor 2: Involucramiento afectivo disfuncional con 11 reactivos (3, 6, 7, 11, 15, 22, 30, 32, 34, 37, 39). Su punto de corte es de 33.

Factor 3: Patrones de comunicación disfuncionales con 4 reactivos (5, 16, 25, 27). Su punto de corte es 12.

Factor 4: Patrones de comunicación funcionales con 3 reactivos (8, 36, 40). Su punto de corte es 9.

Factor 5: Resolución de Problemas consta de 3 reactivos (17, 23, 31). Su punto de corte es 9.

Factor 6: Patrones de control de Conducta con 2 reactivos (9, 28). Su punto de corte es 6, más de esta puntuación nos habla de la conducta positiva de la familia⁵⁶.

Inventario de calidad de Vida y Salud (InCaViSa):

Objetivo del instrumento.

El objetivo de este instrumento es medir la calidad de vida de pacientes, en una escala lo suficientemente exclusiva como para emplearse en cualquier condición crónica o aguda y sensible al afecto de las intervenciones. Este inventario define el concepto de calidad de vida como indicador de bienestar. Su utilización, en el área de la salud es para evaluar la eficacia de las intervenciones al considerar la agresividad tanto de padecimientos como tratamientos y el área de la psicología evalúa la percepción de satisfacción del sujeto ante diversos aspectos de su vida cotidiana.

El fundamento teórico del término de calidad de vida engloba varios aspectos del bienestar y se ha adoptado como un indicador en disciplinas tan diversas como la economía, la política, la psicología y la medicina. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define de la siguiente manera: “La calidad de vida, es la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en el cual ellos viven y en relación con sus metas, expectativas, estándares e intereses” siendo esta definición una de las más completas. Diversos autores que siguen esta línea han concebido a la calidad de vida como un concepto que incluye tanto variables internas como la salud percibida, satisfacción en la vida y habilidades funcionales, etc; como externas, por ejemplo: el estatus socioeconómico, nivel de ingresos económico, estado de salud, oportunidades de desarrollo personal y uso efectivo del tiempo libre, así como factores ambientales y acceso a recursos materiales y sociales, por ejemplo servicios de salud, trabajo, actividades recreativas.

Es por ello que la calidad de vida se concibe como un concepto multidimensional.

Relevancia del instrumento con pacientes hipertensos.

Desde una perspectiva psicosocial, el padecimiento crónico de la hipertensión arterial afecta a la población de dos formas principalmente: deteriorando la productividad de los pacientes y su capacidad de generar ingresos y servicios, y por otro lado, aumentando el uso de servicios de salud y asistencia entre otros.

La hipertensión se encuentra asociada de manera estrecha con la ansiedad, es decir, debido a su sintomatología los hipertensos tienen mayor probabilidad de desarrollar un trastorno de ansiedad en comparación con otras enfermedades crónicas.

La hipertensión arterial es un padecimiento crónico que repercute de manera significativa en el bienestar y en la calidad de vida de quienes la padecen y de sus allegados.

Áreas del inventario de calidad de vida y salud.

- Preocupaciones.
- Desempeño físico.
- Aislamiento.
- Percepción corporal.
- Funciones cognitivas.
- Actitud ante el tratamiento.
- Tiempo libre.
- Vida cotidiana.
- Familia.
- Redes sociales.
- Dependencia médica.
- Relación con el médico⁵⁷.

VII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La hipertensión arterial es una de las principales enfermedades crónicas de nuestro país, además de una de las 3 primeras causas de atención médica en nuestra unidad médica. Se sabe, que mas de la mitad de los pacientes hipertensos no logran cifras tensionales menores a la meta, además de que se requiere de incremento en las dosis o combinación de más de 2 fármacos antihipertensivos para su control. El descontrol del paciente es influido por diversos factores biológicos, psicológicos y sociales, desde una inadecuada alimentación, falta de actividad física, hasta ansiedad por crisis familiares o estrés emocional.

La familia es el principal apoyo de los pacientes hipertensos, ya que es en ésta donde se encuentra el apoyo emocional, personal y social de cada integrante hacia el enfermo, esto lo ayudará a aceptar y conocer su enfermedad así como a poder llevar algunas estrategias para lograr el control de la misma. Las crisis familiares pueden influir de manera negativa en dicho control, por lo que creemos que la familia tiene un papel importante en el control o descontrol del paciente hipertenso.

Con la presente investigación se aportará en base a elementos científicos reales que la psicoterapia familiar influye positivamente en el paciente y su familia para lograr un impacto en el control de la tensión arterial de nuestros pacientes hipertensos descontrolados.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿La Intervención psicoterapéutica mejora el control de la tensión arterial?

VIII. JUSTIFICACION:

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México cerca del 30.8% de la población y cerca del 60% de los individuos afectados desconocen su enfermedad. Hasta el año 2000 existían 12,232 casos registrados en Michoacán.

Se considera a la hipertensión Arterial como el principal factor de riesgo para eventos cardiovasculares y cerebrovasculares, que definitivamente aumenta la incidencia de muertes a nivel nacional.

La detección oportuna, el tratamiento farmacológico y no farmacológico de esta entidad tienen como objetivo en control de la tensión arterial y la disminución de los eventos vasculares. A pesar del tratamiento médico existen factores externos que definitivamente alteran el control del paciente hipertenso.

El estrés por su relación con el sistema nervioso altera las cifras de tensión arterial por lo que participa en el descontrol de ésta. Además la familia puede crear situaciones de estrés en el paciente, dadas principalmente por crisis familiares, que surgen por las modificaciones que se deben realizar dentro de todo el sistema familiar para el apoyo del paciente o por las que suelen presentarse por la evolución normal de la familia.

El trabajo central terapéutico con este tipo de familias será el fortalecimiento de los subsistemas, donde se ayudará en el rompimiento de alianzas y coaliciones existentes. Con este tipo de intervención pretendemos demostrar que al disminuir las situaciones de estrés en la familia se logrará el control de la presión arterial.

IX. HIPÓTESIS DE TRABAJO:

La intervención psicoterapéutica familiar mejora el control de la tensión arterial.

OBJETIVO GENERAL:

- Evaluar el impacto de la intervención psicoterapéutica en el control de la tensión arterial, función familiar y calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial descontrolada.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los cambios en los parámetros bioquímicos de pacientes con hipertensión arterial.
- Evaluar los cambios somatométricos.
- Identificar cambios en la funcionalidad familiar.
- Evaluar la calidad de vida antes y después de la intervención psicoterapéutica.

X. MATERIAL Y METODOS

DESCRIPCION DEL ESTUDIO

- **Tipo de estudio**

Cuasi experimental

- **Tipo de diseño**

Ensayo Clínico

- **Método de Observación**

Longitudinal

- **Tipo de análisis**

Analítico

- **Temporalidad**

Prospectivo

- **Población de estudio**

Pacientes hipertensos descontrolados derechohabientes de la UMF No. 80 del IMSS de la ciudad de Morelia Michoacán.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión

- Pacientes con más de 5 años de diagnóstico de hipertensión arterial.
- Sexo indistinto
- Edad entre los 18 y 70 años.
- Pacientes que no logren control de la presión arterial a pesar de su correcta adherencia al tratamiento.
- Pacientes que reciban atención médica en la clínica de Medicina Familiar No. 80 del IMSS en Morelia Michoacán.

Criterios de no Inclusión

- Pacientes portadores de trastornos psiquiátricos.
- Pacientes con pobre apego a tratamiento médico.
- Pacientes que cuenten con redes de apoyo o que se encuentren en terapia psicológica.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes que no cuenten con familiares que puedan acompañarlos a las sesiones.

Criterios de Eliminación

- Familias que decidan retirarse del estudio en cualquiera de sus etapas.
- Familias que no cumplan con el 80% de sesiones psicoterapéuticas.
- Pacientes que ameriten cambios en el tratamiento farmacológico.
- Pacientes que no asistan a citas para toma de estudios de laboratorio iniciales.

DESCRIPCION DE VARIABLES

Variable Independiente

- Terapia de Familia la cual se realizará en cámara de Gessell de la facultad de psicología.

Variable Dependiente

Variables Clínicas

- Tensión arterial sistólica
- Tensión arterial diastólica

Variables Paraclínicas

- Índice cardiotorácico
- Índice de sokolow

Variables Antropométricas

- Índice de masa corporal
- Peso
- talla

Variables Bioquímicas

- Glucosa
- Urea
- Creatinina
- Ac. Úrico
- Colesterol
- Triglicéridos

Funcionalidad familiar y calidad de vida

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

| VARIABLE | DEFINICION | TIPO | MEDICION. |
|-----------------------------|---|----------------------|---|
| Tensión arterial sistólica | Es la máxima presión que registra el sistema circulatorio, coincidiendo con la sístole del ventrículo. | Numérica | Milímetros de mercurio |
| Tensión arterial diastólica | Es la presión mínima que registra la arteria, que coincide con la diástole del ventrículo. | Numérica | Milímetros de mercurio |
| Índice cardiotorácico | Diámetro cardiaco mediante una radiografía de tórax en PA, y calculada con la formula $A+B/C= ICT$. | Numérica | Menor de 0.49: normal. Mayor de 0.50: cardiomegalia. |
| Índice de sokolow | Se obtiene al sumar el voltaje de S en V1 o V2 mas el de R de V5 o V6, un resultado de 35 o mayor confirma el diagnóstico de hipertrofia ventricular izquierda. | Numérica | Milímetros > 35mm traduce Hipertrofia ventricular izquierda |
| IMC | La relación que guarda entre peso dividido entre la talla al cuadrado | Numérica Discreta | Kg/Mt2 1.- Sobrepeso: 25-29.9, 2.- grado I: 30 a 34.9, 3.-grado II: 35-39.9. |

| | | | |
|------------|--|-------------------|---------------------------|
| | | | 4.- grado III: más de 40. |
| Peso | Peso corporal total | Numérica discreta | Kilogramos (Kg) |
| Talla | Estatura | Numérica discreta | Metros |
| Glucosa | Valor de la concentración de glucosa en sangre. | Numérica | Miligramos por decilitro |
| Urea | Es el principal producto terminal del metabolismo de proteínas en el hombre | Numérica | Miligramos por decilitro |
| Creatinina | Se trata de un producto de desecho del metabolismo normal de los músculos que produce el cuerpo en una tasa muy constante y que normalmente filtran los riñones. | Numérica | Miligramos por decilitro |
| Ac. Úrico | Es el producto de la degradación de las purinas. | Numérica | Miligramos por decilitro |
| Colesterol | Es un esteroil (lípidol) que se encuentra en los tejidos corporales y en el plasma | Numérica | Miligramos por decilitro |

| | | | |
|--------------------------|--|-------------|---|
| | sanguíneo de los vertebrados | | |
| Triglicéridos | son acilgliceroles, un tipo de lípidos, formados por una molécula de glicerol, que tiene esterificados sus tres grupos hidroxílicos por tres ácidos grasos, ya sean saturados o insaturados. | Numérica | Miligramos por decilitro |
| Funcionamiento familiar. | Cuestionario de Evaluación de la Funcionalidad Familiar se basa en la percepción que un individuo tiene sobre la funcionalidad de su familia. | Cualitativa | 6 dominios: <ol style="list-style-type: none"> 1. Involucramiento afectivo funcional. 2. Involucramiento afectivo disfuncional. 3. Patrón de comunicación disfuncional 4. Patrón de comunicación funcional 5. Resolución de problemas. 6. Control de conducta. |
| Calidad de vida y salud | Se emplea para evaluar la calidad de vida que tiene un paciente con enfermedad crónica y es sensible al efecto de | Cualitativa | Áreas de estudio: <ol style="list-style-type: none"> 1. Preocupaciones. 2. Desempeño físico. 3. Aislamiento. 4. Percepción corporal. |

| | | | |
|--|---------------------|--|---|
| | las intervenciones. | | 5. Funciones Cognitivas. 6. Actitud ante el Tratamiento. 7. Tiempo libre. 8. Vida Cotidiana. 9. Familia. 10. Redes Sociales. 11. Dependencia Médica. 12. Relación con el Médico. |
|--|---------------------|--|---|

TAMAÑO DE LA MUESTRA

No probabilístico, por conveniencia, se estudiaron dos grupos 1 de intervención de 10 pacientes y el grupo control de 5 pacientes con hipertensión arterial descontrolada a pesar del tratamiento médico:

DESCRIPCION OPERATIVA DEL ESTUDIO

Este proyecto de Investigación fue evaluado y aprobado por el Comité Local de Investigación en Salud 1602 del Hospital General Regional No. 1 del IMSS.

Una vez obtenida la autorización, el trabajo central realizado por nosotros inició seleccionando a los pacientes que tuvieron diagnóstico de hipertensión arterial descontrolada, se realizó la invitación vía telefónica, se citó a los aceptantes en la Unidad de Medicina Familiar No. 80. Por otro lado se acudió a la sala de espera de dicha unidad donde se realizó invitación abierta a pacientes hipertensos. Además se visitó a los Médicos Familiares de la unidad en ambos turnos para informarles sobre el estudio y se les apoyó con trípticos informativos sobre éste, con el fin de que refirieran a los pacientes candidatos a este proyecto. A dicha convocatoria de invitación respondieron aceptando participar un total de 27 pacientes.

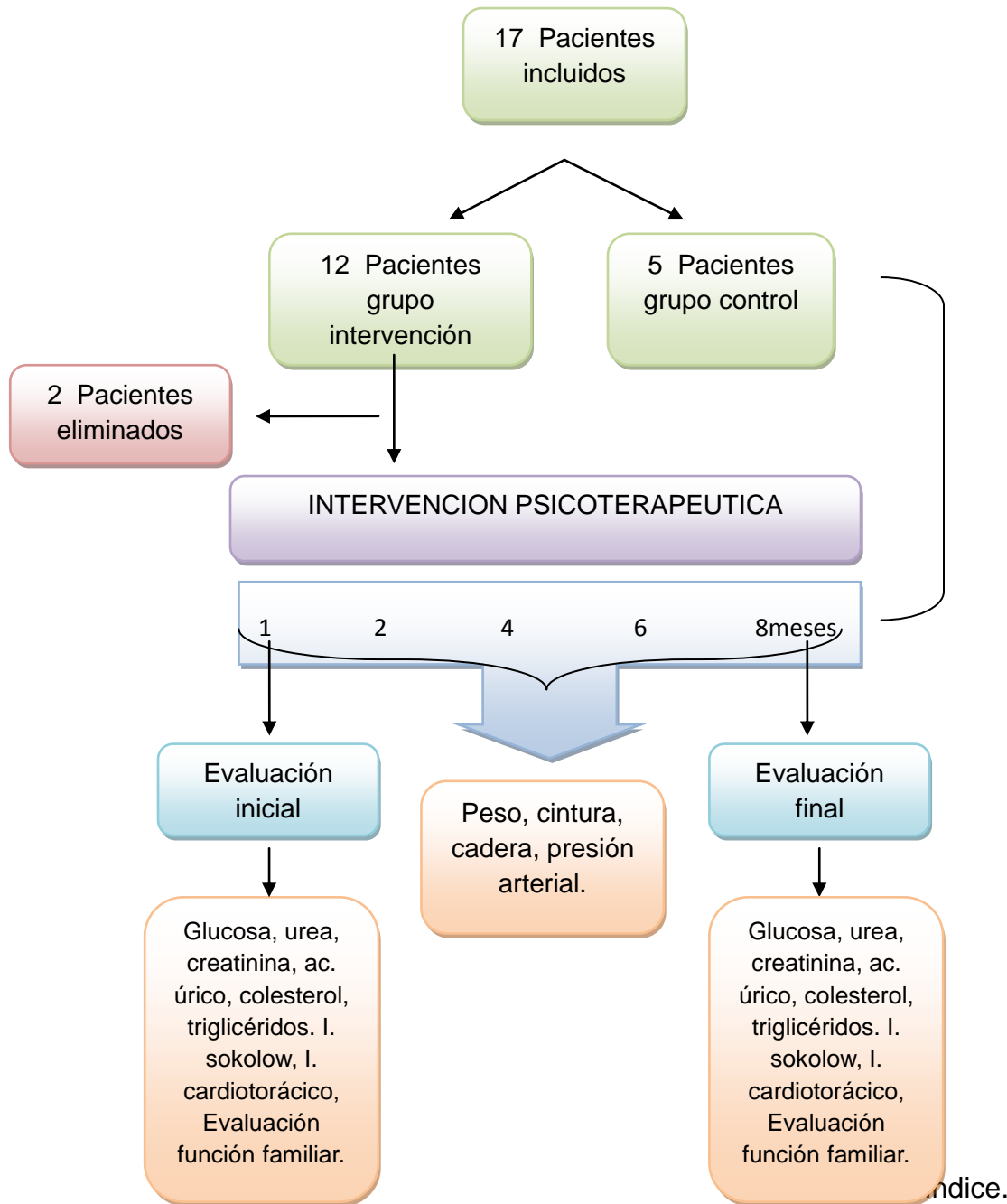
A Todos los pacientes se les informó ampliamente las fases del estudio de investigación, los diferentes lugares a donde asistir, inconvenientes, compromiso a realizar y beneficios, procediendo a firmar consentimiento informado, autorizando su participación.

En la primera cita se les realizó historia clínica completa, se les solicitaron estudios de laboratorio para las mediciones bioquímicas, se les tomó ekg y telerradiografía de tórax.

Para el seguimiento clínico de los pacientes se programó una cita cada 2 meses hasta finalizar a los 8 meses, en las que se evaluó: peso, circunferencia de cintura, cadera, tensión arterial sistólica y diastólica, y en la cita final además de estos parámetros se solicitan de nuevo estudios de laboratorio y gabinete para ser comparados con los estudios iniciales.

De los 27 pacientes no se incluyeron 2 pacientes que estaban asistiendo a terapia individual y 3 con pobre apego a tratamiento farmacológico y 1 paciente diagnosticado con esquizofrenia, además de 4 pacientes excluidos ya que no contaban con familiares que los acompañaran.

Finalmente se incluyeron un total de 17 pacientes formándose 2 grupos, el grupo de intervención con 12 pacientes y el grupo control con 5 pacientes. Se eliminaron 2 pacientes del grupo de intervención que decidieron retirarse de manera voluntaria del estudio, la muestra final fue de 10 pacientes que terminaron la terapia familiar y 5 en el grupo control.



La psicoterapia familiar estuvo a cargo del equipo de terapeutas y psicólogos quienes realizaron la cita de evaluación los días miércoles de cada semana donde fueron atendidos de 2 ó 3 pacientes.

La evaluación se llevó a cabo en la cámara de Gesell de la Facultad donde se les aplicó el cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar (EFF) para determinar la percepción que el paciente tiene acerca de su funcionamiento familiar, posterior a esto el equipo terapéutico y el paciente acordaron los días y el horario en el que se inició la psicoterapia solicitando al paciente la asistencia de los integrantes de su familia.

La intervención psicoterapéutica familiar constó de 8 sesiones; 1 sesión por semana, con duración de 2 horas aproximadamente, filmándose las sesiones con el fin de analizar su funcionamiento durante la entrevista y planear plan de acción para la sesión siguiente.

Previo a la intervención se realizan las siguientes evaluaciones:

1.- Historia Clínica Completa: Que incluyó:

Ficha de identificación.

Historia familiar de hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, cardiopatías.

Antecedentes personales no patológicos que incluyen alimentación, toxicomanías, actividad física, vacunación.

Antecedentes patológicos como cirugías, transfusiones, traumatismos, enfermedades crónicas degenerativas, alergias.

Tiempo de evolución de las enfermedades y tratamiento farmacológico actual, además de síntomas relacionados al descontrol de la tensión arterial.

Exploración física.

2.- Mediciones Clínicas y Antropométricas:

- *La presión arterial* se tomó con un esfigmomanómetro barométrico, se colocó al paciente sentado con un reposo de al menos 5 minutos, se colocó el brazalete en el brazo a 2.5 cm aproximadamente por arriba del pliegue del codo, se localizó el pulso de la arterial braquial, se colocó estetoscopio y se insufló el manguito previo cierre de la válvula, se llevó hasta 30mmhg por arriba de la TA basal y se abrió lentamente la válvula y se escuchó los ruidos que nos dieron las 2 cifras q componen la presión. La tensión arterial se midió en milímetros de mercurio.
- *El peso y la talla* se midió en una pesa con estadímetro, se colocó al paciente de espaldas y sin zapatos.
- *Índice de masa corporal* se determinó dividiendo el peso entre la estatura al cuadrado. Se clasificó en base a éste en peso menor, peso normal, sobrepeso, obesidad y ésta a su vez en III grados.
- *Frecuencia cardiaca* se midió colocando el estetoscopio sobre ápice cardiaco localizado en el 5to espacio intercostal izquierdo y línea media claviclar. Se contaron los ruidos cardiacos durante 1 minuto.
- *Circunferencia de cintura* se determinó con una cinta métrica la cual se pasó alrededor del abdomen a nivel de la cicatriz umbilical. Se le pidió al paciente que sacara el abdomen.
- *Circunferencia cadera* se determinó con una cinta métrica y se pasó alrededor del paciente a 10cm por debajo de la cintura, se tomó la parte más ancha de la cadera.

- *Índice cintura cadera* resultó de dividir el perímetro de la cintura de una persona por el perímetro de su cadera. Los estudios indican que una relación entre cintura y cadera superior a 1.0 en varones y a 0.9 en mujeres está asociada a un aumento en la probabilidad de contraer diversas enfermedades.

3.- Mediciones Bioquímicas:

Para la muestra sanguínea, se citó al paciente a las 7am con previo ayuno de 12 hrs, se pidió al paciente descubrirse un brazo y se colocó sobre una mesa, se ajustó el torniquete y se localizó vena a puncionar, se realizó asepsia y antisepsia obteniendo 5ml de muestra sanguínea que se vertió en tubo de ensaye. Se entregó al personal de laboratorio quien lo procesó y a medio día se obtuvieron los resultados por escrito.

4.- Mediciones Paraclínicas:

Una vez solicitadas las citas los pacientes acuden a la UMF 80 para realización de:

- *Electrocardiograma:* se le pidió al paciente retirar todos los objetos metálicos, y la ropa del segmento superior del cuerpo, y se le proporcionó una bata, se colocó al paciente en decúbito dorsal, se descubrió el tórax, se colocaron los electrodos precordiales (V1-V6) y los electrodos de los miembros superiores e inferiores, para tomar ekg de 12 derivaciones. En éste se determinó el índice de sokolow el cual se calculó con la suma del voltaje de S en v2 y R en v5, para determinar hipertrofia ventricular izquierda si la suma fue mayor de 3.5 mv o 35mm.
- *Teleradiografía de tórax:* se solicitó con la finalidad de determinar el índice cardiorácico el cual se calculó haciendo pasar una línea vertical en la línea media de la columna vertebral, la cual se cruzó por una línea horizontal que pasa justo por encima del punto más alto del diafragma, hasta el borde interno

costal; dicha línea horizontal se midió y su valor es el ancho total del tórax o (DI); luego se midió desde la línea media vertical la mayor distancia hacia el borde cardíaco y derecho (DMD) e izquierdo (DMI), se sumaron los valores DMD con DMI y se dividieron por el valor DI; el valor final normal debe resultar en 0,45 con una variación máxima de 10%.

5.- Aplicación de Instrumentos:

- a) *Cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar (EFF).*
- b) *Inventario de calidad de vida y salud (InCaViSa).*

Para la aplicación de los cuestionarios, se utilizó un espacio cerrado y privado para el paciente donde se le otorgó el cuestionario a responder con la opción de auto aplicación y en algunos pacientes se interrogaron verbalmente los reactivos para su mejor comprensión.

Una vez realizadas las evaluaciones iniciales se realizó:

6.- Intervención psicoterapéutica familiar:

Constó de 8 sesiones en total, una por semana con una duración de aproximadamente 1.5hrs. Se filmaron las entrevistas de los pacientes y sus familias con el objetivo de ser analizadas por el equipo de terapeutas, para esto se usó la cámara de Gesell de la Facultad de Psicología de la UMSNH, la cual se acondicionó previamente para el trabajo.

A continuación se describe el objetivo de cada una de las sesiones:

| SESION | DESCRIPCIÓN |
|--------|--|
| 1 | EVALUACION INICIAL: en esta sesión se aplicó el cuestionario de funcionalidad familiar (EFF) al paciente en cuestión para determinar la percepción que éste tiene sobre su familia. |
| 2 | ENTREVISTA FAMILIAR: Se citó a toda la familia con el objetivo de recopilar información considerando a la familia como un todo, se exploró el sistema de manera interactiva o circular, se Integró la información para la formulación de hipótesis además se propició el desarrollo del trabajo en grupo con la prescripción de tareas. |
| 3 | EXPLORAR LOS RECURSOS DE LA FAMILIA: el objetivo de ésta sesión fué determinar con que redes de apoyo interna y externas cuenta la familia, fortaleciéndolas así como creando nuevos recursos para el apoyo del paciente hipertenso. |
| 4 | EXPLORAR LA COMUNICACIÓN DE EMOCIONES EN LA FAMILIA: Fue importante estudiar la comunicación en la familia para determinar no solo el nivel de contenido con el que se comunican sino también el nivel de relación con el que lo hacen. |
| 5 | EXPLORAR ROLES FAMILIARES: Se investigó quien tiene cada rol y se trabajó en la restructuración de roles correspondientes a cada uno de los integrantes de la familia. |
| 6 | TRABAJAR EL MITO FAMILIAR: Se investigó si la familia cuenta con mitos familiares y se determinó si éstos influyen en la conducta de sus miembros. |
| 7 | MANEJO DE LOS RECURSOS FAMILIARES Y AFRONTAMIENTO: Se evaluó la utilización de los recursos internos y externos con los que la familia cuenta, así como la modificación del ambiente, el mantener actitudes positivas, mantener el equilibrio emocional y las relaciones sociales. |
| 8 | EVALUACION FINAL: Se aplicó de nuevo el cuestionario de evaluación de la funcionalidad familiar y el inventario de calidad de vida y salud, donde se determinaron los cambios obtenidos durante la terapia. |

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Fiabilidad del Cuestionario

Fiabilidad de los cuestionarios se realizó con alfa de Cronbach y confirmado por el método de Spearman Brown.

Estadística descriptiva

Los datos se presentan como media \pm DE, o porcentajes de acuerdo a la variable.

Estadística inferencial

El impacto de la intervención en la presión arterial, somatometría y variables bioquímicas se analizaron con T de Student para muestras pareadas.

Para determinar los cambios en la funcionalidad familiar se aplicó Chi- cuadrada.

Se almacenaron los datos en una base creada en SPSS versión 18 para Windows.

CONSIDERACIONES ETICAS:

Este protocolo de estudio se realizó de acuerdo a los fundamentos establecidos en la Declaración de Helsinki, sigue el principio de la proporcionalidad entre riesgos y beneficios, el respeto a los derechos de los individuos, y sobreponiendo siempre el interés por la ciencia y la sociedad. Así mismo, se apega a los principios de respeto por las personas, beneficencia y justicia establecidos en el reporte de Belmont.

A nivel nacional cumple con la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de Investigación Científica para Ciencias de la Salud, y cumple con los principios de confidencialidad, autonomía y beneficencia.

Fue aprobado por el Comité Local de Investigación en Salud No. 1602 del HGR No. 1 y fue registrado con el número: R-2010-1602-45.

Todos los pacientes firmaron consentimiento informado al inicio del estudio.

XI. RESULTADOS

La tabla I muestra las características generales de la población tanto del grupo de intervención como del control, no se observó significancia estadística en ninguna de las variables por lo que se demostró que los grupos fueron homogéneos en cuanto a las variables que se estipularon en los criterios de inclusión y por lo tanto son objeto de comparación.

Tabla I: Características generales de ambos grupos

| Variable | Control | Intervención | P valor |
|-----------------------------------|--------------|--------------|---------|
| Edad (años) | 60.60 ± 4.37 | 56.50 ± 3.63 | .514 |
| Peso (kg) | 76.88 ± 6.75 | 79.30 ± 9.74 | .982 |
| TAS (mmHg) | 140.0 ± 4.47 | 140.0± 2.98 | .574 |
| TAD (mmHg) | 94.0 ± 0.4 | 91.0 ± 1.79 | .135 |
| Tiempo de evolución (años) | 14.10 ± 3.52 | 14.20 ± 3.04 | .393 |

Evaluación de la tensión arterial

El comportamiento de ambas tensiones arteriales (TAS y TAD) se muestra en la figura 1 en ésta se observa primeramente la tensión arterial sistólica en el grupo de intervención con una tendencia hacia la disminución progresiva iniciando desde el 2do mes del seguimiento, logrando cifras tensiionales ideales al final del seguimiento. Este grupo inició con 140.0±2.98 en la basal y terminó con 121.60±2.96 en la última medida con un p valor = 0.000. Mientras que en el grupo control hay un descenso de la tensión en el 2 mes pero con un incremento hasta 144.0±11.12 en el 4to mes, con

una ligera disminución en el 6to mes hasta lograr cifras de control en la última medida.

En cuanto a la tensión arterial diastólica, se observó que el comportamiento en ambos grupos predominó hacia el descenso, el grupo de intervención inició con una tensión arterial diastólica de 91.0 ± 1.79 en la medida basal y terminó con 74.80 ± 2.46 a los 8 meses de seguimiento con un p valor = 0.000, el descenso al igual que en la sistólica es progresivo hasta lograr cifras óptimas.

En el grupo control a los 6 meses se observó una elevación que coincide con la elevación de la sistólica, lo que denota que el grupo persiste en descontrol hipertensivo.

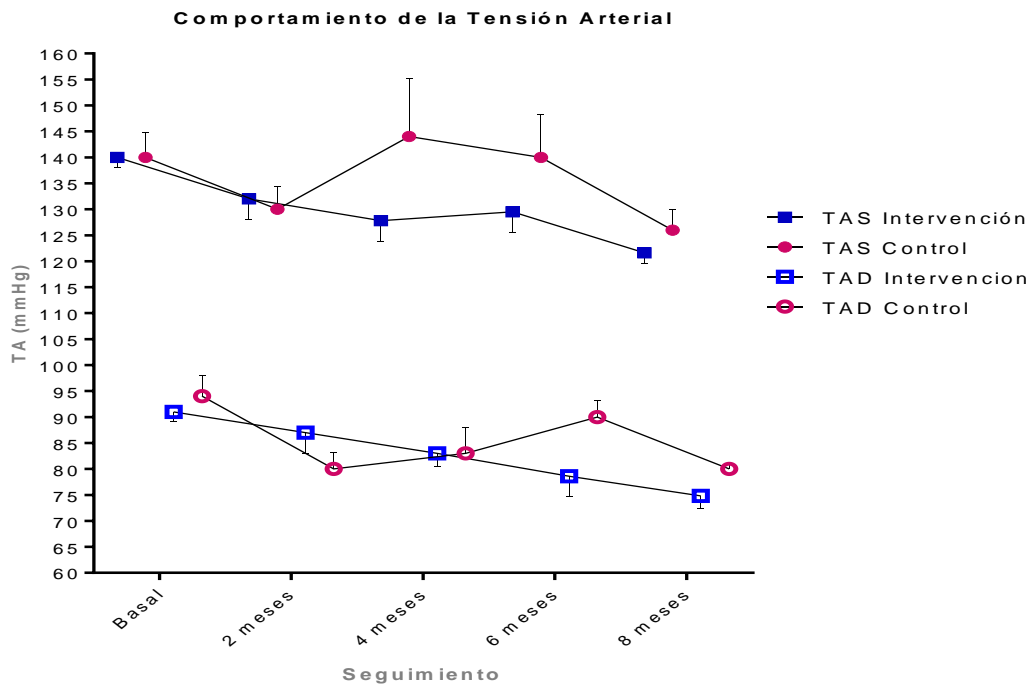


Figura 1. Impacto en la tensión arterial sistólica y diastólica durante el seguimiento en ambos grupos.

Evaluación del peso

La figura 2 muestra los cambios observados en el peso en ambos grupos, en los cuales se observó una tendencia hacia el incremento. En el grupo de intervención inició con un peso de 76.88 ± 6.75 incrementando al 2do mes manteniéndose para luego disminuir al 6to mes y terminó con un peso de 78.88 ± 6.44 . Mientras que el grupo control inició con 79.30 ± 4.74 manteniéndose similarmente hasta el 4to mes e incrementó al 6to mes para finalmente descender y terminó con 79.23 ± 4.83 .

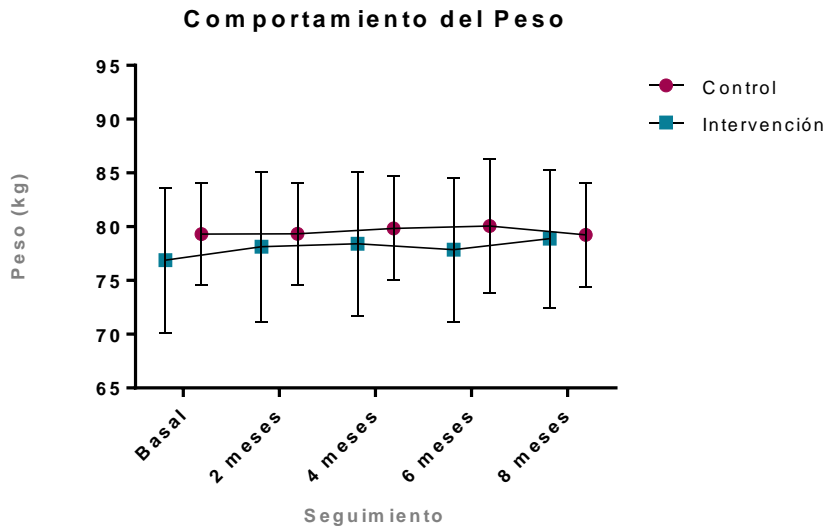


Figura 2. Comportamiento del peso en los 8 meses de seguimiento.

Evaluación de otras medidas

El índice de masa corporal no presentó evidencia estadística significativa entre la determinación basal con la final, pero aun así se observó una disminución de éste en el grupo control (30.72 ± 3.07 a 29.58 ± 3.18), en cambio en el grupo de intervención se

observó un incremento del índice (32.40±1.70 a 33.04±2.27) durante el periodo de seguimiento.

En cuanto al índice cintura-cadera se observó una tendencia a mantenerse similarmente en ambos grupos y ambas medidas, sin evidencia de significancia estadística.

Con respecto al índice de sokolow se aumentó significativamente en ambos grupos. Tabla II.

Tabla II. Impacto en el índice de masa corporal, índice cintura-cadera y de evaluación cardiaca.

| Variable | Intervención | | P valor | Control | | P valor |
|------------------|--------------|------------|---------|------------|------------|---------|
| | Basal | Final | | Basal | Final | |
| IMC | 32.40±1.70 | 33.04±2.27 | .356 | 30.72±3.07 | 29.58±3.18 | .711 |
| ICC | 93.86±0.91 | 93.98±1.2 | .827 | 91.85±2.75 | 91.84±2.35 | .984 |
| I.Sokolow | 25.80±1.62 | 26.60±1.56 | .022 | 23.60±0.92 | 25.00±1.09 | .025 |
| ICT | .480±.003 | .484±.002 | .104 | .478±.004 | .482±.005 | .178 |

IMC: índice de masa corporal. ICC: índice cintura cadera. I: índice
ICT: índice cardiorácico

Evaluación de variables bioquímicas

En la tabla III se muestran las variables bioquímicas en el grupo de intervención se observó una disminución significativa en los niveles séricos de colesterol (p = .047). Las concentraciones de glucosa, urea, creatinina, ácido úrico y triglicéridos no se obtuvieron cambios en ninguno de los grupos.

Las determinaciones de proteinuria no se plasmaron en estas tablas ya que no se encontraron valores positivos.

Tabla III. Impacto en las variables bioquímicas.

| Variable | Intervención | | P valor | Control | | P valor |
|---------------------------------|--------------|-------------|---------|-------------|-------------|-------------------|
| | Basal | Final | | Basal | Final | |
| Glucosa (mg/dl) | 98.30±8.3 | 101.70±12.5 | .355 | 131.20±51.8 | 128.61±29.6 | .891 ⁺ |
| Urea (mg/dl) | 34.20±6.4 | 32.75±8.6 | .669 | 26.20±9.3 | 40.40±38.9 | .357° |
| Creatinina (mg/dl) | 1.08±0.7 | 0.75± 0.1 | .468 | 0.90±0.45 | 0.78±0.1 | .330° |
| Ac. Úrico (mg/dl) | 6.00±1.2 | 5.67±0.7 | .512 | 6.08±1.7 | 6.62±2.4 | .702° |
| Colesterol (mg/dl) | 201.10±46.2 | 178.40±38.7 | .047* | 155.0±83.2 | 167.60±48.4 | .797° |
| Triglicéridos (mg/dl) | 191.30±119.0 | 187.80±67.3 | .921 | 170.60±42.5 | 131.0±35. | .250° |

* p valor < 0.05

+ p valor intergrupos = 0.28

° p valor intergrupos = NS

Tratamiento farmacológico

La tabla IV muestra los cambios en el tratamiento en el grupo de intervención se disminuyeron las dosis de los diferentes antihipertensivos en los 10 pacientes, se suspendió clortalidona en 1 paciente, de 3 pacientes que iniciaron con ansiolítico lo suspendió un paciente por mejoría sin requerir nueva indicación durante el seguimiento. De los 4 pacientes que iniciaron con antidepresivos diarios lo suspendieron el 100% de éstos.

En el control se agregó losartán 50mg dos veces al día en un paciente, verapamilo en 2 pacientes más, se incrementó la dosis de enalapril en 1 paciente, además se agregó ansiolítico en 1 paciente que previamente no lo tuvo indicado, alprazolam a un paciente y antidepresivos en 2 pacientes más.

Tabla IV: Tratamiento farmacológico inicial y final en ambos grupos.

| GRUPO DE INTERVENCION | | | | | | | | |
|-----------------------|-------------------|-----------|-------------------|-----------|------------------------------|----------|------------------------|------------------------|
| Pte | Antihipertensivos | | | | Ansiolíticos, Antidepresivos | | | |
| | iniciales | | finales | | Iniciales | | Finales | |
| | Medicamento | Dosis | Medicamento | Dosis | Medicamento | Dosis | Medicamento | |
| 1 | Enalapril | c/8 hrs | Losartán | c/24 hrs | Fluoxetina | c/24 hrs | Suspendidos | |
| | Clortalidona | c/24 hrs | Enalapril | c/12 hrs | Clonazepam | c/24 hrs | | |
| | Losartán | c/12 hrs | | | | | | |
| 2 | Losartán | c/12 hrs | Losartán | c/24 hrs | Ninguno | ----- | Ninguno | |
| | Hidroclorotiazida | c/ 24 hrs | Hidroclorotiazida | c/24 hrs | | | | |
| 3 | Telmisartán | c/12 hrs | Telmisartán | c/12 hrs | Clonazepam | c/24 hrs | Ocasional | |
| | Metoprolol | c/8 hrs | Metoprolol | c/ 24 hrs | | | | |
| | Hidroclorotiazida | c/24 hrs | Hidroclorotiazida | c/24 hrs | | | | |
| 4 | Metoprolol | c/12 hrs | Metoprolol | c/12 hrs | Ninguno | ----- | Ninguno | |
| | Clortalidona | c/24 hrs | Clortalidona | c/24 hrs | | | | |
| | Enalapril | c/8 hrs | Enalapril | c/24 hrs | | | | |
| 5 | Losartán | c/12 hrs | Losartán | c/12 hrs | Fluoxetina | c/24 hrs | Suspendido | |
| | Captopril | c/8 hrs | Captopril | c/24 hrs | | | | |
| | Hidroclorotiazida | c/24 hrs | Hidroclorotiazida | c/24 hrs | | | | |
| 6 | Captopril | c/8 hrs | Captopril | c/12 hrs | Ninguno | ----- | Ninguno | |
| | Hidroclorotiazida | c/24 hrs | Hidroclorotiazida | c/24 hrs | | | | |
| | Propanolol | c/12 hrs | Propanolol | c/12 hrs | | | | |
| 7 | Atenolol | c/24 hrs | Atenolol | c/24 hrs | Imipramina | c/24 hrs | Suspendido | |
| | Clortalidona | c/24 hrs | Clortalidona | c/24 hrs | | | | |
| | Irbesartán | c/12 hrs | Irbesartán | c/24 hrs | | | | |
| 8 | Losartán | c/12 hrs | Losartán | c/24 hrs | Ninguno | ----- | Ninguno | |
| | Captopril | c/8 hrs | Captopril | c/24 hrs | | | | |
| | Hidroclorotiazida | c/24 hrs | Hidroclorotiazida | c/24 hrs | | | | |
| 9 | Metoprolol | c/12 hrs | Metoprolol | c/12 hrs | Imipramina | c/12 hrs | Imipramina | Suspendido c/24 hrs |
| | Clortalidona | c/24 hrs | Clortalidona | c/24 hrs | Clonazepam | c/24 hrs | Clonazepam | |
| | Captopril | c/8 hrs | Captopril | c/24 hrs | | | | |
| 10 | Metoprolol | c/8 hrs | Metoprolol | c/8 hrs | Ninguno | ----- | Ninguno | |
| | Hidroclorotiazida | c/24 hrs | Hidroclorotiazida | c/24 hrs | | | | |
| GRUPO CONTROL | | | | | | | | |
| Pte | Antihipertensivos | | | | Ansiolíticos, Antidepresivos | | | |
| | iniciales | | finales | | Iniciales | | Finales | |
| | Medicamento | Dosis | Medicamento | Dosis | Medicamento | Dosis | Medicamento | |
| 1 | Enalapril | c/8 hrs | Enalapril | c/8 hrs | Clonazepam | c/24 hrs | Clonazepam c/24 hrs | |
| | Hidroclorotiazida | c/24 hrs | Hidroclorotiazida | c/24 hrs | | | | |
| | | | Losartán | c/12 hrs | | | | |
| 2 | Telmisartán | c/12 hrs | Telmisartán | c/12 hrs | Ninguno | ----- | Fluoxetina | c/24 hrs |
| | Hidroclorotiazida | c/ 24 hrs | Hidroclorotiazida | c/24 hrs | | | Clonazepam | c/24 hrs |
| | Enalapril | c/24 hrs | Felodipino | c/12 hrs | | | | |
| 3 | Captopril | c/8 hrs | Enalapril | c/8 hrs | Clonazepam | c/24 hrs | Clonazepam | Media c/24 c/24 hrs |
| | Metoprolol | c/12 hrs | Metoprolol | c/12 hrs | Fluoxetina | c/24 hrs | Fluoxetina | |
| | Hidroclorotiazida | c/24 hrs | Hidroclorotiazida | c/24 hrs | | | Alprazolam | |
| 4 | Verapamilo | c/12 hrs | Metoprolol | c/24 hrs | Diazepam | c/24 hrs | Diazepam c/24 hrs | |
| | Enalapril | c/12 hrs | Enalapril | c/8 hrs | | | | |
| | Hidroclorotiazida | c/24 hrs | Verapamilo | c/12 hrs | | | | |
| 5 | Enalapril | c/8 hrs | Losartán | c/12 hrs | Ninguno | ----- | Sertralina c/24 hrs | |
| | Hidroclorotiazida | c/24 hrs | Enalapril | c/8 hrs | | | | |
| | | | Hidroclorotiazida | c/24 hrs | | | | |

Evaluación de la funcionalidad familiar

La fiabilidad del cuestionario de funcionalidad familiar se evaluó con alfa de Cronbach que fue de .625 con lo que se demostró que es fiable en la población de estudio.

Tabla V. Fiabilidad del cuestionario de evaluación familiar.

| Dominios | Reactivos | α Cronbach | Spearman Brown |
|--|-----------|-------------------|----------------|
| Involucramiento Afectivo Funcional | 17 | .902 | .948 |
| Involucramiento Afectivo Disfuncional | 11 | .751 | .762 |
| Patrón de Comunicación Disfuncional | 4 | .001 | .737 |
| Patrón de Comunicación Funcional | 3 | .468 | .671 |
| La Resolución de Problemas | 3 | .301 | .306 |
| Control de Conducta | 2 | .315 | ----- |
| Total | 40 | .625 | .657 |

La tabla VI muestra los cambios obtenidos en cada grupo por dominio. Aunque no hubo cambios significativos en esta prueba, se demostró descriptivamente que hubo cambios hacia la funcionalidad en 3 de los 6 dominios evaluados en el grupo de intervención se obtienen 3 pacientes más a la funcionalidad en el involucramiento afectivo, en el patrón de comunicación funcional se agregan 2 pacientes a la funcionalidad y un paciente mejora la resolución de problemas. Mientras que en el grupo control se mantienen con la misma funcionalidad durante todo el seguimiento

evolucionando un paciente a medianamente funcional en el involucramiento afectivo y a medianamente disfuncional en el involucramiento afectivo disfuncional.

TABLA VI. Funcionalidad familiar en ambos grupos al inicio y final del seguimiento.

| DOMINIO | | INTERVENCIÓN % (n=10) | | | CONTROL % (n= 5) | | |
|--|-------------------|--------------------------|-------|----------------|---------------------|-------|----------------|
| | | Inicial | Final | X ² | Inicial | Final | X ² |
| Involucramiento afectivo funcional | Funcional | 4 | 7 | .638 | 2 | 1 | .490 |
| | Med. Funcional | 5 | 2 | | 3 | 4 | |
| | Disfuncional | 1 | 1 | | 0 | 0 | |
| Involucramiento afectivo disfuncional | Funcional | 1 | 0 | .513 | 1 | 0 | .292 |
| | Med. Disfuncional | 8 | 8 | | 4 | 5 | |
| | Disfuncional | 1 | 0 | | 0 | 0 | |
| Patrón de comunicación disfuncional | Funcional | 1 | 0 | .329 | 0 | 0 | ----- |
| | Med. Disfuncional | 8 | 10 | | 5 | 5 | |
| | Disfuncional | 1 | 0 | | 0 | 0 | |
| Patrón de comunicación funcional | Funcional | 1 | 3 | .223 | 3 | 3 | 1.00 |
| | Med. Funcional | 7 | 7 | | 2 | 2 | |
| | Disfuncional | 2 | 0 | | 0 | 0 | |
| Resolución de problemas | Funcional | 1 | 2 | .717 | 1 | 1 | 1.00 |
| | Med. Funcional | 7 | 7 | | 4 | 4 | |
| | Disfuncional | 2 | 1 | | 0 | 0 | |
| Patrón de control de conducta | Funcional | 4 | 1 | .403 | 2 | 2 | 1.00 |
| | Med. Funcional | 4 | 7 | | 3 | 3 | |
| | Disfuncional | 2 | 2 | | 0 | 0 | |

Med. = medianamente.

Cuestionario de calidad de vida y Salud

En la figura 3 se muestran los cambios obtenidos en las preocupaciones en ambos grupos, el de intervención se disminuyeron éstas en 3 pacientes, mientras que en el control las preocupaciones aumentan en 4 de los pacientes.

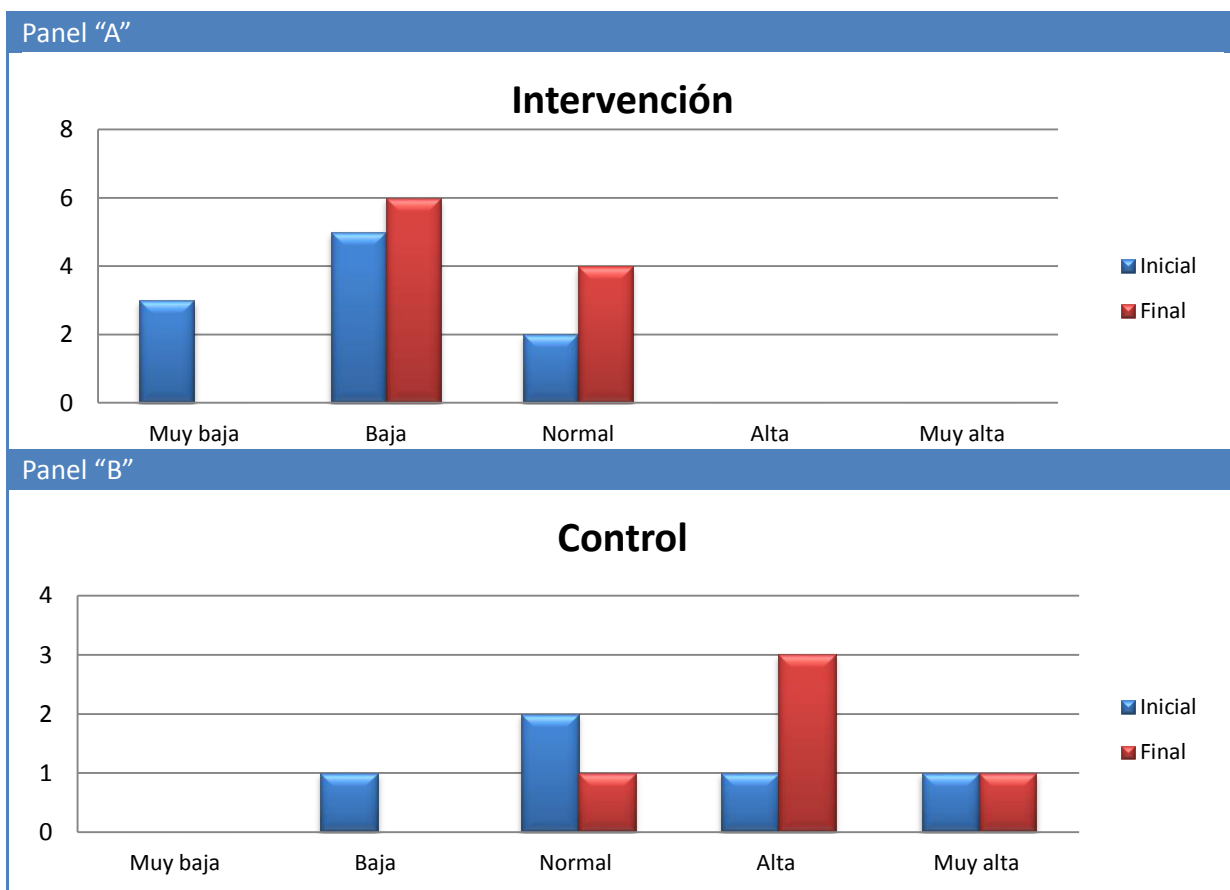


Figura 3. Cambios en las preocupaciones inicial y final en ambos grupos.

Los cambios en el desempeño físico se muestran en la figura 4, donde se observó que en el grupo de intervención mejoraron su desempeño 2 pacientes, mientras que en el control un paciente disminuyó su desempeño de normal a bajo.

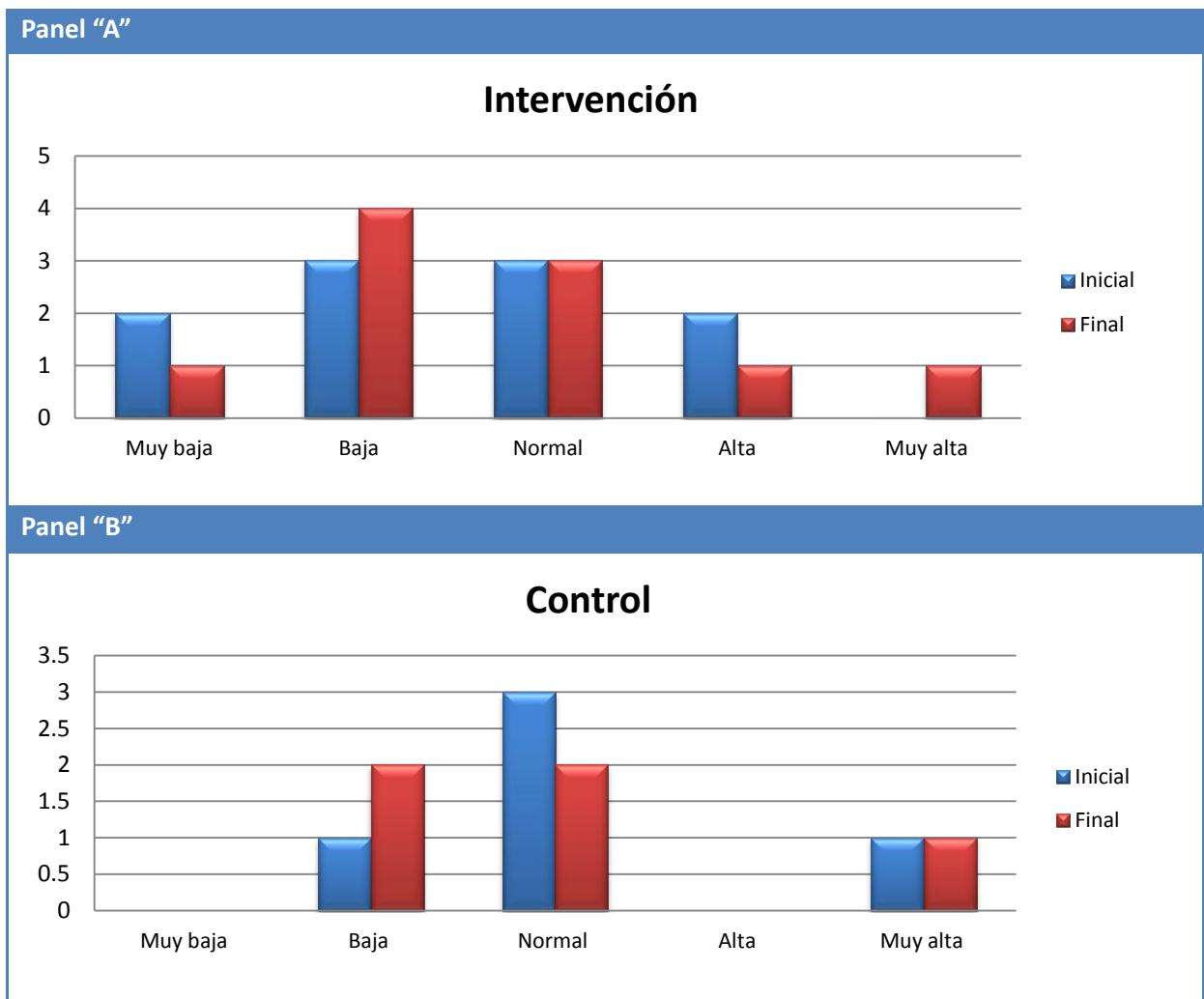


Figura 4. Cambios en el desempeño físico inicial y final en ambos grupos.

El Aislamiento en los pacientes sometidos a la intervención 1 paciente mejoró su percepción por a sentirse merecedor de afecto, quedándose 1 en aislamiento muy alto y cuatro normales y 5 en bajo. En el grupo control no se obtuvieron cambios en este dominio quedándose 4 en normal y 1 en muy alto. Figura 5.

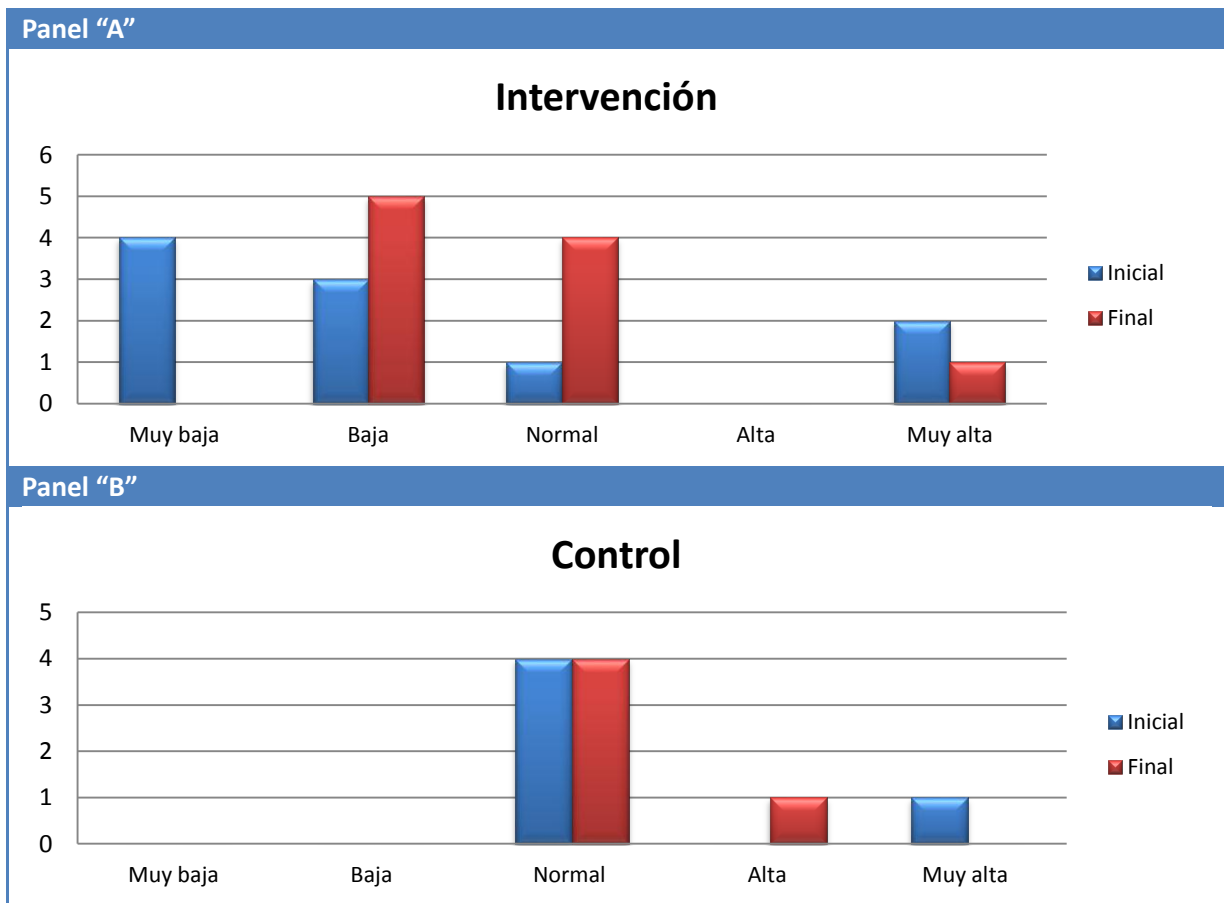


Figura 5. Cambios en el aislamiento inicial y final en ambos grupos.

La figura 6 muestra los cambios en la percepción corporal la cual habla de cómo el paciente se siente con su físico y forma de ser, ésta mejoró en 3 pacientes del grupo de intervención, y en el grupo control se evidenció mejoría en 2 pacientes.

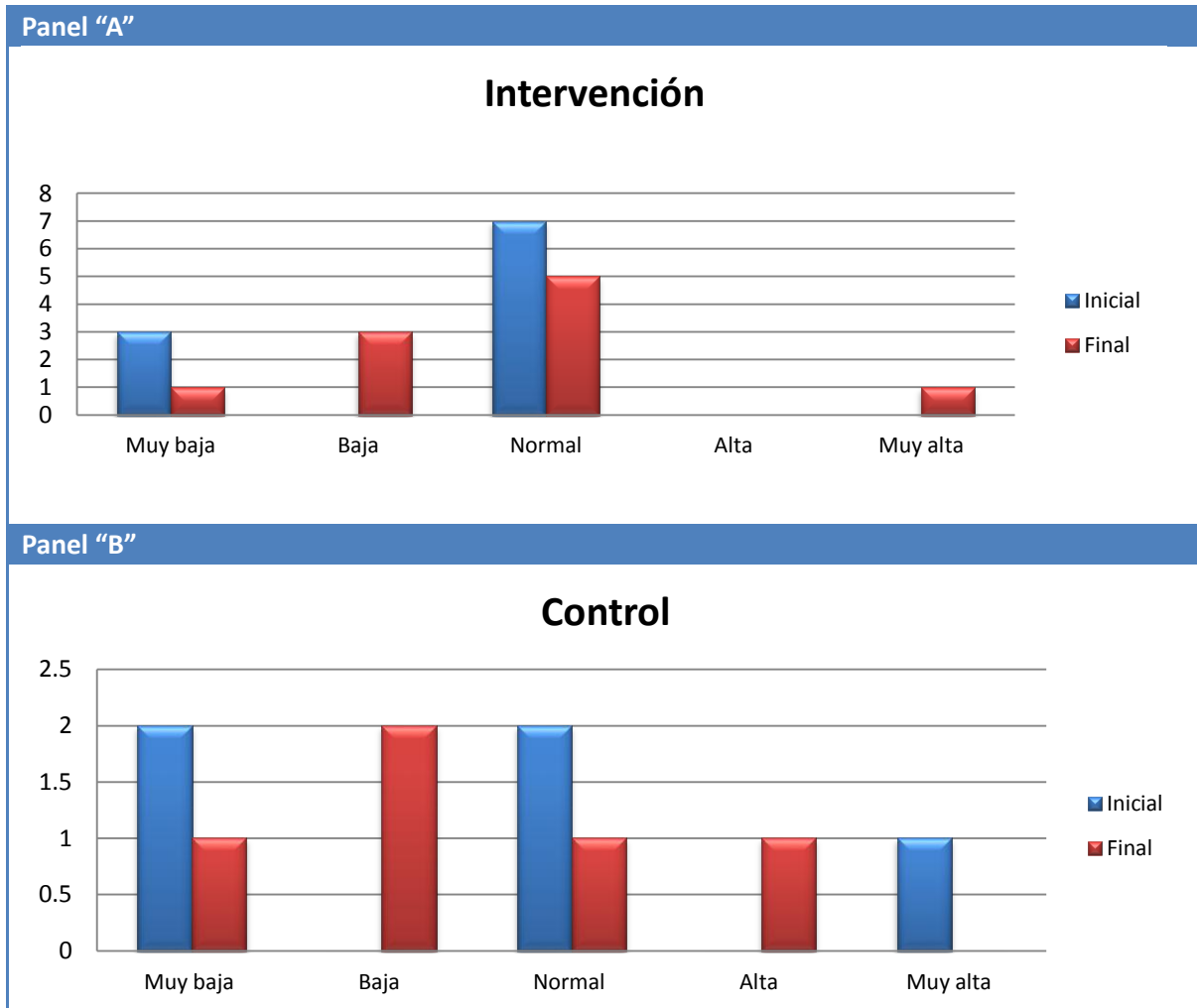


Figura 6. Cambios en la percepción corporal inicial y final en ambos grupos.

La figura 7 muestra los cambios en las funciones cognitivas, el grupo de intervención se obtuvo mejoría de las funciones en 4 de los pacientes sometidos a la intervención. Mientras que en el control las funciones disminuyen 2 de los pacientes a funciones bajas.

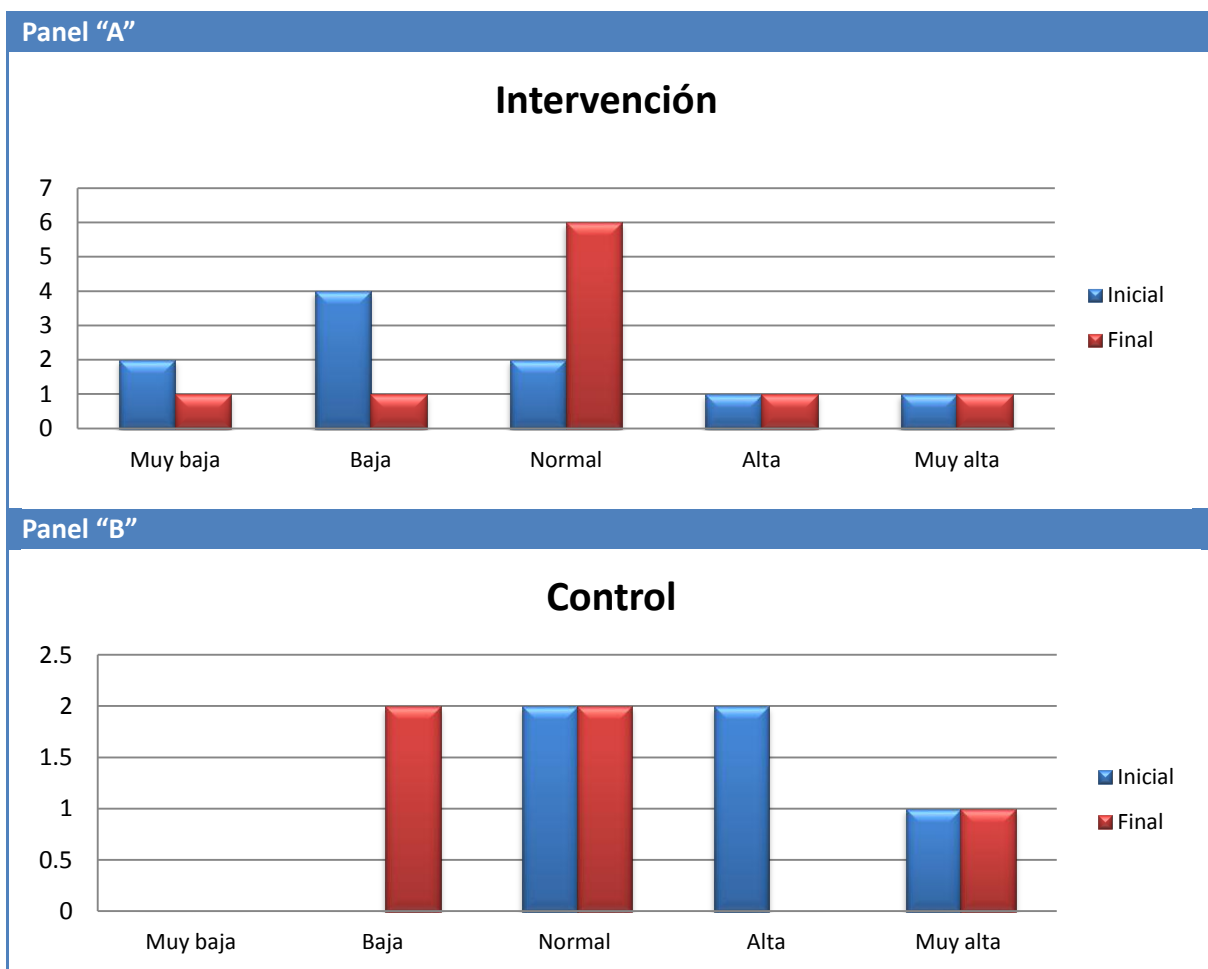


Figura 7. Cambios en las funciones cognitivas al inicio y final en ambos grupos.

Los cambios en la actitud ante el tratamiento se muestran en la figura 8, donde para el grupo de intervención se observó mejoría en 6 pacientes, mientras que en el control 1 paciente disminuyó su actitud.

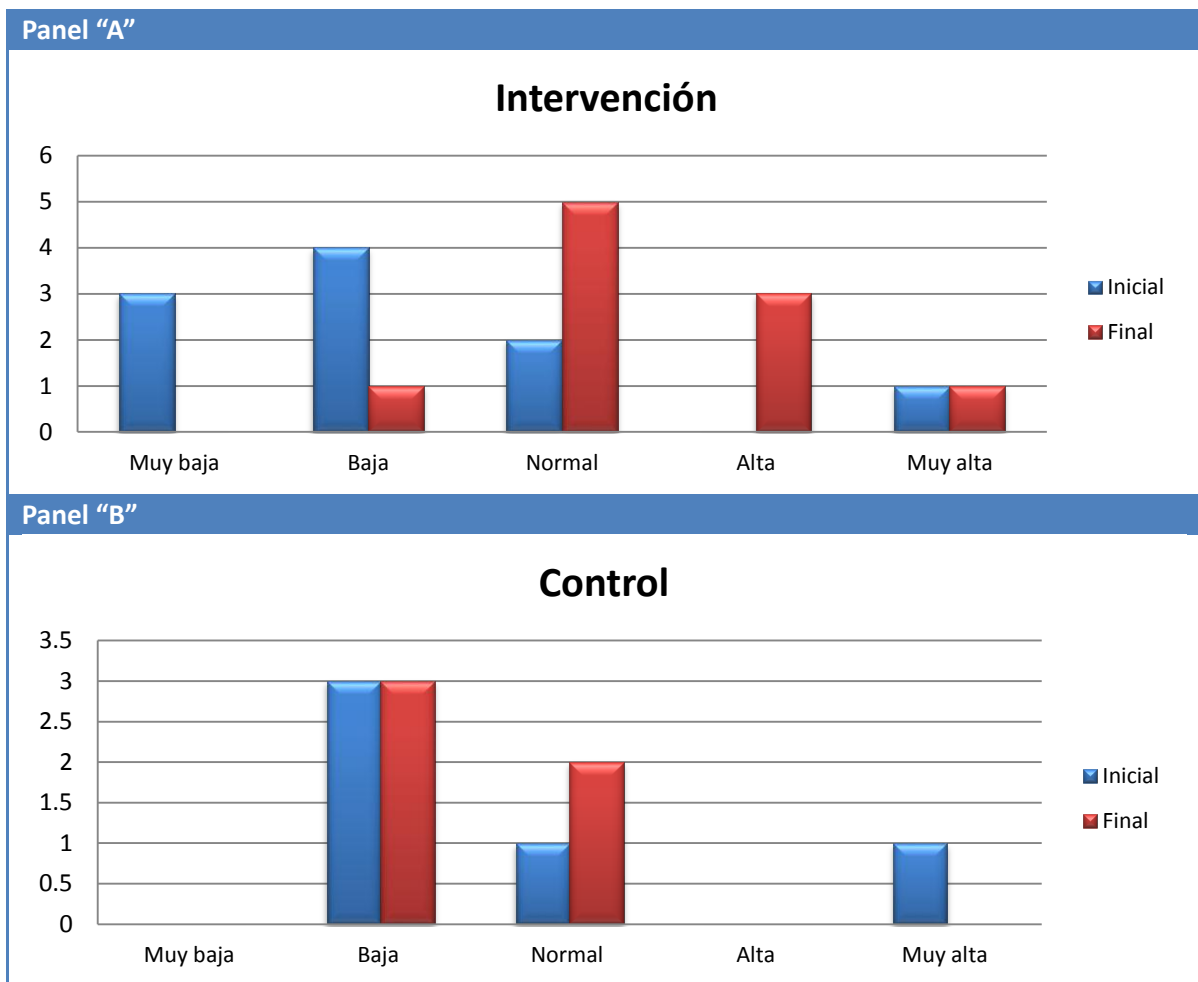


Figura 8. Cambios en la actitud ante el tratamiento inicial y final en ambos grupos.

La figura 9 muestra los cambios en el tiempo libre donde mejoró en 3 pacientes del grupo de intervención con disminución de muy alto a alto en 1 paciente. En el control mejoró 1 paciente y disminuyó su tiempo 1 paciente.

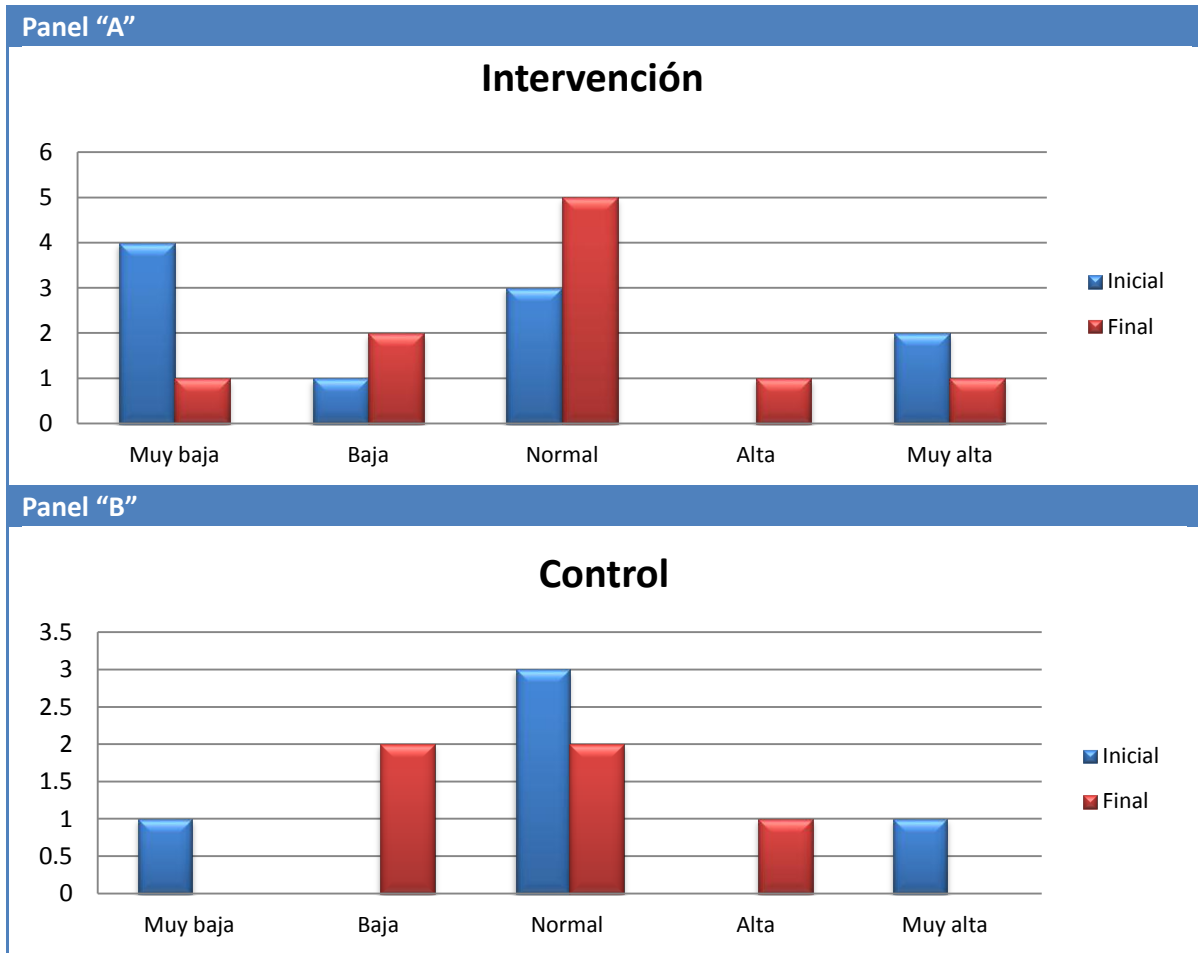


Figura 9. Cambios en el tiempo libre inicial y final en ambos grupos.

La figura 10 muestra los cambios en la vida cotidiana en el grupo de intervención se normalizaron 2 pacientes y mejoró 1 paciente de muy baja a baja. En el control hubo mejoría de 1 paciente de muy baja a baja y descenso de 1 paciente de muy alta a alta.

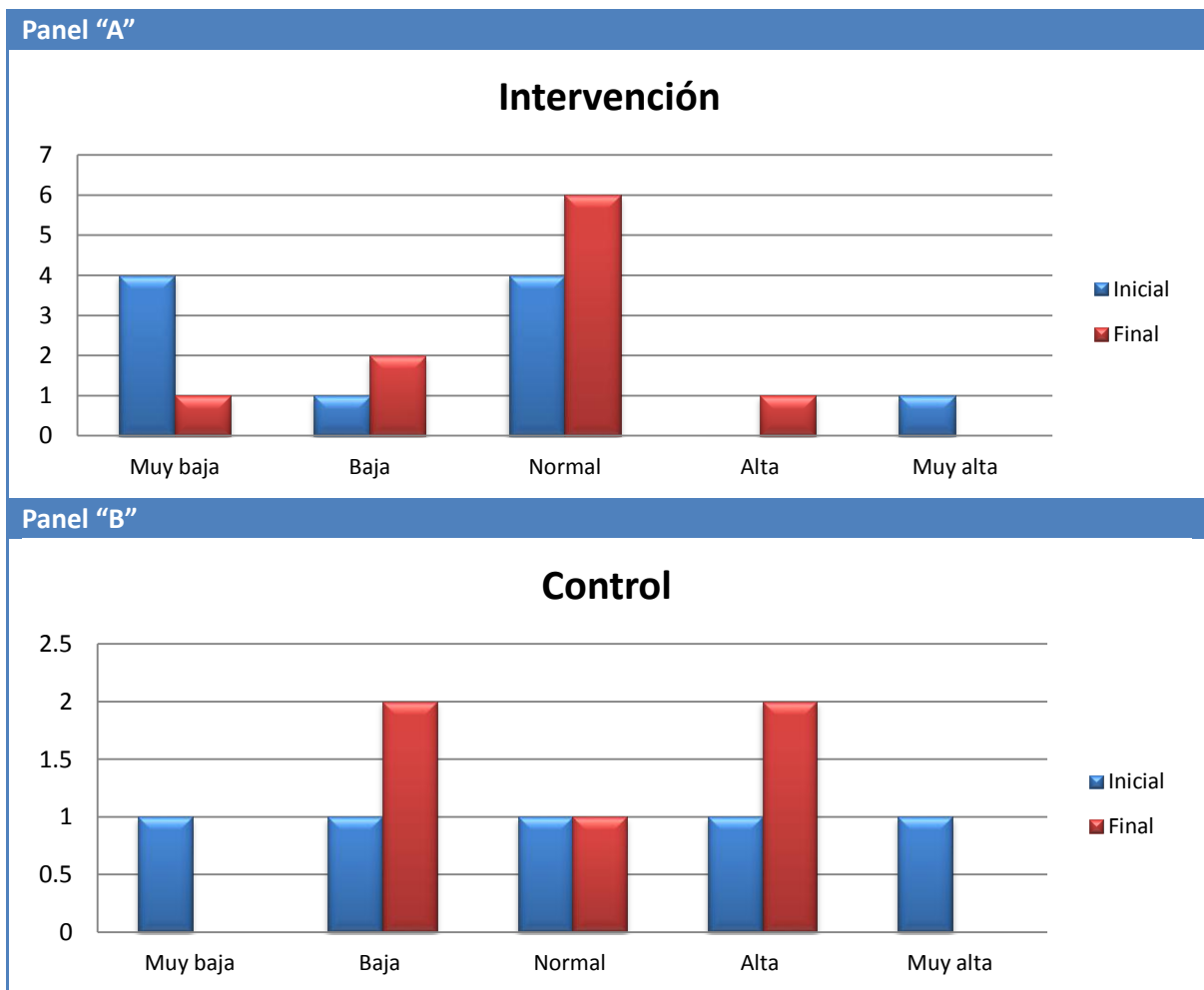


Figura 10. Cambios en la percepción de la vida cotidiana inicial y final en ambos grupos.

En la figura 11 se observan los cambios en las relaciones familiares, donde el grupo de intervención mostró mejoría en 2 pacientes de muy baja, uno más a baja y se agregaron 2 pacientes a relaciones familiares altas. Mientras que en el control no se produjeron cambios en este dominio.

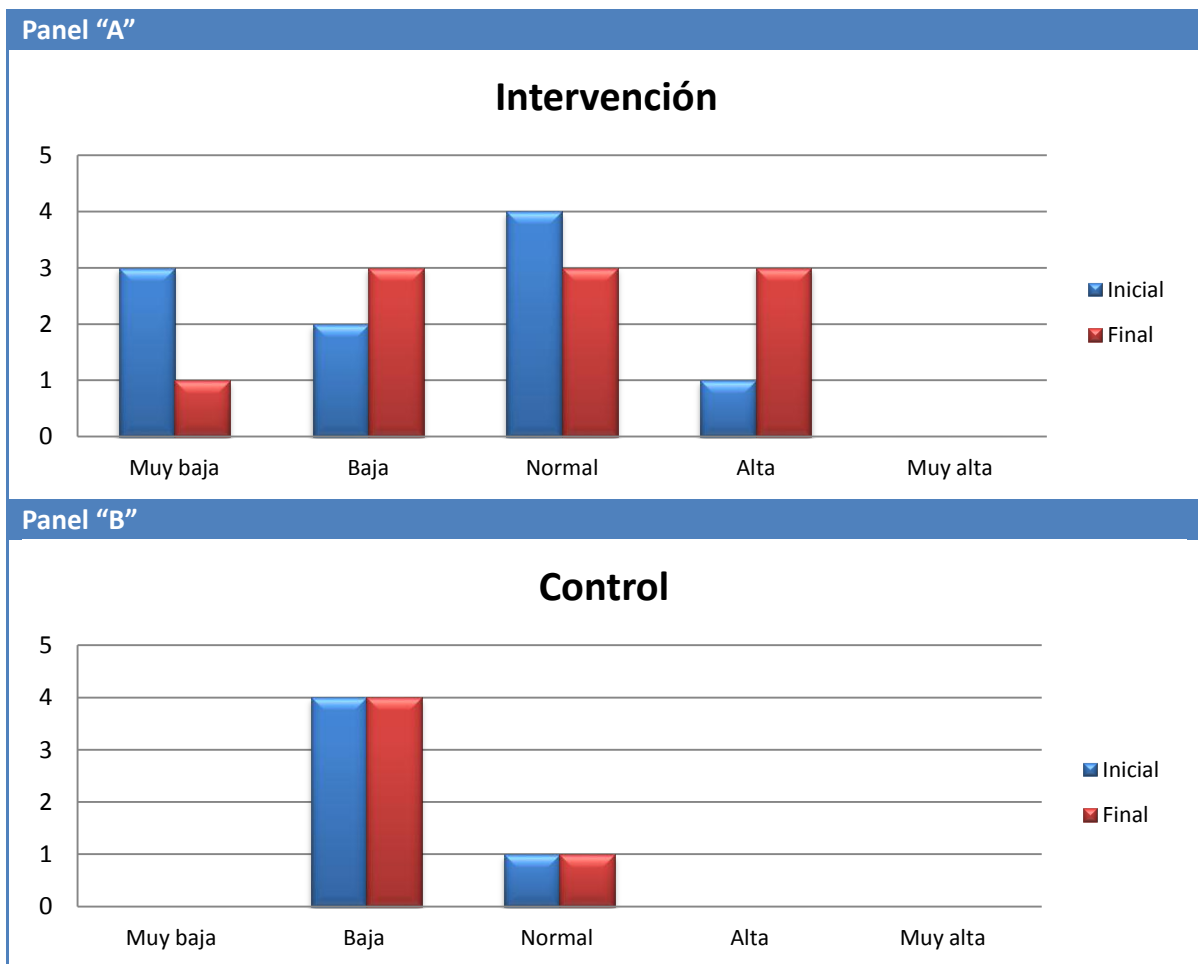


Figura 11. Cambios en las relaciones familiares inicial y final en ambos grupos.

En cuanto a las redes sociales con las que cuentan los pacientes en la figura 12 se muestra que en el grupo de intervención se aumentan estas redes finalizando 6 pacientes con redes altas y 4 con normales, mientras que en el control un paciente las disminuye.

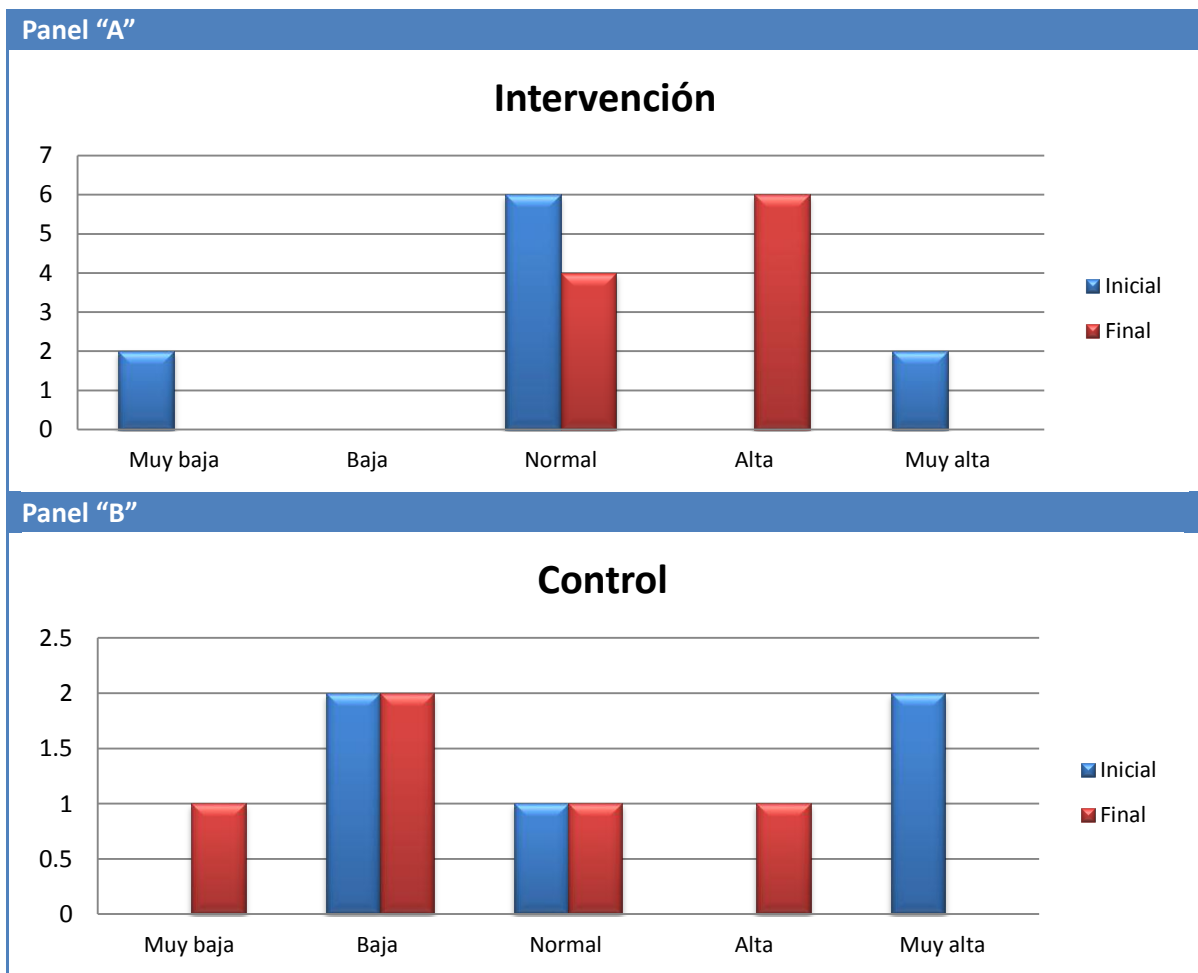


Figura 12. Cambios en las redes sociales inicial y final en ambos grupos.

La figura 13 nos muestra la dependencia médica de los pacientes, se observa que en el grupo de intervención ésta dependencia se normalizó o bajó en 2 pacientes y solo 1 continuó con dependencia muy alta. Mientras que en el control la dependencia aumenta en 2 pacientes

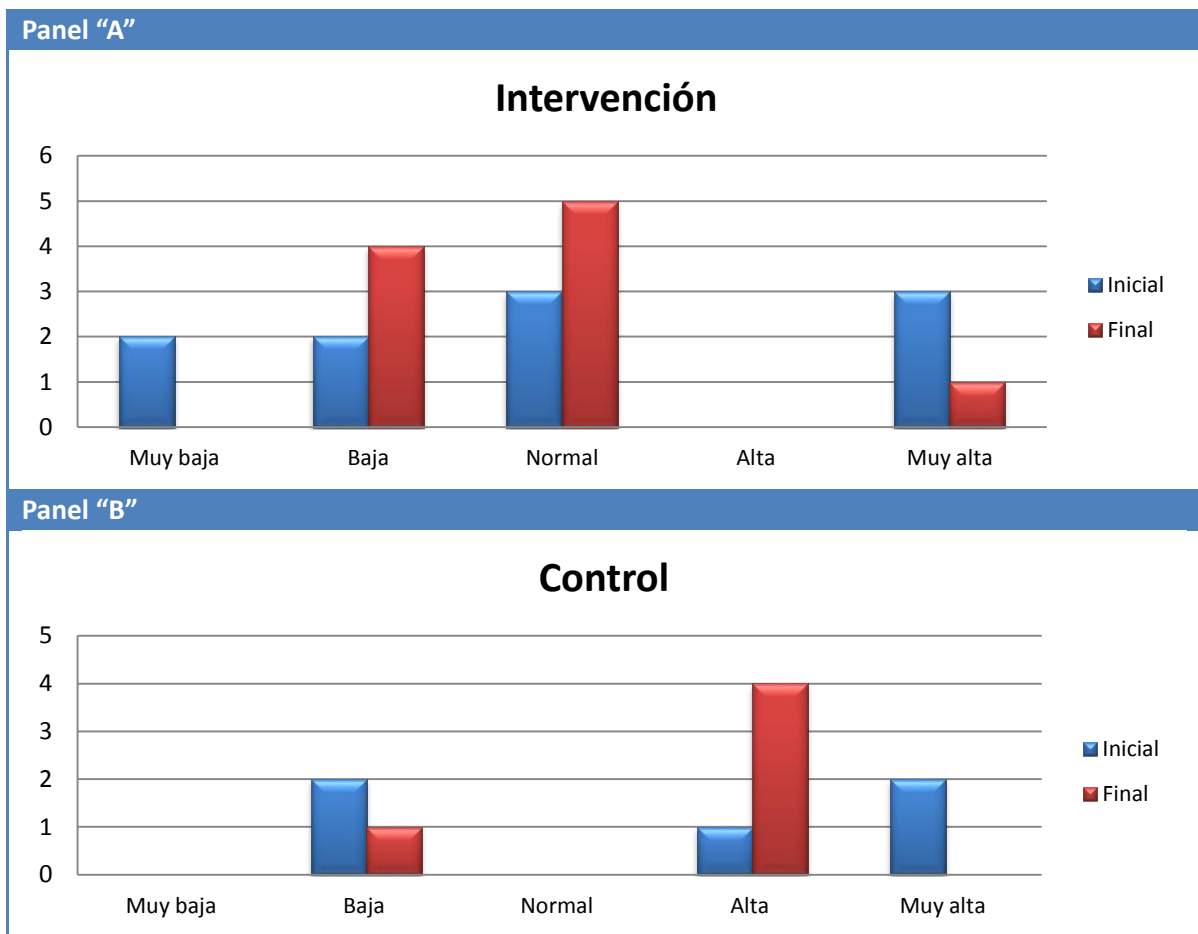


Figura 13. Cambios en la dependencia médica inicial y final en ambos grupos.

La relación con el médico en el grupo de intervención mejoró quedándose solo un paciente con relación baja y 5 en normal (5), 3 en alta y 1 en muy alta. El control mejora un paciente de normal a alta. Figura 14.

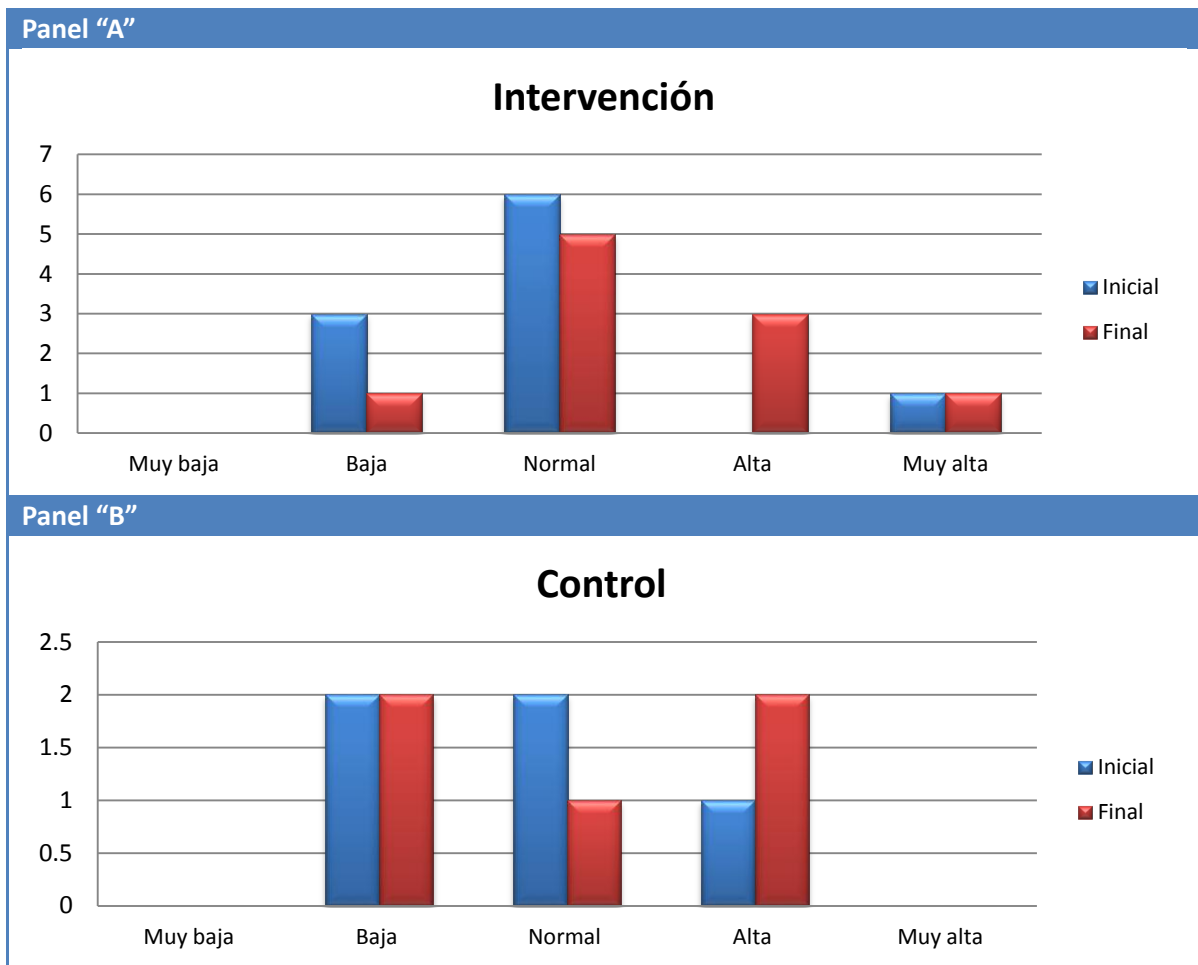


Figura 14. Cambios en la relación con el Médico inicial y final en ambos grupos.

XII DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como propósito evaluar el impacto de la psicoterapia familiar en el control de la presión arterial refractaria al tratamiento farmacológico. La investigación es pionera en nuestro país, ya que no existe registro de intervenciones familiares similares en enfermos crónicos.

Dado que las situaciones de estrés, reflejadas en las relaciones familiares como crisis paranormativas pueden ser un factor que favorece el descontrol del paciente hipertenso es importante investigar en las familias de estos pacientes la presencia de alguna alteración en la funcionalidad familiar que sea la causa del descontrol para determinar si requieren de tratamiento no farmacológico de tipo cognitivo-conductual o intervención psicoterapéutica.

En nuestro estudio el 100% de los pacientes que se sometieron a la intervención psicoterapéutica lograron el control de la tensión arterial tanto sistólica como diastólica, estos datos difieren de los encontrados en el estudio realizado por Riveros y Cortázar donde solo se obtuvo el control de las cifras tensionales en el 52.9% de los pacientes sometidos a intervención cognitivo-conductual¹⁷.

Es importante mencionar que los cambios en las tensiones arteriales sistólica y diastólica del grupo de intervención disminuyeron progresivamente sin que se ajustará el tratamiento farmacológico y no sólo eso se disminuyó las dosis de los antihipertensivos en todos los pacientes, y el tratamiento ansiolítico y antidepresivo fue suspendido en 4 de 4 pacientes por mejoría, a diferencia del grupo control donde se incrementaron las dosis de antihipertensivos o se agregó alguno más para lograr el control de las cifras tensionales, los antidepresivos y ansiolíticos continuaron en los 3 pacientes que tenían indicado mientras que se agregaron por lo menos uno de éstos en 2 pacientes.

En nuestro estudio se encontraron factores como dislipidemia estos datos coinciden con los encontrados en el estudio realizado por Mejía Rodríguez y cols, se encontró que los pacientes con hipertensión descontrolada tienen mayor número de factores de riesgo cardiovasculares como dislipidemia, intolerancia a la glucosa, hiperuricemia

58.

En cuanto al índice de Sokolow evaluado para la determinación de cambios en la morfología cardiaca se encontraron en todos los pacientes rangos normales altos, pero no se encontraron datos de anormalidad en ninguno de éstos, en ninguno de los grupos.

En nuestro estudio se evaluó la funcionalidad familiar antes y después de la psicoterapia familiar, en donde se encontró mejoría a lo funcional en tres de los 6 dominios evaluados; el involucramiento afectivo funcional, patrón de comunicación funcional y la resolución de problemas lo que demostró que la psicoterapia familiar mejoró el interés que tiene la familia hacia el integrante enfermo, así como la comunicación entre sus miembros y la resolución de problemas de forma afectiva que salvaguarde la funcionalidad de la misma.

En nuestro estudio también se evaluó la calidad de vida de los pacientes la cual mejoró en el grupo de intervención en 11 de los 12 dominios evaluados, en los que se demostró la disminución de las preocupaciones, de la dependencia médica, el aumento en el desempeño físico, la actitud ante el tratamiento, relación con el médico, el tiempo libre, la vida cotidiana, la percepción corporal, las funciones cognitivas, las relaciones familiares y las redes sociales contribuyendo a la disminución de los conflictos y aumentando la tranquilidad del paciente hipertenso, mientras que el grupo control presentó disminución del desempeño físico, percepción corporal funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, redes sociales y tiempo

libre, aumentó en preocupaciones, dependencia médica y relación con el médico y no se demostró cambios en el aislamiento ni en la familia.

Estos resultados coinciden con los reportados en el estudio realizado por Riveros y cols en el cual se demostró mejoría de la calidad de vida en todos los pacientes hipertensos sometidos a una intervención cognitivo-conductual⁶².

En conclusión con este estudio determinamos que la psicoterapia de familia favorece la disminución de conflictos dentro del núcleo mejorando la resolución de problemas, mejora la comunicación de otros miembros con el paciente y el apoyo brindado para su cuidado, esto disminuye el estrés mental, además de que el paciente mejora la percepción de su enfermedad, se responsabiliza y se independiza obteniendo mejoría en el autocuidado, que finalmente todos estos cambios contribuyen al control de la tensión arterial, y con esto la disminución de dosis o cantidad de antihipertensivos, ansiolíticos y antidepresivos, evitando la polifarmacia y en algún porcentaje disminuyendo el costo del tratamiento por paciente.

XIII. CONCLUSIONES

Con la intervención psicoterapéutica familiar:

- 1) Se logró el control de la tensión arterial.

- 2) Mejoró el involucramiento afectivo, el patrón de comunicación funcional y la resolución de problemas en la familia del paciente hipertenso.

- 3) Mejoró la calidad de vida y salud en el paciente hipertenso.

XIV. RECOMENDACIONES

1) A los Directivos:

- Implementar la psicoterapia familiar en la UMF con el fin de brindar estos beneficios a toda la población con enfermedades de cualquier índole.
- Ampliar a la totalidad de los pacientes hipertensos el ingreso a grupos de autoayuda no solo en trabajo social y actividad física, también en terapia ocupacional.
- Implementar programas de educación médica que incluyan temas completos y en mayor tiempo de psicología y nutrición.

2) A los médicos:

- Aplicar correctamente la guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial para el diagnóstico y tratamiento oportuno.
- Investigar la existencia de disfunción familiar, ya que ésta puede ser la causa de descontrol de nuestros pacientes.
- Involucrar a la familia en las citas de consulta y en cambios de factores modificables para el control del paciente hipertenso.
- Enviar a todos los pacientes controlados y no controlados a integrarse a grupos de ayuda.

XV. REFERENCIAS

1. Moragrega AJL y cols. Definición, causas, clasificación, epidemiología, prevención primaria. Revista Mexicana de Cardiología. 2001; 12 (1): 9-18.
2. Vázquez Vigoa Alfredo, Fernández Arias Manuel Antonio, Cruz Álvarez Nélide María, Roselló Azcanio Yamilé, Pérez Caballero Manuel Delfín. Percepción de la hipertensión arterial como factor de riesgo: Aporte del día mundial de lucha contra la hipertensión arterial. Rev cubana med [revista en la Internet]. 2006 Sep [citado 2012 Nov 28];45(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232006000300001&lng=es.
3. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006:75-84.
4. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010.
5. Celso Mendoza González. Guías del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” para el tratamiento de la hipertensión arterial sistémica. Archivos Cardiología de México 2006; 76: S2, 279-284.
6. Benjamín Huerta Robles. Factores de riesgo para la hipertensión arterial. Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”. Vol. 71 Supl. 1/Enero-Marzo 2001:S208-S210.
7. Rosas Peralta Martín. La hipertensión arterial en México y su relación con otros factores de riesgo. Archivos de Cardiología 2003;137-140

8. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Adulto Mayor y Situaciones Especiales, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010.
9. Rosas Peralta Martín, Velásquez Monroy Oscar, Pastelín Hernández Gustavo et al. Nueva visión de los factores asociados a la hipertensión arterial en México (Análisis por consolidación conjuntiva). Archivos de Cardiología de México. 2004; 164-178.
10. De las Heras Natalia, Sanz Rosa David. Avances en la etiopatogenia de la hipertensión arterial; actualización en la investigación preclínica. Hipertensión y Riesgo Cardiovascular. 2012; 29(3):86-95.
11. Bellido Maicas C, Fernández J. Lázaro et al. Etiología y fisiopatología de la hipertensión arterial esencial. Monocardio. 2003;3(5):141-160.
12. Feldstein Carlos A., Romero J. Carlos. El Sistema Renina Angiotensina en la Hipertensión Esencial. Revista Latinoamericana de Hipertension. 2007;2(2):49-58.
13. Santeliz Contra Hermelando, Romano Estrada Lorena, González Chávez Antonio, Hernández y Hernández Héctor. El sistema renina-angiotensina-aldosterona y su papel funcional más allá del control de la presión arterial. Rev Mex Cardiol 2008;19(1): 21-29.
14. Rodríguez Castellanos Francisco E. Hipertensión arterial sistémica y sensibilidad a la sal. Arch Cardiol Mex 2006;76(2):161-163.
15. Gamboa A. Raúl. Fisiopatología de la Hipertensión Arterial Esencial. Acta Med Per. 2006; 23(2): 76-82.
16. X. Navarro. Fisiología del sistema nervioso autónomo. Revista de Neurología 2002; 35 (6): 553-562.
17. Wagner Grau Patrick. Fisiopatología de la Hipertensión Arterial. Anales de la Facultad de Medicina. 2010;7(4):225-229.

18. Alfieri Anna B., Hoffmann Irene S, Roa Carmen M. y Cubeddu Luigi X. Alteraciones en la actividad biológica del óxido nítrico asociadas con la hipertensión sensible al sodio y con la obesidad. Revista Latinoamericana de Hipertensión. 2008; 3 (7): 206-220.
19. Lenfant Claude, Chobanian Aram V., Jones Daniel W., Roccella Edward J. Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Hypertension 2003: 1178-1179.
20. H fasce, Eduardo; O Flores , Maritza y V Fasce , Fabricio. Prevalencia de campaña síntomas asociados habitualmente la hipertensión arterial una en población normotensa e hipertensa. Rev. Médica de Chile [en línea] . 2002;130 (2):160-166.
21. Rosas Martín, Pastelin Gustavo, et al. Hipertensión arterial en México. Guías y recomendaciones para su detección, control y tratamiento. Archivos de Cardiología de México. 2004; 74:134-157.
22. Hernández y Hernández Hector, Meaney Mendiola Eduardo. Estudio del Hipertenso. Historia clínica. Exámenes de laboratorio y gabinete. Revista Mexicana de Cardiología. 2001.
23. Castillo Alvarez Yanisa, Chávez Vega Raúl, Alfonso Guerra Jorge. Incidencia y Prevalencia de Hipertensión Arterial registrada en el Día Mundial de Lucha contra la Hipertensión arterial. Experiencia de un grupo de Trabajo.
24. Actualización del Consenso nacional de Hipertensión arterial. Med. Int.Mex. 2006; 22: 44-78.
25. Hernández y Hernández Hector, Díaz y Díaz Enrique et.al. Guía de tratamiento farmacológico y control de la hipertensión arterial sistémica. Revista Mexicana de Cardiología. 2011; 22(1):1-21.
26. Ramiro A. Sánchez, Miryam Ayala, Hugo Baglivo, Carlos Velázquez et. al. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. Rev Chil Cardiol 2010; 29: 117-144.

27. MA Martínez-García; R Gómez-Aldaraví; et al. Trastornos respiratorios durante el sueño en pacientes con hipertensión arterial de difícil control. Archivos de Bronconeumología. 2006; 42:14-20.
28. Gutiérrez Javier. Tratamiento de la hipertensión arterial. Cambio de estilo de vida. Revista Colombia Médica, 2001; 32: 99-102.
29. Ferrera Nuria V., Moine Dante H., Yañez Daniel C. Hipertensión Arterial: implementación de un programa de intervención de control y adherencia al tratamiento en un centro de atención primaria de la salud de la ciudad de Paraná. Rev Fed Arg cardiol 2010; 39 (3): 194-203.
30. Espinoza R, et al. Factores psicosociales implicados en el control de la hipertensión arterial. Hipertensión y riesgo cardiovascular. 2012; 1-6.
31. Armario P. et al. Estrés Mental como factor de desarrollo de Hipertensión Arterial .Hipertensión 2002; 19:172-180.
32. Armario Pedro. Estrés, enfermedad cardiovascular e hipertensión arterial. Anales de Cirugía Cardíaca y Vascul ar 2003; 9(4):226-234.
33. Molerio Pérez Osana, García Romagosa Georgina. Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial. Rev cubana med [revista en la Internet]. 2004 Jun [citado 2012 Oct 02] ; 43(2-3) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=75232004000200007&lng=es.e
y
34. Riveros Angélica, Cortazar Palapa Jackeline, Alcazar L. Fernando, Sánchez Sosa Juan José. Efectos de una intervención Cognitivo Conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. Int J Clin Healt Psychol, 2005;5 (3):.
35. Membrillo Luna A., Fernández Ortega M.A., Quiroz Pérez J. R., Rodríguez López J. L. Familia, introducción al estudio de sus elementos. Editores de textos Mexicanos 2008;7-35

36. Mendoza Solís LA, Soler Huerta E., Gil Alfaro I, Mendoza Sánchez HF, Pérez Hernández C. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad familiar en Atención Primaria. Archivos en Medicina Familiar 2006;8(1):27-32.
37. Suarez Cuba Miguel Angel. El médico familiar y la atención a la familia. Revista Pacea de Medicina Familiar 2006; 3(4):95-100.
38. Irigoyen A. Nuevos Fundamentos de medicina familiar. 3ra. edición. Editorial Medicina familiar Mexicana. México.2006:187.
39. Huerta González José Luis. PAC Medicina Familiar-1. Estudio de la Salud Familiar. Intersistemas Editores. México.1999:24-25.
40. Rangel José Luis, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Revista Facultad de Medicina UNAM 2004;47(1):24-27.
41. Velasco María Luisa, Sinibaldi G. Julián. Manejo del enfermo crónico y su familia. Manual Moderno. México.2001:7-20.
42. González Benítez Idarmis. Las Crisis Familiares. Rev Cubana Med Gen Integr 2000; 16(3):280-286.
43. Baster Moro Juan Carlos, Durán Cordovés Lourdes, Roy Pérez Mayelin. La Familia. Una visión necesaria para la Atención Primaria de Salud. Correo Científico Médico de Holguín 2005;9(2)
44. Kanan Cedeño Gabriela Esther et al. Funcionamiento Familiar de los Pacientes Hipertensos con y sin la experiencia de la migración. Psicología y Salud. 2010; 20, (2):203-212.
45. Marin-Reyes Florentina, Rodriguez Morán Martha. Apoyo Familiar en el apego al tratamiento de la Hipertensión Arterial esencial. Salud Publica México 2001;43: 336-339.
46. Pérez Cárdenas Clara, Fernández Benítez Odalis de la Caridad. Evaluación de un programa de intervención familiar educativa. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2005 Abr [citado 2012 Oct 28]; 21(1-2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100024&lng=es.

47. Von Bertalanffy Ludwig. Teoría General de los Sistemas. Fondo de cultura económica. México.2003:30-53.
48. Watzlawick Paul. Teoría de la comunicación humana. Herder.Barcelona.2002:21-69.
49. Andrade Salazar Jose A. La intervención grupal: Una lectura de los conceptos de Pichon Riviere: Artículo de reflexión investigativa. Revista electrónica de Psicología Iztacala.2011.14 (3):194-228.
50. Umbarger Carter C.. Terapia familiar estructural. Amarrortu editores. Argentina.1999:19-60.
51. Eguiluz Luz de Lourdes, Terapia Familiar, su uso hoy en día. Editorial Pax México, 2004: 49-79.
52. Sánchez y Gutierrez Daniel. Terapia Familiar, modelos y técnicas. Editorial Manual Moderno México.2000:89-103.
53. Clavijo Portreles Alberto. Crisis, Familia y Psicoterapia. Ed. Ciencias Médicas. La Habana Cuba.2002:124-129.
54. Munichin Salvador. Familias y terapia familiar. Gedisa. Barcelona.2009:19-36.
55. Hoffman L. Fundamentos de terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas, Fondo de cultura económica.México.1987.
56. Velasco M., Luna M. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. Editorial Pax. México. 2006.
57. Riveros R., Sánchez J., Del Aguila M. Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa). Manual Moderno. México.2009.
58. Mejía-Rodríguez Oliva, Paniagua-Sierra Ramón y cols Factores relacionados con el descontrol de la presión arterial. salud pública de México.2009.51,(4): 291-297.
59. Méndez López Dulce María y cols. Función familiar y control del paciente diabético tipo 2. Rev Med IMSS 2004; 42 (4): 281-284

60. Cerezo Resendiz Sandra et. al. Efectos de una Intervención de manejo del estrés en mujeres con hipertensión arterial sistémica. Acta colombiana de psicología. 2009; 12(1):85-93.
61. Gonzalez A. y cols. Myocardial fibrosis in arterial hypertension. European Heart Journal Supplements. 2002: 18-22.
62. Riveros Angelica y cols. El manejo psicológico de la hipertensión esencial: efectos de una intervención cognitivo-conductual. Revista latinoamericana de Psicología. 2005:493-507

XVI. INDICE DE ANEXOS

| | | |
|---------|---------------------------------------|----|
| Anexo 1 | Carta de consentimiento informado | 85 |
| Anexo 2 | Historia clínica completa | 86 |
| Anexo 3 | Hoja de recolección de datos | 89 |
| Anexo 4 | Cuestionario de evaluación familiar | 91 |
| Anexo 5 | Inventario de calidad de vida y salud | 94 |

ANEXO 1:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ en calidad de paciente asiento que se me ha informado y conozco que el proyecto titulado “MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICO FAMILIAR INTERDISCIPLINARIO DENTRO DEL SECTOR SALUD PARA PACIENTES HIPERTENSOS DESCONTROLADOS” se desarrollará con colaboración de la facultad de Psicología y tiene por objetivo demostrar que la Implementación de una Terapia Psicoterapéutica Familiar ayuda al control de la hipertensión Arterial en pacientes descontrolados a pesar del tratamiento médico.

Reconozco que mi familia pudiera abandonar este proyecto en cualquiera de sus etapas, una vez que haya sido incluida en este y que en caso de concluir el proceso terapéutico como beneficio podré obtener un mejor control de mi enfermedad (hipertensión) y una mayor capacidad personal y familiar para reconocer y enfrentar problemas de salud y propias de la evaluación familiar.

Me han explicado que durante este proyecto mi familia incluyéndome a mí, participaremos en sesiones de psicoterapia en una sala llamada Cámara de Gessel la cuales serán grabadas con fines estrictamente vinculados a este estudio y que el equipo de psicólogos y médicos participantes en éste estudio ofrecerán apoyo y consejo a mi familia y a mí en cualquier momento del proyecto.

Toda la información obtenida en este proyecto será estrictamente confidencial.

Se me ha explicado que en el momento que yo lo desee puedo retirarme del estudio sin que esto afecte el derecho a los servicios que percibo por parte del IMSS.

Por lo antes expuesto doy mi conformidad para participar en éste estudio.

Paciente

Testigo 1

Testigo 2



ANEXO 2:
HISTORIA CLINICA



FECHA: ____/____/____

FICHA DE IDENTIFICACION:

NSS: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____ años
SEXO: (F) (M)

DOMICILIO:

TELEFONO: _____ CEL: _____

CONSULTORIO: _____ TURNO: _____

OCUPACION: _____ ESCOLARIDAD: _____

INGRESO MENSUAL: _____

INTEGRANTES FAMILIA: _____

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

DIABETES (SI) (NO) HAS (SI) (NO)
OBESIDAD (SI) (NO) DISLIPIDEMIAS (SI) (NO)
CARDIOPATIAS (SI) (NO) TIROIDEAS (SI) (NO)

INFARTOS (SI) (NO) QUIEN:

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

ACTIVIDAD FISICA: (SI) (NO) TIPO:

ALIMENTACION:

| ALIMENTOS | VECES X SEMANA | CANTIDAD | ALIMENTOS | VECES X SEMANA | CANTIDAD |
|-----------|----------------|----------|-----------|----------------|----------|
| POLLO | | | FRUTAS | | |
| RES | | | VERDURAS | | |

Modelo de intervención psicoterapéutica familiar interdisciplinario dentro del sector salud para pacientes hipertensos: **Impacto en el control de la hipertensión.**

| | | | | | |
|----------|--|--|----------|--|--|
| PESCADO | | | CEREALES | | |
| MARISCOS | | | LACTEOS | | |

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

DIABETES: (SI) (NO) TIEMPO: _____

TX: _____

HIPERTENSION: (SI) (NO)

TIEMPO: _____ TX: _____

CIRUGIAS: (SI) (NO) TRANSF: (SI) (NO)

ALERGIAS: (SI) (NO) CUAL: _____

CARDIOPATIAS: (SI) (NO) TIPO: _____

TABAQUISMO: (SI) (NO) FRECUENCIA: _____

ALCOHOLISMO: (SI) (NO) FRECUENCIA: _____

OTROS: _____

SINTOMAS RELACIONADOS:

CEFALEA: (SI) (NO) ACUFENOS: (SI) (NO) FOSFENOS: (SI) (NO)

DISNEA: (SI) (NO) SINCOPE: (SI) (NO) PALPITACIONES: (SI) (NO)

INGRESO A URGENCIAS EN LOS ULTIMOS 6 MESES:

MOTIVO: _____

EXPLORACION FISICA:

PESO: kg, TALLA: cm, IMC: %, TA: /

FC: X', FR: X', T°: °

CABEZA Y CUELLO: _____

Modelo de intervención psicoterapéutica familiar interdisciplinario dentro del sector salud para pacientes hipertensos: **Impacto en el control de la hipertensión.**

TORAX:

ABDOMEN:

EXTREMIDADES Y COLUMNA:

DIAGNOSTICOS:

TRATAMIENTO ACTUAL:

EXAMENES DE LABORATORIO:

CITA PARA EVALUACION PSICOTERAPEUTICA:

SESIONES PSICOTERAPEUTICAS:

DIA: _____
HORARIO: _____

EQUIPO DE TERAPEUTAS:

PACIENTE
NOMBRE Y FIRMA

ANEXO 3:

HOJA DE EVALUACION

Pte: _____ Nombre: _____ Edad: _____ años

NSS: _____ Consultorio: _____ Turno: _____

Domicilio: _____ Tel: _____

Peso 25 años: _____ kg Peso hace 1 año: _____ kg Peso actual: _____ kg Talla: _____ cm IMC: _____ %

EKG: Ritmo: _____ FC: _____ x' Índice de Sokolow: Sv2: _____ + Rv5 _____ = _____

Interpretación: _____ . TT con ICT: _____

| VARIABLE | PESO | CINTURA | CADERA | TA | FC | GLUC | UREA | CR | AC. URICO | CT | TRIG | EGO |
|----------|------|---------|--------|----|----|------|------|----|-----------|----|------|-----|
| INICIAL | | | | | | | | | | | | |
| 2DO MES | | | | | | | | | | | | |
| 4TO MES | | | | | | | | | | | | |
| 6TO MES | | | | | | | | | | | | |
| 8VO MES | | | | | | | | | | | | |

Modelo de intervención psicoterapéutica familiar interdisciplinario dentro del sector salud para pacientes hipertensos: ***Impacto en el control de la hipertensión.***

TRATAMIENTO ACTUAL:

| MES | TRATAMIENTO |
|---------|-------------|
| INICIAL | |
| 2DO MES | |
| 4TO MES | |
| 6TO MES | |
| 8VO MES | |

ANEXO 4:

CUESTIONARIO DE EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/_____.

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 en 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 paralizado..... | 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 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 me 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 5:

**INVENTARIO DE CALIDAD
DE VIDA Y SALUD
(InCaViSa)**

Dra. Angélica Riveros Rosas
Juan José Sánchez-Sosa, PhD
Mark del Águila, PhD

INSTRUCCIONES

Los siguientes enunciados se refieren a la salud y actividades cotidianas. Por favor conteste **encerrando en un círculo** la opción que mejor describa la situación. Si le parece que la pregunta no se aplica a usted en lo absoluto, déjala en blanco. Conteste con toda confianza y franqueza, para este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas.

Por favor siéntase en absoluta libertad de solicitar ayuda en caso de cualquier duda, o bien para leer o llenar el cuestionario, con todo gusto le atenderemos.

EJEMPLO

Hay situaciones o cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror.

| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

Encerraría en un círculo “CASI NUNCA” si siente miedo y terror muy rara vez en su vida. Si pensara que siente miedo o terror en todo momento, encerraría en un círculo “SIEMPRE”.

| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: *con toda confianza y conteste con la verdad.*

Las siguientes preguntas se refieren únicamente a cómo ha pasado o sentido durante **las últimas dos semanas**, por favor tenga en mente sus creencias, esperanzas, gustos y preocupaciones pero sólo en los **últimos quince días**.

1. Creo que si me cuido mi salud se mejorará.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

2. Creo que me enfermo más fácilmente que otras personas.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

Durante las últimas 2 semanas...

PREOCUPACIONES

3. Me preocupa que algunas veces necesito ayuda económica con los gastos de mi enfermedad.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

4. Me preocupa que algunas veces mi enfermedad es una carga para los demás.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

5. Me preocupa que alguien se sienta incómodo(a) cuando está conmigo por mi enfermedad.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

6. Me molesta que otras personas me cuiden demasiado debido a mi enfermedad.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

Durante las últimas 2 semanas...

DESEMPEÑO FÍSICO

7. Tengo suficiente energía para mis actividades cotidianas.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

8. Si es necesario, puedo caminar dos o tres cuadras fácilmente.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

9. Puedo cargar las bolsas del mandado sin hacer grandes esfuerzos.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

10. Puedo subir varios pisos por las escaleras sin cansarme demasiado.

| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

Durante las últimas 2 semanas...

AISLAMIENTO

11. Siento que soy un estorbo, inútil o incompetente.

| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

12. Me siento vacío(a) que nada podría animarme.

| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

13. Me parece que desde que me enfermé no confían en mí como antes.

| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

14. Me siento solo(a) aun estando en compañía de otros.

| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

Duración las últimas 2 semanas...

PERCEPCIÓN CORPORAL

15. Me siento poco atractivo(a) porque estoy enfermo(a).

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

16. Me siento restringido(a) por mi peso.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

17. Me da pena mi cuerpo.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

18. Mi cuerpo se ve diferente porque estoy enfermo(a).

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

Durante las últimas 2 semanas...

FUNCIONES COGNITIVAS

19. Se me olvida en dónde puse las cosas.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

20. Se me olvidan los nombres.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

21. Tengo dificultades para concentrarme y pensar.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

22. Tengo problemas con mi memoria.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

Durante las últimas 2 semanas...

ACTITUD ANTE EL TRATAMIENTO

23. Me fastidia tomar tantas medicinas.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

24. Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

25. Me da pena que los demás noten que tomo medicinas.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

26. Me siento incómodo(a) con mi médico.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

Durante las últimas 2 semanas...

FAMILIA

27. El amor de mi familia es lo mejor que tengo.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

28. Me siento a gusto entre los miembros de mi familia.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

29. Mi familia me comprende y me apoya.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

30. Mi familia cuida mis sentimientos.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

Durante las últimas 2 semanas...

TIEMPO LIBRE

31. Desde que me enfermé dejé de disfrutar mi tiempo libre.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

32. Me siento triste cuando veo personas que hacen las cosas que antes hacía.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

33. Desde que me enfermé, dejé de pasar el rato con mis amigos.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

34. Mi enfermedad interfiere con mis actividades sociales, como visitar a mis amigos o familiares.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

Durante las últimas 2 semanas...

VIDA COTIDIANA

35. Desde que me enfermé mi vida diaria se ha vuelto difícil.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

36. Desde que me enfermé mi vida diaria dejó de ser placentera.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

37. Ahora que estoy enfermo(a) la vida me parece aburrida.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

38. Dejé de disfrutar mi vida diaria porque estoy enfermo(a).

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

Durante los últimas 2 semanas...

DEPENDENCIA MÉDICA

39. Espero que el médico cure todos mis síntomas.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

40. Sólo el médico puede hacer que me sienta mejor.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

41. No me importa que tengo, solo quiero que el médico me cure.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

42. El responsable de que me cure es el médico.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

Durante las últimas 2 semanas...

RELACIÓN CON EL MÉDICO

43. Disfruto asistir al médico.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

44. Me gustaría hablar con el médico sobre mi enfermedad.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

45. Visitar al médico se ha convertido en una parte importante de mi vida.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

46. Necesito atención médica constantemente.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

Durante las últimas 2 semanas...

REDES SOCIALES

47. Tengo a quien recurrir cuando tengo problemas de dinero.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

48. Cuando las cosas me salen mal, hay alguien que me puede ayudar.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

49. Hay alguien con quien puedo hablar sobre decisiones importantes.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

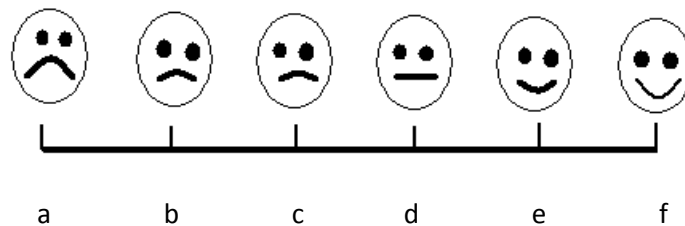
50. Si necesito arreglar algo en casa, hay alguien que puede ayudarme.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------------|---------|---------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi | Pocas | Frecuente- | Casi | Siempre |
| | Nunca | Veces | Mente | Siempre | |

BIENESTAR Y SALUD

51. En general, ¿cómo evaluaría su calidad de vida?

Elija una letra en la siguiente escala y enciérrela en un círculo.



BIENESTAR Y SALUD

52. Mi salud en general es...

| | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Muy | Mala | Regula | Buena | Muy | Excelente |
| Mala | | | | Buena | |

53. En comparación con el año pasado ¿cómo evaluaría su salud en general ahora?

| | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

| | | | | | |
|----------|------|--------|-------|-----------|-----------|
| Muy Mala | Mala | Regula | Buena | Muy Buena | Excelente |
| Mala | | | | Buena | |

54. En los últimos siete días: ¿Ocurrió algún hecho que influyera claramente en su bienestar? (por ejemplo: disgustos, problemas de salud, intranquilidad, etc.)

NO SI, por favor
describa: _____

55. En los últimos seis meses: ¿Ha ocurrido algún suceso importante para usted que cambió su vida? (por ejemplo: muerte o enfermedad grave de un familiar cercano, salidad de un hijo de la casa, cambio de domicilio o de trabajo, separación).

NO SI, por favor
describa: _____

56. Por favor indique su padecimiento y desde hace cuánto tiempo lo padece:

COMENTARIOS GENERALES

57. Si desea comentar algo más acerca de su enfermedad o del cuestionario, por favor escribalo aquí. En caso de que necesite más espacio utilice el reverso de ésta página.

SÍNTOMAS FÍSICOS

INSTRUCCIONES

La siguiente es una lista de preguntas sobre los síntomas físicos más frecuentes que pudiera tener. Por favor conteste encerrando en un círculo la opción que mejor refleje su propio caso. Todas las preguntas se refieren a cómo se sintió usted en los últimos siete días.

1. ¿Dolor de cabeza?

| | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| No Tuvo | Un Poco | Moderadamente | Mucho | Muchísimo | |
| | | | | | |

2. ¿Dolores musculares?

| | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| No Tuvo | Un Poco | Moderadamente | Mucho | Muchísimo | |
| | | | | | |

3. ¿Dolor en articulaciones? (codo, rodilla, muñecas, ingle, dedos, etc.)

| | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| No Tuvo | Un Poco | Moderadamente | Mucho | Muchísimo | |
| | | | | | |

4. ¿Hinchazón de tobillos y/o piernas?

| | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| No Tuvo | Un Poco | Moderadamente | Mucho | Muchísimo | |
| | | | | | |

¿Problemas para ver?

| | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| No Tuvo | Un Poco | Moderadamente | Mucho | Muchísimo | |
| | | | | | |

5. ¿Problemas para oír?

| | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| No Tuvo | Un Poco | Moderadamente | Mucho | Muchísimo | |
| | | | | | |

6. ¿comezón o lesiones en la piel? (llagas de cama, hongos, ampollas, resequedad, etc.)

| | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| No Tuvo | Un Poco | Moderadamente | Mucho | Muchísimo | |
| | | | | | |

7. ¿Tos molesta?

| | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|

| | | | | | |
|---------|---------|---------------|-------|-----------|--|
| No Tuvo | Un Poco | Moderadamente | Mucho | Muchísimo | |
| | | | | | |

8. ¿Problemas al orinar? (ardor, cambio de color, por su frecuencia o cantidad, etc.)

| | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| No Tuvo | Un Poco | Moderadamente | Mucho | Muchísimo | |
| | | | | | |

9. ¿Tics, tartamudeo?

| | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| No Tuvo | Un Poco | Moderadamente | Mucho | Muchísimo | |
| | | | | | |

10. ¿Mal olor, por ejemplo, en aliento, por sudoración, etc.?

| | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| No Tuvo | Un Poco | Moderadamente | Mucho | Muchísimo | |