



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS Y BIOLÓGICAS
"DR. IGNACIO CHÁVEZ"**



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 80**

**"INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN EL ABORDAJE DE
FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA"**

TESIS

PRESENTA:

**DIANA LIZ MEDINA ALVAREZ
MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO**

**PARA OPTAR EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**TUTOR DE TESIS: WENDY LEA CHACÓN PIZANO.
MÉDICO FAMILIAR Y MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN.**

**CO-TUTOR DE TESIS: ESTHER GABRIELA KANÁN CEDEÑO.
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA Y MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN.**

**ASESOR ESTADÍSTICO: CARLOS GÓMEZ ALONSO.
LICENCIADO EN MATEMÁTICAS.**

MORELIA, MICHOACÁN, MÉXICO. FEBRERO 2016

COLABORADORES

MARTHA MARÍA MEDELLÍN FONTES

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PROFESOR INVESTIGADOR DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA UMSNH**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80**

DR. JUAN GABRIEL PAREDES SARALEGUI
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INTERINSTITUCIONAL

DR. CLETO ALVAREZ AGUILAR
COORDINADOR DELEGACIONAL AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN

DRA. WENDY LEA CHACÓN PIZANO
COORDINADOR DELEGACIONAL AUXILIAR DE EDUCACIÓN

DRA. MARÍA DEL ROSARIO GONZALEZ CALDERÓN
DIRECTOR MÉDICO DE LA UMF N° 80

DR. GERARDO MUÑOZ CORTÉS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. PAULA CHACÓN VALLADARES
PROFESORA TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR



UNIVERSIDAD MICHOCANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
" DR. IGNACIO CHÁVEZ"

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DR. DANIEL FELICIANO ZALAPA MARTÍNEZ

JEFE DE LA DIVISIÓN DE POSGRADO DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
"DR. IGNACIO CHÁVEZ"

DR. ALAIN RAIMUNDO RODRÍGUEZ OROZCO

COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
"DR. IGNACIO CHÁVEZ"

Este trabajo se realizó en el Instituto Mexicano del Seguro Social en la Unidad de Medicina Familiar No. 75 con UMAA de Morelia, Michoacán., México.

INVESTIGADORES

DRA. WENDY LEA CHACÓN PIZANO

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
COORDINADOR DELEGACIONAL AUXILIAR DE EDUCACIÓN

MTRA. ESTHER GABRIELA KANÁN CEDEÑO

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PROFESOR INVESTIGADOR DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA UMSNH

MAT. CARLOS GÓMEZ ALONSO

COORDINADOR ANALISTA "A"
CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE MICHOACÁN

DRA. DIANA LIZ MEDINA ALVAREZ

MÉDICO RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar deseo expresar mi agradecimiento a mi tutora de tesis la Dra. Wendy Lea Chacón Pizano, por su ayuda incondicional, dedicación, seguimiento y por la supervisión continua en la realización de este trabajo. Quiero agradecerle en especial por la orientación que me brindo en todo momento durante estos años que fueron tan importantes en mi desempeño académico, pero sobre todo por la motivación y el apoyo recibido a lo largo de este tiempo. Gracias por su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia, su motivación y por la confianza ofrecida desde que llegué a la residencia de medicina familiar.

Asimismo, agradezco a las maestras Esther Gabriela Kanán Cedeño y Martha María Medellín Fontes por su apoyo en la realización de la intervención psicoeducativa, por cuyo trabajo estaré siempre agradecida y en deuda. Gracias por su amabilidad, su tiempo, orientación y sus ideas siempre acertadas que lograron ubicar el interés clínico y practico de esta investigación. Mi infinita gratitud por todo el apoyo brindado a lo largo de la realización de este trabajo, por su amistad y por todos los conocimientos que me transmitieron y que me cambiaron la vida.

Mi más sincero agradecimiento, al Mat. Carlos Gómez Alonso, por su orientación y atención a mis consultas sobre metodología y análisis estadístico. Gracias por compartir su tiempo y por apoyarme de forma incondicional en la realización de este trabajo. Le agradezco por su infinita paciencia para enseñar, por su esfuerzo, por su dedicación, por su experiencia, y quien con sus conocimientos y motivación lograron en mi un interés muy importante por la investigación.

Finalmente, gracias a la Dra. Paula Chacón Valladares y al Dr. Gerardo Muñoz Cortés por la revisión cuidadosa que han realizado de este trabajo, por sus valiosas sugerencias así como aportaciones en momentos de duda. Gracias por las facilidades otorgadas para la realización de este trabajo.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres por brindarme todo su amor, trabajo y sacrificios en todos estos años. Gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy, es un privilegio ser su hija, son los mejores padres, para ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

Quiero dedicar en especial este trabajo a mi madre, por hacer de mi una mejor persona a través de sus consejos, orientación y amor. Gracias por todas sus enseñanzas que me han ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles.

A mis hermanos Iris, Osiel y Aracely, que mas que hermanos son mis verdaderos amigos, mi infinita gratitud por siempre estar a mi lado apoyándome.

A mi familia en general, porque me han brindado su apoyo incondicional y por compartir conmigo buenos y malos momentos. Mi familia es lo mejor y más valioso que tengo.

A mis amigos y todas aquellas personas que de una u otra forma me han brindado su apoyo incondicional y contribuyeron en la realización de este trabajo.

A mis compañeros de la residencia quienes me acompañaron en esta trayectoria de aprendizaje y conocimientos.

A mis profesores por confiar en mí y porque nunca desistieron de enseñarme, por todos sus conocimientos que me brindaron, los cuales enriquecieron aun mas este trabajo. A mis sinodales por sus consejos y aportaciones.

Y finalmente a todas las pacientes de la U.M.F N° 75 que aceptaron participar en este proyecto, ya que sin ellas no hubiera sido posible la realización de este trabajo de investigación.

INDICE

RESUMEN.....	9
ABSTRACT.....	10
ABREVIATURAS.....	11
GLOSARIO.....	12-13
RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS.....	14
INTRODUCCION.....	15-16
ANTECEDENTES.....	17-37
PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	38-39
JUSTIFICACION.....	40
HIPOTESIS.....	41
OBJETIVOS.....	41
MATERIAL Y MÉTODOS.....	42-54
RESULTADOS.....	55-74
DISCUSIÓN.....	75-78
CONCLUSIONES.....	79-80
PERSPECTIVAS.....	81
BIBLIOGRAFIA.....	82-86
ANEXOS.....	87-113

RESUMEN

INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN EL ABORDAJE DE FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA

Medina-Alvarez DL*, Chacón-Pizano WL**, Kanán-Cedeño EG***, Gómez-Alonso C****.

UMF. No. 8*, Coordinación Delegacional de Educación en Michoacán**, Facultad de Psicología de la UMSNH***, Centro de Investigación Biomédica de Michoacán ****.

Introducción: El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 75 de Morelia, Michoacán., se trabajo con una muestra de 500 mujeres entre 40 y 60 años de edad con diagnostico de hipertensión arterial sistémica. Se obtuvo una correlación estadísticamente significativa entre la presencia de factores psicosociales con el descontrol de la hipertensión arterial sistémica. Finalmente se diseño un modelo de intervención psicoeducativo que permitió el control óptimo de las cifras de presión arterial. **Objetivo:** Identificar el impacto de una intervención psicoeducativa en el abordaje de factores psicosociales que intervienen en el descontrol de la Hipertensión Arterial de pacientes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 75. **Material y Métodos:** Se realizo un estudio cuasi experimental en el que se incluyeron 500 mujeres hipertensas entre 40 y 60 años de edad que cumplieron con los criterios de selección y firmaron el consentimiento informado. Se aplico el instrumento ALVIRED el cual evaluó la presencia o no de factores psicosociales como el alcoholismo, violencia de pareja y tipo de red de apoyo social recibido. Se diseño una intervención psicoeducativa para el abordaje de los factores psicosociales positivos que intervienen en el descontrol de la Hipertensión Arterial. **Resultados:** El diseño de una intervención psicoeducativa con enfoque sistémico dirigida a los factores psicosociales en las mujeres entre 40 y 60 años de edad mejoro su control de presión arterial. **Conclusión:** Una intervención psicoeducativa en mujeres hipertensas con factores psicosociales positivos controla la presión arterial.

Palabras Clave: alcoholismo, violencia, redes sociales, intervención psicoeducativa e Hipertensión Arterial.

ABSTRACT

PSYCHOEDUCATIONAL INTERVENTION IN ADDRESSING PSYCHOSOCIAL FACTORS RELATED TO SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION

Medina-Alvarez DL*, Chacón-Pizano WL**, Kanán-Cedeño EG***, Gómez-Alonso C****.

UMF. No. 8*, Delegacional Coordination of Education in Michoacan**, Faculty of Psychology UMSNH***, Biomedical Research Center of Michoacan****.

Introduction: The study was conducted at the Department of Family Medicine No. 75 in Morelia, Michoacan, is working with a sample of 500 women between 40 and 60 years old with a diagnosis of hypertension. A statistically significant correlation between the presence of psychosocial factors with uncontrolled hypertension was obtained. Finally a model of psychoeducational intervention that allows the optimum control of blood pressure was designed. **Objective:** Identify the impact of an educational intervention in addressing psychosocial factors involved in uncontrolled arterial hypertension patients affiliated to the Family Medicine Unit No. 75. **Material and Methods:** A quasi-experimental study in which 500 hypertensive women between 40 and 60 years who met the selection criteria and signed informed consent was conducted included. The ALVIRED instrument which evaluated the presence or absence of psychosocial factors such as alcoholism, family violence and type of social support network received was applied. A psychoeducational intervention for addressing the positive psychosocial factors involved in uncontrolled Hypertension was designed. **Results:** The design of a psychoeducational intervention with systemic approach aimed at psychosocial factors in women between 40 and 60 years old improved his blood pressure control. **Conclusion:** A psychoeducational intervention in hypertensive women with positive psychosocial factors controlling blood pressure.

Keywords: alcoholism, violence, social networks, educational intervention and Hypertension.

ABREVIATURAS

- **ALVIRED:** AL-Alcoholismo, VI- Violencia y RED-Redes de Apoyo Social.
- **CIS:** Coordinación de Investigación en Salud.
- **ENA:** Encuesta Nacional de Adicciones.
- **ENDIREH:** Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares.
- **ENVIF:** Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar.
- **ENVIM:** Encuesta Nacional sobre violencia contra las mujeres.
- **ENSANUT:** Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.
- **gr:** Gramos.
- **HAS:** Hipertensión arterial sistémica.
- **HTA:** Hipertensión arterial.
- **IMSS:** Instituto Mexicano del Seguro Social.
- **INEGI:** Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- **ISSSTE:** Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- **JNC6:** Sexto Informe del Comité Nacional Conjunto en prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial.
- **JNC7:** Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto en prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial.
- **mmHg:** Milímetros de mercurio.
- **NOM:** Norma Oficial Mexicana.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **PA:** Presión Arterial.
- **PAS:** Presión Arterial Sistólica.
- **PAD:** Presión Arterial Diastólica.
- **SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- **SSA:** Secretaría de Salud.
- **UMAA:** Unidad Médica de Atención Ambulatoria.
- **UMF:** Unidad de Medicina Familiar.

GLOSARIO

- **Abordaje psicoterapéutico:** es un proceso de comunicación entre un psicoterapeuta (es decir, una persona entrenada para evaluar y acompañar en el proceso de cambio) y la otra persona que acude a consultarlo (paciente o cliente), que se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida en este último todo ello a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos o afectos.
- **Alcoholismo:** Enfermedad progresiva, crónica y degenerativa que consiste en un consumo excesivo de alcohol de forma que existe una dependencia física y psicológica del mismo.
- **ALVIRED: AL: Alcoholismo, VI: Violencia y RED: Redes de Apoyo;** es un instrumento elaborado expofeso, considerando los reactivos de la escala de INEGI/ENVIF-99, cuestionario MOS de apoyo social y la Encuesta de Mujeres usuarias de los Servicios de Salud 2006, el cual nos permite identificar las variables de alcoholismo, violencia y escasa o nula red de apoyo.
- **Cuestionario MOS:** La escala de MOS de apoyo social consta de 20 reactivos, el reactivo número 1 hace referencia al tamaño de la red social y los 19 reactivos restantes están referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional y son: emocional/informacional (reactivos 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19); instrumental (reactivos 2, 5, 12 y 15); interacción social positiva (reactivos 7, 11, 14 y 18) y apoyo afectivo (reactivos 6, 10 y 20).
- **Factor biopsicosocial:** son aquellas condiciones que desempeñan un papel significativo en la actividad humana en el contexto de una enfermedad o discapacidad.
- **Hipertensión Arterial Sistémica:** Enfermedad crónica degenerativa caracterizada por la elevación sostenida de las cifras de presión arterial $\geq 140/90$ mmHg.

- **ENVIF-99:** Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar realizada en el año de 1999; en esta encuesta se estudió la relación entre la violencia con las condiciones socioeconómicas, actos violentos y la percepción de la violencia dentro del hogares mexicanos, tal como el maltrato emocional, intimidación, abuso físico y abuso sexual.
- **ENVIM:** La encuesta nacional sobre violencia contra las mujeres, es una encuesta de la secretaria de salud; su objeto de estudio fue estimar la prevalencia de violencia familiar en mujeres que demandan atención de servicios de salud de instituciones del sector público de primero y segundo nivel de atención.
- **Psicoeducación:** Es un conjunto heterogéneo de intervenciones que incluyen una serie de abordajes los cuales enseñan al afectado y su familia en qué consiste el trastorno, qué características tiene y qué se puede hacer para mejorarlo. En sentido estricto, es una modalidad de tratamiento que proporciona: 1) educación al paciente y/o familia, 2) habilidades de afrontamiento, 3) habilidades familiares y 4) técnicas de reducción de problemas.
- **Redes de Apoyo Social:** Es el conjunto y la naturaleza de los contactos que establece un individuo con otras personas. Es un indicador de integración en la estructura social.
- **Violencia intrafamiliar:** Uso de la fuerza física y/o moral en contra de los residentes del hogar por otro u otros residentes, en la forma de maltrato emocional, intimidación, abuso físico y abuso sexual, bajo diferentes manifestaciones y actos.
- **Violencia de pareja:** Es el acto intencional dirigido a lastimar a alguien más, se refiere al maltrato que ocurre entre los integrantes de la pareja y puede ser psicológico, físico y/o sexual.

RELACIÓN DE TABLAS

Tabla I. Variables sociodemográficas de las pacientes hipertensas.....	55
Tabla II. Descripción de las variables que identifican la salud física actual de las pacientes hipertensas.....	56
Tabla III. Descripción de las variables que identifican la salud emocional actual de las pacientes hipertensas.....	57
Tabla IV. Identificación de las variables de alcoholismo.....	59
Tabla V. Identificación de las variables de violencia psicológica, física y sexual.....	60
Tabla VI. Descripción de las variables que evalúan las redes de apoyo social.....	65
Tabla VII. Influencia del alcoholismo de la pareja en la salud emocional de las pacientes hipertensas.....	66
Tabla VIII. Influencia de las redes de apoyo social en la salud emocional de las pacientes hipertensas.....	67
Tabla IX. Influencia de la violencia psicológica en la salud emocional de las pacientes hipertensas.....	68
Tabla X. Influencia de la salud emocional en la salud física de las pacientes hipertensas..	69
Tabla XI. Variables sociodemográficas y antropométricas por grupo.....	70
Tabla XII. Comparación antropometría por grupo pre y post-intervención.....	71
Tabla XIII. Presión arterial sistólica por grupo.....	72
Tabla XIV. Presión arterial diastólica por grupo.....	73

RELACIÓN DE FIGURAS

Figura 1. Valores promedios de presión arterial sistólica por grupo de estudio en la longitud del tiempo.....	74
Figura 2. Valores promedios de presión arterial diastólica por grupo de estudio en la longitud del tiempo.....	74

INTRODUCCION

En las últimas décadas, las enfermedades crónicas se han convertido en una epidemia mundial que afecta a un gran número de personas sin distinción de raza, género, edad o estatus socioeconómico. La Hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas degenerativas con mayor frecuencia en nuestro país, afecta al 31.5% de los adultos mexicanos y se encuentra entre las enfermedades con mayor prevalencia a nivel mundial, ocasionando alrededor de la mitad de todas las muertes por accidente cerebrovascular y enfermedad cardíaca, esto, según el informe de Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012 de la OMS, el cual advierte que uno de cada tres adultos tiene presión arterial alta en todo el mundo.

El objetivo del sector salud es establecer un diagnóstico, control y tratamiento oportuno para evitar y/o retrasar las complicaciones cardiovasculares, cerebrovasculares y renales que son causas importantes de mortalidad en México.

Las metas para el control de la HAS en pacientes hipertensos esenciales es mantener cifras menores de 140/90 mmHg y 130/80 mmHg cuando además cursan con diabetes mellitus, de acuerdo a lo que establece la Norma Oficial Mexicana y estándares internacionales como el Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto en prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial, y la Asociación Americana de cardiología. Para que un paciente llegue a un control óptimo de sus cifras de presión arterial se debe manejar de forma interdisciplinaria, dicha estrategia debe incluir una atención médica oportuna y de calidad, que la familia se haga participe del enfermo y de la patología, que exista modificación de los factores de riesgo asociados con esta condición como padecer obesidad, fumar, tener una alta ingesta de sodio, ser inactivo y tener una vida sedentaria, factores que además de afectar su control aumentan el riesgo de complicaciones. Además de lo anterior, sería importante mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y encontrar y/o reconocer aquellos factores psicosociales que estén interviniendo en el descontrol de la Hipertensión Arterial.

En la presente investigación se plantea evaluar a las pacientes hipertensas controladas y descontroladas, teniendo como objetivo identificar si la manifestación de la hipertensión arterial descontrolada en un miembro de la familia está relacionada con factores psicosociales existentes en la dinámica familiar como son la presencia de alcoholismo en la pareja de la paciente hipertensa y en la familia de origen de la paciente hipertensa, violencia de pareja y el tipo de red de apoyo social existente en la paciente hipertensa. El interés de la exploración y correlación de estas variables nace de los resultados que hasta en este momento se han obtenido del Proyecto “Modelo de Intervención psicoterapéutica familiar interdisciplinario dentro del sector salud para pacientes hipertensos: Impacto en el control de la hipertensión”, ya que en todos los casos evaluados, y trabajados dentro del programa se han encontrado de forma reiterativa dichas variables.

La investigación se realizó en la U.M.F No. 75 con UMAA del IMSS en la ciudad de Morelia, Michoacán. Se trabajó con una muestra no probabilística a conveniencia de 500 mujeres entre 40 y 60 años de edad con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica, realizando un estudio cuasi experimental.

ANTECEDENTES

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica degenerativa que representa un importante problema médico y de salud pública en nuestro país. La hipertensión no diagnosticada, no tratada y no controlada llega a ser una carga para los pacientes y los servicios de salud en México. Es un padecimiento que consume en gran cantidad los recursos destinados al sector salud y al igual que el resto de las enfermedades crónicas, constituye una prioridad para los sistemas de salud. La hipertensión arterial se considera un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial $\geq 140/90$ mmHg (NOM-030-SSA2-1999). Es producto de un aumento en la resistencia vascular periférica debido a la vasoconstricción arteriolar e hipertrofia de la pared vascular que conduce a la elevación de la presión arterial sistémica $\geq 140/90$ mmHg y se traduce en un daño vascular sistémico de acuerdo a la Guía Europea para el manejo de la Hipertensión Arterial.

Es un padecimiento multifactorial y converge con otras condiciones de salud como el sobrepeso, obesidad, estilos de vida, alimentación, estrés, sedentarismo y hábitos nocivos como el consumo de tabaco o alcohol; este padecimiento en su fase inicial es asintomático lo que dificulta un diagnóstico oportuno e incrementa los factores de riesgo asociados al iniciar tratamientos de control tardíos. Los parámetros internacionales para considerar hipertensión son presión sistólica mayor a 140 mmHg y diastólica superior a 90 mmHg y el riesgo de enfermedades cardiovasculares se duplica por cada 20/10 mmHg de incremento en la presión sanguínea. Existen diversos factores que contribuyen a la aparición de hipertensión arterial como la edad, una alta ingesta de sodio, dietas elevadas en grasas saturadas, el tabaquismo, estilo de vida sedentario y la presencia de enfermedades crónicas como obesidad, dislipidemia, diabetes entre otros factores; la modificación de estos factores de riesgo y del estilo de vida disminuye de forma importante su incidencia y favorece su control. En la población mexicana y a nivel mundial la prevalencia de la hipertensión arterial aumenta conforme avanza la edad, más de la mitad de las personas entre 60 y 69 años, y aproximadamente tres cuartos de los mayores de 70 años están afectados.

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México, en efecto, alrededor de 26.6% de la población de 20 a 69 años la padece, y cerca del 60% de los individuos afectados desconoce su enfermedad. Esto significa que en nuestro país existen más de trece millones de personas con este padecimiento, de las cuales un poco más de ocho millones no han sido diagnosticados.¹

La importancia de conocer y diagnosticar oportunamente este padecimiento radica en que es un importante factor de riesgo para presentar enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales, la mortalidad por estas complicaciones ha mostrado un incremento sostenido en los últimos años; de esta manera las enfermedades del corazón, la enfermedad cerebrovascular y las nefropatías se encuentran entre las primeras causas de muerte en nuestro país y el mundo.

De acuerdo a los resultados de ENSANUT 2012 la prevalencia actual de HTA en México es de 31.5%, y es más alta en adultos con obesidad (42.3%) que en adultos con índice de masa corporal normal (18.5%), y en adultos con diabetes (65.6%) que sin esta enfermedad (27.6%). Se observó que del 100% de adultos hipertensos, 47.3% desconocía que padecía HTA.²

La tendencia de la HTA en los últimos seis años (2006-2012) se ha mantenido estable tanto en hombres (32.4 vs 32.3%) como en mujeres (31.1 vs. 30.7%) y la proporción de individuos con diagnóstico previo no aumento en los últimos seis años, paso indispensable para lograr un control temprano a través de medidas de estilo de vida y tratamiento en la población. En 2012 la distribución de la prevalencia de HTA fue 4.6 veces más baja en el grupo de 20 a 29 años de edad que en el grupo de 70 a 79 años. Actualmente la hipertensión afecta a 3 de cada 10 adultos mexicanos y su prevalencia varía de acuerdo a las regiones, localidades y su nivel socioeconómico. En la ENSANUT 2012 se registró una prevalencia significativamente más alta en la región norte del país (36.4%) que en el sur (28.5%), en las localidades urbanas (31.9%) que en las rurales (29.9%), y en el nivel socioeconómico alto (31.1%) comparado con el bajo (29.7%).²

Los adultos con mayor vulnerabilidad y pobreza presentan prevalencias más bajas de HTA en el ámbito nacional y son los grupos que tienen en un mayor porcentaje HTA controlada (<140/90 mmHg); por ejemplo, los adultos de la región sur tienen una prevalencia significativamente mayor de control (56.0%) que los del norte (45.8%), igualmente los de localidad rural (51.3%) que los de la urbana (48.3%) y los de nivel socioeconómico bajo (53.2%) que los de nivel socioeconómico alto (50.3%). Esta menor prevalencia y mayor porcentaje de control puede ser atribuido a que estos mismos grupos tienen menor prevalencia de obesidad, tabaquismo y consumo de sodio, factores causales de la hipertensión arterial y que complican su control, mientras que presentan menos tiempo de actividad sedentaria. De los adultos con HTA diagnosticada por un médico, solo 73.6% reciben tratamiento farmacológico y menos de la mitad de estos tiene la enfermedad bajo control.

En México en los últimos 6 años, las defunciones por enfermedades hipertensivas tienen un comportamiento estable; en 2006, 33 de cada 100 personas hipertensas de 15 años y más murieron por enfermedades cardíaca hipertensiva, 31 por esencial, 30 por renal y sólo cinco por cardio-renal; mientras que durante 2011, de cada 100 personas con hipertensión fallecieron 34 por enfermedades renales, 33 por esenciales, 29 por cardíacas y cuatro por cardiorrenal.³ De la población de 15 años y más hipertensa, las mujeres son las más afectadas. Durante 2011, del total de mujeres que fallecen por trastornos hipertensivos, 34 de cada 100 mueren por hipertensión esencial y 32 por enfermedad cardíaca hipertensiva; entre los hombres hipertensos de 15 años y más, la principal causa de defunción son las enfermedades renales hipertensivas (39 de cada 100 defunciones). En México por entidad federativa, en el 2006 la región sur del país presentó la incidencia más baja de hipertensión, comparada con la del norte, este comportamiento se mantiene similar para 2010, en donde el norte del país detectó el mayor número de casos nuevos de hipertensión. Las entidades con incremento de casos nuevos de 2006 a 2010 son Chihuahua (483 casos más respecto a 2006), Sonora (130) y Michoacán (102); en tanto, en los estados de Jalisco (228), Coahuila (225) y Guanajuato (168 personas) se redujo la incidencia para el mismo periodo.³

Es preocupante observar el incremento de las defunciones por enfermedades hipertensivas en los últimos años en el país; la tasa de mortalidad observada pasó de 17.67 muertes por cada 100 mil personas de 15 años y más en 2006 a 23.06 en 2011. Los únicos estados que tuvieron una reducción de esta tasa de 2006 a 2011 son Baja California Sur y Morelos con diferencias de 3.14 y 1.19 puntos por cada 100 mil personas de 15 años y más, respectivamente; en tanto que en Oaxaca y Nayarit se incrementó de manera significativa en el mismo periodo (13.38 y 11.54 puntos cada uno). Durante 2011, las entidades que presentan las tasas de mortalidad observada por hipertensión arterial más bajas del país son Quintana Roo (9.04 por cada 100 mil personas de 15 años y más), Yucatán (13.98) y Chiapas (14.63); mientras que Oaxaca, Veracruz y Michoacán concentran las tasas más altas (39.40, 29.76 y 28.65, respectivamente).

A nivel mundial, la prevalencia de hipertensión arterial estimada podría ser de aproximadamente un billón de individuos, la OMS estima que la hipertensión arterial causa la muerte de 7.5 millones de personas y representan 12.8% del total de las muertes (OMS, 2013); además, señala que uno de cada tres adultos tiene la presión alta (OMS, 2012), lo que preocupa por las complicaciones que genera como insuficiencia cardiaca, enfermedad vascular periférica, insuficiencia renal, retinopatía y discapacidad visual.³

De acuerdo con la OMS durante 2008, la prevalencia de hipertensión arterial entre la población de 25 años y más a nivel mundial es de alrededor de 27 de cada 100 personas. Por regiones, África tiene una de las prevalencias más altas (36.8), mientras que en América la más baja (23). La región de Canadá y Estados Unidos tiene prevalencias bajas (alrededor de 15); seguidos por México (24.4); y en Brasil, Chile y Cuba, aproximadamente de 30 respecto a la población de 25 años y más (OMS, 2013).³

La presión arterial se expresa con dos medidas, la presión arterial sistólica y diastólica (120/80 mmHg). La presión arterial sistólica es la presión sanguínea en las arterias durante la sístole ventricular, cuando la sangre es expulsada desde el corazón a las arterias y la presión arterial diastólica es la presión en la diástole, cuando el corazón se relaja y la presión arterial cae.

De acuerdo a su etiología la Hipertensión Arterial se clasifica en esencial o primaria cuando su origen es desconocido y constituye el 90-95% de los casos de Hipertensión Arterial con una fuerte influencia hereditaria; el 5 y 10% restantes corresponden a una hipertensión arterial secundaria en la cual no existe una causa directamente responsable de la elevación de las cifras tensionales, la importancia de establecer el diagnostico de esta radica en que no sólo puede en ocasiones ser tratada y desaparecer para siempre sin requerir tratamiento a largo plazo, sino que además, puede ser la alerta para localizar enfermedades aún más graves, de las que la HTA es únicamente una manifestación clínica. En la literatura mundial y nacional existen múltiples guías clínicas para el manejo de la hipertensión arterial y clasifican a la hipertensión arterial en fases o estadios los cuales tendrán distinto pronóstico y tratamiento.

Clasificación de la Hipertensión Arterial Sistémica

Se considera presión arterial optima a las cifras de PA <120/80 mmHg, normal con una PA de 120-129 mmHg sistólica y 80-84 mmHg diastólica y normal alta a una PA de 130-139 mmHg sistólica y 85-89 mmHg diastólica. Cuando ya se habla de hipertensión grado 1 esta es cuando se tiene una PA de 140-159 mmHg sistólica y 90-99 mmHg diastólica; hipertensión grado 2 una PA de 160-179 mmHg sistólica y 100-109 mmHg diastólica; hipertensión grado 3 una PA \geq 180 mmHg sistólica y \geq 110 mmHg diastólica e hipertensión sistólica aislada cuando las cifras de PA son \geq 140 mmHg sistólica y <90 mmHg diastólica.

La hipertensión sistólica aislada se refiere a la presencia de una presión sistólica elevada conjuntamente con una presión diastólica normal, una situación frecuente en las personas de edad avanzada.

La hipertensión sistólica asilada debe ser evaluada de acuerdo a los grados 1,2 y 3 de acuerdo a la valoración sistólica de los rangos indicados, si la presión diastólica es < 90 mmHg. Los grados 1,2 y 3 corresponden a la calificación leve, moderada y grave respectivamente.⁴

Debido a los nuevos datos de riesgo vital de la hipertensión y el impresionante incremento en las complicaciones del riesgo cardiovascular asociadas a niveles de PA previamente consideradas como normales, el informe JNC 7 ha introducido una nueva clasificación que incluye el término “prehipertensión” para todos aquellos que se encuentren en el rango de 120 a 139 mmHg de PAS y/ó 80 a 89 mmHg PAD. Esta nueva clasificación intenta identificar a los individuos en los cuales una intervención temprana (adoptando estilos de vida saludables) podría reducir la presión arterial. Otro de los cambios en la clasificación del JNC 6 es la combinación de los estadios 3 y 4 de hipertensión en una sola categoría estadio 2 (PAS >160 y PAD >100).

La prehipertensión no es una categoría de enfermedad. Más bien es una designación para identificar a los individuos con alto riesgo de desarrollar HTA, para que tanto pacientes como médicos estén alertas al riesgo y preparados para intervenir ó retrasar el desarrollo de la enfermedad.

De acuerdo al JNC 7 las personas prehipertensas no son candidatas a terapia farmacológica y estas deberían ser advertidas de la conveniencia de llevar un estilo de vida saludable para reducir el riesgo de desarrollar hipertensión arterial en el futuro. Los prehipertensos diabéticos ó con enfermedad renal deberían ser considerados candidatos a una apropiada terapia farmacológica si el intento de modificación de estilos de vida falla en la reducción de su PA hasta 130/80 mmHg o menos. Esta clasificación no estratifica los hipertensos según la presencia ó ausencia de factores de riesgo ó daño de órganos vulnerables; el JNC 7 sugiere que todas las personas con HTA (estadios 1 y 2) sean tratadas.

El objetivo de tratamiento para los hipertensos sin otras patologías acompañantes es de < 140/90 mmHg.

El objetivo para los prehipertensos sin patologías asociadas es reducir la PA hasta lo normal con modificación de estilos de vida y prevenir el aumento progresivo de la PA usando dichas recomendaciones.

Clasificación de la Hipertensión Arterial Sistémica de acuerdo al JNC-7

El JNC-7 considera a la presión arterial normal con se tiene una PA <120 mmHg sistólica y <80 mmHg diastólica y considera la prehipertensión con una PA de 120-139 mmHg sistólica y 80-89 mmHg diastólica. El JNC-7 solo describe dos estadios de hipertensión; el estadio 1 es una PA de 140-159 mmHg sistólica y 90-99 mmHg diastólica y el estadio 2 a una PA >160 mmHg sistólica y >100 mmHg diastólica.⁵

Descontrol Hipertensivo

La Hipertensión arterial descontrolada se caracteriza por una elevación sostenida de la presión arterial sistólica, diastólica o ambas, existiendo manifestaciones de daño agudo a órganos blanco; los pacientes con hipertensión arterial descontrolada son más propensos a desarrollar daño sistémico. El éxito en el control de la hipertensión arterial requiere de la modificación de los factores de riesgo y una rigurosa adherencia al tratamiento farmacológico ya que se ha comprobado que el factor predisponente más frecuente para el descontrol hipertensivo es la transgresión medicamentosa. Las medidas de estilo de vida deberían instituirse en cuanto sea posible en todos los pacientes, incluso en los que requieren terapia farmacológica. La intención es bajar la presión arterial, controlar otros factores de riesgo y reducir el número de dosis de antihipertensivos necesarios.

Las medidas sobre el estilo de vida son también aconsejables en individuos con presión normal alta y factores de riesgo adicionales para reducir el riesgo de desarrollar hipertensión posteriormente.

En la actualidad es indispensable incorporar la educación del paciente como parte del tratamiento; los pacientes deben ser debidamente informados acerca de los aspectos básicos de la hipertensión arterial y sus complicaciones, factores de riesgo, manejo no farmacológico, componentes y metas del tratamiento, prevención de complicaciones, y la necesidad de adherencia al tratamiento para un mayor éxito en el control de las cifras de presión arterial.⁶

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA Y REDES DE APOYO SOCIAL

El hecho de contar con redes de apoyo social tiene un impacto significativo en la calidad de vida de las personas. Existe evidencia de que las relaciones y las transferencias que se establecen en las redes cumplen un papel protector ante el deterioro de la salud. También contribuyen a generar un sentimiento de satisfacción puesto que logran un mayor sentido de control y de competencia personal.⁷

TIPOS DE REDES

- **Redes informales:** es la red o el grupo primario, reúnen un componente afectivo esencial, se basan predominantemente en las relaciones personales, familiares y comunitarias no estructuradas como programas.

- **Redes formales:** es la red o grupo secundario, en estas sus miembros cumplen roles concretos y algunas veces requieren contar con la preparación adecuada. Las redes formales pueden ser parte de un centro de salud, comunitarias, de una iglesia, o ser parte de programas gubernamentales. Sus miembros desarrollan roles concretos, basados en una organización formal y estructurada que considera objetivos específicos en ciertas áreas determinadas. Se puede integrar con organizaciones no gubernamentales, instituciones públicas y privadas que brindan servicios y organizaciones políticas y económicas que determinan los derechos básicos disponibles a las personas.

El apoyo social es definido por la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas. La información que permite a las personas creer que: a) se preocupan de ellos y les quieren, b) son estimados y valorados y c) pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas.

TIPOS DE APOYO SOCIAL

Apoyo emocional: este comprende la empatía, el cuidado, el amor, la confianza y parece ser uno de los tipos de apoyo más importantes. Este tipo de apoyo está recogido, de una u otra manera, en las concepciones de apoyo antes mencionadas.

En general, cuando las personas consideran de otra persona que ofrece apoyo, se tiende a conceptualizar en torno al apoyo emocional.

Apoyo instrumental: se ofrece "apoyo instrumental" cuando se emiten conductas instrumentales que directamente ayudan a quien lo necesita; se ayuda a otro a hacer o acabar el trabajo, se cuida de alguien. Es evidente que todo acto puramente instrumental tiene también consecuencias psicológicas (así, la ayuda en el trabajo puede ser una ayuda o una fuente de información y valoración, y no siempre positiva; necesitas ayuda y no eres autosuficiente, no tienes capacidad).

Apoyo informativo: el "apoyo informativo" se refiere a la información que se ofrece a otras personas para que estas puedan usarla para hacer frente a las situaciones problemáticas. Se diferencia del apoyo instrumental en que la información no es en sí misma la solución sino que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo.

Apoyo evaluativo: el "apoyo evaluativo", al igual que el apoyo informativo, sólo implica la transmisión de información, y no el afecto que se transmite en el apoyo emocional. Sin embargo, la información que se transmite en el apoyo evaluativo es relevante para la autoevaluación, para la comparación social. Es decir, otras personas son fuentes de información que los individuos utilizan para evaluarse a sí mismos.⁸

Las redes de apoyo social influyen en la calidad de vida de las personas que cursan con enfermedades crónicas degenerativas; estas enfermedades afectan al individuo que las padece y a su sistema familiar, por lo que el grupo entra crisis y en desorganización, encausándolo a buscar nuevas estrategias de organización que le permita a éste adaptarse a las nuevas condiciones. Actualmente se sabe que la deficiente interrelación médico-familia, la disfuncionalidad familiar y el apoyo deficiente al hipertenso por sus familiares están significativamente asociados al descontrol de la tensión arterial.⁹

La familia es un grupo social primario, históricamente reconocido, en el que el individuo se inicia en el mundo y constituye la fuente principal de su felicidad.¹⁰

Es el espacio donde se localizan las acciones de todas las instituciones sociales, por lo que las acciones dirigidas al mejoramiento de la vida deben tomar en consideración su importancia en el surgimiento, desarrollo y control de las enfermedades y alteraciones del bienestar biopsicosocial del hombre, sobre todo, aquellas que constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la mayoría de los países.¹¹

Para las enfermedades crónicas representadas fundamentalmente por las cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica, la hipertensión arterial es un factor de riesgo relevante, en cuyo descontrol inciden diversos factores, como: falta de apoyo familiar, desconocimiento por la familia de aspectos de la enfermedad, no adherencia al tratamiento, inasistencia a consulta, escasa promoción de salud, tratamiento incorrecto y enfermedad concomitante.¹²

Alfredo González y cols., (2004) analizaron en su investigación la relación que existe entre la participación familiar y la relación médico-familia en el control de la hipertensión arterial. Se vio en cuanto a la funcionalidad familiar, que un elevado número de familias fueron clasificadas como disfuncionales, y se observó que donde existía funcionalidad familiar, 56.86 % de los pacientes se mantenían controlados, mientras que en las familias disfuncionales, sólo 6.35 % de los enfermos estaban controlados. Concluyendo que la disfunción familiar ejerce una influencia negativa en el desarrollo y control de las enfermedades cardiovasculares.¹³

Trief y colaboradores refieren que cuando es buena la cohesión familiar es más adecuado el control de las cifras de tensión arterial, pero 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.¹⁴⁻¹⁵

Desde el punto de vista psicosocial se destaca el papel de la familia como red de apoyo social que favorece el cumplimiento, tanto desde el punto de vista de apoyo afectivo como material y también como el paciente valora su papel dentro del grupo familiar y desea con su buen estado de salud proteger su integridad y funcionamiento.¹⁶

El ambiente social ha sido reconocido como un complejo sistema estructural, cultural, interpersonal y psicológico con propiedades adaptativas y de ajuste frente a determinadas situaciones relacionadas con los procesos de salud-enfermedad y también como un sistema contenedor de elementos estresantes y/o amortiguadores del mismo. Ello justifica un creciente interés hacia los recursos derivados de los vínculos sociales de los individuos así como la relación existente entre las relaciones interpersonales y la salud de las personas. De este modo, conceptos como “redes sociales,” “sistemas de apoyo comunitario”, “apoyo social” (social support), o “recursos del entorno”, han sido conceptos clave para el desarrollo de las líneas teóricas que han guiado las investigaciones que relacionan las redes sociales y la salud.¹⁷⁻¹⁹

La red social es el conjunto y la naturaleza de los contactos que establece un individuo con otras personas.²⁰

Además de ser un indicador de integración en la estructura social, influye en el estado de salud. Una red social más pobre se asocia con una peor salud subjetiva y una peor calidad de vida. El aislamiento social también se ha relacionado con la mayor mortalidad global y por enfermedades cardiovasculares, accidentes y suicidios. Además, los sujetos con menor apoyo social presentan peor pronóstico después de una enfermedad cardiovascular. Hay algunas evidencias de que la relación entre la red social y la salud puede explicarse, en parte, a través de mecanismos fisiológicos, como la alteración del funcionamiento de los sistemas inmunológico, neuroendocrino y cardiovascular.²¹⁻²⁵

En cuanto a la presión arterial (PA), varios estudios muestran que una peor red social se asocia con valores más altos de presión. Entre las posibles explicaciones de este hallazgo se ha sugerido que el aislamiento social puede limitar la recepción de apoyo social (informativo, emocional o instrumental), y ello se asocia con una mayor PA. A su vez, el menor apoyo social podría conducir hacia una menor adopción de hábitos de vida saludables y un peor cumplimiento de las recomendaciones médicas. También, una buena red social puede atenuar la respuesta cardiovascular ante situaciones de estrés y evitar la elevación de la PA acompañante.²⁶⁻³⁰

En un estudio realizado por Áurea Redondo y cols., en el 2005, se examinó la relación entre la red social (estado marital, situación de convivencia, frecuentación de familiares y frecuentación de amigos o vecinos) y la HTA, al analizar si la red social se asocia con el conocimiento del estado hipertensivo, el tratamiento y el control de la PA; concluyendo que en los adultos mayores la hipertensión arterial se asocia con variables de integración social, por ejemplo, la situación de convivencia y el estado civil, observándose que la frecuencia de HTA es menor en los adultos mayores con una mejor red de apoyo social. Entre los hipertensos, el conocimiento del estado hipertensivo depende en parte de la frecuentación de familiares y amigos o vecinos. Por ello, es posible que la HTA y el cumplimiento terapéutico puedan actuar como mediadores de la relación entre la red social y la morbimortalidad cardiovascular.³¹

Sugiriendo de esta manera que el aislamiento social puede limitar la recepción de apoyo social. Esta situación reafirma la postura sistémica de la enfermedad crónica, la cual se basa en la premisa de que el síntoma psicossomático no es otra cosa que la manifestación de la disfuncionalidad del sistema familiar.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA Y VIOLENCIA DE PAREJA

La violencia familiar se reconoce hoy como un problema de salud pública, de derechos humanos, de justicia social, como un delito, y además se acepta que se trata de un problema de gran magnitud que incluye la violencia psicológica, la violencia física, la sexual y la económica.³²

En la Encuesta nacional sobre violencia contra las mujeres en su versión 2006 se reporta que 3 de cada 10 mujeres sufren de violencia de pareja actualmente; 4 de cada 10 ha sufrido violencia de pareja alguna vez en la vida y 6 de cada 10 mujeres ha sufrido de violencia alguna vez en la vida. Las prevalencias para cada uno de los tipos de violencia de acuerdo a la ENVIM-2006 actualmente son: psicológica 28.5%, física 16.5%, sexual 12.7% y económica 4.42%.³³

En la ENVIM-2006 la prevalencia nacional de violencia de pareja actual fue de 33.3%. Las seis entidades con mayor prevalencia en orden descendente fueron: el Estado de México (45.6%), Nayarit (39.6%), Quintana Roo (39.6%), Durango (37.6%), Yucatán (36.2%) y Michoacán 35.2%. El estado con menor prevalencia fue, igual que en la ENVIM-2003, Aguascalientes (22.8%). Cabe señalar que si bien el estado se mantuvo en el último lugar a escala nacional, su prevalencia se incrementó de 9.4% a 22.8%.³³

La violencia doméstica es un fenómeno que afecta a un número cada vez más elevado de mujeres en nuestro país, debido a la influencia de los patrones socioculturales más tradicionales y a prejuicios basados en la desigualdad entre los sexos. Las actitudes de tolerancia hacia los malos tratos en el hogar sin distinciones relativas al estatus socioeconómico, nivel de formación, cohortes de edad y estado civil tienen como resultado un daño de naturaleza física, sexual y psicológica.³⁴

En la sociedad mexicana existen relaciones estructurales de desigualdad de género donde los niños y las niñas aprenden que los hombres dominan y que la violencia es un medio aceptable para reafirmar su poder, subordinar a las mujeres y establecer el orden. La violencia contra las mujeres no respeta fronteras geográficas, culturales o económicas, ni edades. Se puede presentar en el hogar, en el trabajo y en las calles, pero su principal manifestación es dentro del ámbito familiar. La violencia contra la mujer es definida por la Organización de las Naciones Unidas como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada”. La violencia de pareja se refiere al comportamiento de la pareja o ex pareja que causa daño físico, sexual o psicológico, incluidas la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control. Existen múltiples factores asociados con la violencia de pareja, por ejemplo, baja edad de las mujeres, un nivel socioeconómico bajo, el haber sufrido violencia intrafamiliar durante la niñez, nivel bajo de escolaridad, estado civil y el consumo excesivo de alcohol o drogas por parte de algún miembro de la familia.

De acuerdo a la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011 (ENDIREH), existen varios tipos de violencia familiar.

Los tipos de violencia que se consideraron en la encuesta son:

Violencia física: hace referencia a las agresiones dirigidas al cuerpo de la mujer por parte del agresor; lo que se traduce en un daño, o en un intento de daño, permanente o temporal. Las agresiones físicas comprenden: empujones, jalones, golpes, ataques con cualquier tipo de armas, entre otras.

Violencia emocional o psicológica: aunque constituye una forma de agresión muchas veces no reconocible a primera vista debido al uso de metáforas en el habla y la “ausencia de evidencias” físicas, se sabe que deja huellas importantes en la persona que la padece, al grado de constituir en sí un proceso efectivo de destrucción moral que puede conducir a la enfermedad mental o incluso al suicidio. Es la única forma de violencia que puede presentarse de manera aislada, aunque puede estar presente en los demás tipos, de ahí la importancia de estudiar el fenómeno en todas sus variables.

Violencia sexual: el agresor arremete físicamente en contra de la mujer para tener algún tipo de relación sexual; estas formas de dominación pueden ir desde exigir u obligar, hasta el uso de la fuerza para lograr el sometimiento. Su expresión más evidente es la violación que se define como la penetración, mediante coerción física o de otra índole, de la vagina o el ano con el pene, otra parte del cuerpo o un objeto.

Violencia económica: sitúa a las mujeres en una franca posición de discriminación al atacarlas, independientemente de su posición social, agravándose en aquellas con menores oportunidades sociales.

Violencia patrimonial: corresponde a situaciones de coerción o despojo sufridas por una mujer sobre sus propiedades, así como obligar o forzar a la mujer a poner sus bienes, o alguna propiedad, a nombre de otra persona.³⁵

La violencia contra la mujer, especialmente la ejercida por su pareja, constituye un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres, esta produce en las víctimas supervivientes y a sus hijos graves problemas físicos y psicológicos a corto y a largo plazo.

En un estudio multipaís de la OMS, del 15% al 71% de las mujeres de 15 a 49 años refirieron haber sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida. Desafortunadamente la violencia familiar es muy frecuente en nuestro país, datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), avalados por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), reportan que en uno de cada tres hogares de nuestro país existe alguna forma de violencia familiar y en gran parte de éstos (72.2%) la violencia es recurrente.

La Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar (ENVIF), registró que uno de cada tres hogares del Área Metropolitana de la Ciudad de México sufre algún tipo de violencia intrafamiliar; asimismo, reveló una mayor presencia de actos de violencia en los hogares con jefatura masculina, 32.5% de estos hogares reportó algún tipo de violencia por 22% de los dirigidos por mujeres. Por otra parte, los miembros más frecuentemente agresores son el jefe del hogar (49.5%) y la cónyuge (44.1%), mientras que las víctimas más comúnmente afectadas son hijas, hijos (44.9%) y cónyuges (38.9%). En nuestro país del total de personas generadoras de violencia, 91 de cada 100 son hombres y 9 son mujeres.

En el país, datos de la Encuesta Nacional de Usuarios de los Servicios de Salud, aplicada a mujeres mayores de 15 años usuarias de los servicios en hospitales generales del IMSS, ISSSTE y SSA en el presente año, muestran que poco más de 2 mujeres de cada 10 sufrieron algún tipo de violencia infligida por su pareja durante el año previo al del levantamiento de la encuesta, y casi 37 de cada 100, algún tipo de agresión a lo largo de su vida por diversas personas cercanas a ellas. Asimismo, 90% de las mujeres encuestadas sufrió agresión psicológica, 44.7% física, 32.1% sexual y 21.5% los tres tipos de violencia.³⁶

La violencia familiar ocurre cuando uno de los miembros ejerce un acto abusivo de poder dirigido a someter, dominar, controlar o agredir de manera psicológica, física, sexual, económica o patrimonial a cualquier otro integrante de la familia. García Fonseca en 2011 define la violencia familiar como “el acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar si la relación se da por parentesco consanguíneo, de afinidad, o civil mediante matrimonio, concubinato u otras relaciones de hecho, independientemente del espacio físico donde ocurra”. El impacto de la violencia familiar en la salud física y mental de quienes la viven es considerable y puede tener consecuencias graves y a veces irreversibles, dependiendo de la severidad del daño producido y de su duración. Las consecuencias ocurren en diversas áreas: física, psicológica, conductual y social.³⁷

Ortega Ceballos y cols., realizaron un estudio en el 2007 sobre Determinantes de Violencia de pareja en trabajadoras del IMSS encontrando una alta prevalencia de violencia (42.3%). Por tipos de violencia, se encontró que la prevalencia de violencia psicológica fue la más alta (37.7%), seguida de la violencia física (23.4%) y la violencia sexual (9.5%). Los principales factores asociados fueron la relación de pareja y el consumo de alcohol; el estado emocional de la pareja en el hogar; la tensión laboral de la mujer y los antecedentes de violencia en la infancia.³⁸

Es frecuente que muchas familias vivan en situación de violencia y que no la hayan identificado o incluso la consideren una forma “natural” de relación.

Vicente Arévalo en el 2003 realizó una investigación sobre la génesis psicósomática de la enfermedad hipertensiva sobre la base de Violencia e Hipertensión. En su trabajo intento demostrar como la violencia es capaz de producir lesiones funcionales específicas, que en el curso de los años originan lesiones orgánicas, capaces de llevar al paciente hacia la invalidez y a la muerte, con el apareamiento de trastornos psicósomáticos como la hipertensión. Se encontró que en el 86% de los casos aparecía el dato de violencia de un progenitor o quien fungía como tal hacia ellos, acompañado de la ausencia de manifestaciones de cariño, además de una clara manifestación de agresividad reprimida para con el padre o progenitor.³⁹

En un estudio realizado por Juárez Ramírez y cols., (2004) sobre redes de apoyo social y violencia conyugal, se encontró que las mujeres que son víctimas de de violencia conyugal reflejan una baja o nula red de apoyo social, encontrándose la repetición generacional de la presencia de violencia conyugal de forma generacional.⁴⁰

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA Y ALCOHOLISMO

Resulta relevante, contextualizar la presencia de alcoholismo en México ya que el consumo de alcohol representa un importante problema de salud pública en nuestro país y a nivel mundial.

Su consumo se relaciona estrechamente con efectos sociales adversos, como muertes y accidentes por conducir en estado de ebriedad, conducta agresiva, rupturas familiares y reducción de la productividad laboral. De aquí podríamos intentar explicar y/o justificar los altos índices de violencia familiar asociados a la presencia de alcoholismo dentro de la familia.

Aproximadamente 2 mil millones de personas consumen anualmente bebidas alcohólicas que corresponde al 40% de la población mundial con más de 15 años, siendo Europa del este la región con mayor índice en el consumo de alcohol con un promedio de 6.1 litros anual. La OMS estima que anualmente 2.5 millones de personas mueren por causa del alcohol superando las muertes producidas por el SIDA y la tuberculosis.

En México y Latinoamérica el consumo de alcohol se ha convertido en una enfermedad por el consumo en exceso y la continuidad con la que se ingiere dicho líquido. En América Latina el consumo de alcohol es hasta 40% superior al promedio mundial, con un promedio per cápita por habitante de 8.7 litros al año. A nivel mundial es de 6.6 litros. La dependencia al alcohol y los problemas asociados a este afectan en gran medida a la población mexicana, en México, más de 32 millones de personas entre 12 y 65 años de edad consumen bebidas alcohólicas.

De acuerdo a la ENA 2011 el índice de dependencia al alcohol a nivel nacional fue de 6.2% equivalente a 4.9 millones de personas, con una prevalencia mayor en los hombres (10.8%) que en las mujeres (1.8%). Afecta al 4.1% de los adolescentes y 6.6% de los adultos, este índice aumentó significativamente entre los hombres del 2008 al 2011, nuevamente con menos distancia entre hombres y mujeres (3 hombres por cada mujer) que lo que se observa en la población adulta (7 hombres por cada mujer). La proporción de mujeres adultas con dependencia (1.7%) es similar a la observada en mujeres adolescentes (2%).⁴¹

A nivel regional la dependencia al consumo de alcohol más alta fue para la región Centro Sur (Michoacán, Guerrero, Oaxaca y Veracruz) con el 8.1%, los hombres obtuvieron el 15% de prevalencia para esta región siendo el más alto para este género. La cerveza fue la bebida de preferencia, la consume más de la mitad de la población masculina (53.6%) y una tercera parte de la población femenina (29.3%). El consumo diario sigue siendo muy poco frecuente en el país, solamente 0.8% de la población reportó beber alcohol con esta frecuencia. El consumo de altas cantidades por ocasión de consumo, es en cambio el patrón más reportado con una tercera parte de la población y se mantuvo sin cambios del 2008 al 2011. Poco más de la mitad (53.6%) de los adultos entre 18 y 34 años reportan haber tenido al menos un episodio de alto consumo. En los hombres hay un aumento en la proporción que reportó este patrón de consumo (45% en 2008 y 47.2% en 2011), en las mujeres adultas es un fenómeno estable y menos frecuente (20%). Más de la mitad de la población (55%) ha consumido alcohol alguna vez en su vida iniciando antes de los 17 años.⁴¹

La dependencia al alcohol es el trastorno con mayor rezago ya que solamente 6.8% de los enfermos reciben tratamiento, este rezago es mayor en las mujeres, hay 2.2 hombres con dependencia en tratamiento, por cada mujer con esta misma condición. El estudio transcultural de Rootman y Moser (1985) ha documentado cómo en México, muy pequeña parte de la bebida de los hombres se lleva a cabo con sus cónyuges, sino más bien con amigos y parientes. Se informó al mismo tiempo que casi la mitad de la bebida masculina tenía lugar en casa. Por lo tanto, las esposas son excluidas de la bebida pero no de las consecuencias, lo que produce un alto grado de tensión.

La importancia de la familia como medio de control social fue ratificada por el hecho de que gran parte de los bebedores informó haber hablado de sus problemas con sus cónyuges y con otros parientes.⁴²

La violencia intrafamiliar ha sido un gran problema social desde muchos años atrás, en la mayoría de los casos en los que se da la violencia intrafamiliar, el agresor suele estar en estado de ebriedad. Aproximadamente un 50% de los casos de violencia doméstica están vinculados al consumo del alcohol, porque existe una asociación negativa entre el abuso de alcohol y la calidad de la relación de pareja.

El maltrato doméstico es una situación estresante que provoca un impacto psicológico importante en la mayoría de las víctimas, los síntomas psicopatológicos que presentan las víctimas surgen como consecuencia de los acontecimientos vividos. La mujer que vive bajo violencia puede experimentar ansiedad, depresión, pérdida de la autoestima, sentimientos de culpa, aislamiento social, trastornos psicosomáticos, trastornos sexuales, etc.

El maltrato crónico puede provocar en la víctima diferentes tipos de trastornos psicosomáticos como cefalea, alopecia, hiporexia y/o anorexia, ansiedad crónica, fatiga, problemas gastrointestinales, alteraciones menstruales, problemas cardiovasculares como la Hipertensión Arterial Sistémica, entre otros. En este sentido, son bastante habituales las visitas al médico familiar para consultar estas dolencias mientras ocultan la verdadera causa que las provoca.

Para una mujer que vive bajo estrés constante es difícil mantener su salud en un estado óptimo y preocuparse por su salud queda en segundo término cuando se vive en situación de violencia.

La mujer violentada que cuenta con una comorbilidad deja muchas veces de lado las prescripciones otorgadas por su médico para el control y seguimiento de su patología por enfocarse a los problemas personales y/o emocionales que esta situación le genera.

LA PSICOEDUCACIÓN COMO HERRAMIENTA QUE PERMITE UN MEJOR CONTROL DE LA ENFERMEDAD

Hoy en día, con la psicoeducación no sólo se busca educar al paciente sino también a la familia. Es importante proporcionar información, explicar una determinada situación de modo coherente, precisa, sencilla, presentando al paciente o a los familiares los elementos necesarios para la comprensión de un tema singular, estimulando conductas adecuadas a la misma. Se dice desaprender para aprender debido a que se busca que los pacientes y sus familias dejen atrás conductas poco funcionales y aprendan a vivir de forma más efectiva y sana con la enfermedad. Es por ello que se considera importante la implementación de programas psicoeducativos que permitan, al paciente y a su familia, conocer la enfermedad y, por ende, adoptar mejores estilos de vida.

Según Hoffman y Fruzzetti (2007) la psicoeducación es “un conjunto heterogéneo de intervenciones que incluyen una serie de abordajes”. Además, es una modalidad de tratamiento que proporciona: 1) educación al paciente y/o familia, 2) habilidades de afrontamiento, 3) habilidades familiares, y 4) técnicas de reducción de problemas. El objetivo de dichos componentes es ayudar a los pacientes y/o miembros de su familia a participar en comportamientos que han demostrado ser efectivos o bien aumentar otros componentes del tratamiento para mejorar la evolución del paciente o facilitar el bienestar del individuo y su familia.⁴³

Por intervención psicoeducativa se entiende un abordaje especializado que, utilizando ciertos recursos, acompañe y sostenga a la persona que está luchando con sus dificultades específicas de adaptación, y que lo lleve a un mejor equilibrio frente a sí mismo y su entorno. En este sentido, la intervención psicoeducativa considera a la persona como un ser integral, que se desarrolla a través de la interacción entre sus capacidades internas y las posibilidades de experimentación que le ofrece su entorno.

Vizcarra y Dionne (2008) mencionan que la intervención psicoeducativa es un sistema dinámico de interacciones que está en constante búsqueda del equilibrio en sus diferentes componentes.⁴⁴

Esta noción de estructura es amplia y puede aplicarse en instituciones o programas de intervención; por lo que ha sido representada bajo la forma de un trompo que comprende tres componentes principalmente. Dichos componentes son: el sujeto (o grupo de sujetos), los objetivos y el educador.

El componente del sujeto se refiere a la persona que presenta una dificultad y puede manifestarse mediante perturbaciones de comportamientos, dependencia a alguna sustancia, problemas de salud físicos y mentales, abandono escolar, etc. La función del educador es asistir, sostener, estimular la actividad del sujeto, facilitar el equilibrio del sistema gracias a sus conocimientos y a sus propias experiencias, pero también gracias a su comprensión del potencial de adaptación del sujeto. En este sentido, éste constituye el polo de conciencia que debe favorecer la acción de apropiación de los objetivos por parte del sujeto. La capacidad de dicho educador de ser el polo de conciencia se basa en su experiencia tanto personal como profesional y en sus competencias en el plano de sus conocimientos. El componente de los objetivos está al centro de la alianza que se establece entre el sujeto y el educador (familia y otros miembros del equipo). Los objetivos deberán constituir un desafío para el paciente, de forma que se ponga en acción y deben ser compartidos con el sujeto, a fin de que desarrolle un interés personal en conseguirlos. Para eso, es preciso que los objetivos sean claros, realistas y adaptados a las capacidades y vulnerabilidades del sujeto.

Finalmente, en la psicoeducación se debe buscar que el paciente adquiera conocimientos que le permita llevar un mejor control de su enfermedad. Por lo tanto, se intentará reforzar los recursos y habilidades propias de éste para así evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar. Una de las metas del programa psicoeducativo es que el paciente conozca su propia enfermedad y pueda vivir mejor con su condición. Dentro del programa psicoeducativo no se busca curar la enfermedad sino que el paciente y su familia aprendan a vivir mejor con la enfermedad. Uno de los objetivos es conseguir que el paciente logre una estabilidad tal que le permita tener una vida lo más normalizada posible (sin crisis continuas, hospitalizaciones y complicaciones que pongan en peligro su vida).

PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial es un padecimiento frecuente y constituye uno de los principales problemas de salud pública en México ya que genera altos costos financieros y sociales por su alta prevalencia, su larga duración y su gran dependencia de la farmacoterapia múltiple. La incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas se ha convertido en una cuestión inquietante para los profesionales de la salud, hoy en día la hipertensión arterial es una de las principales enfermedades en el mundo, por lo cual se realizan infinidad de estudios en busca de un mejor diagnóstico y tratamiento. La búsqueda de métodos que contribuyan a su disminución y el estudio de todos los factores que inciden en su desarrollo, ha cobrado vital importancia en las ciencias de la salud. La investigación en la génesis de la HTA relacionada con la influencia de la sociedad resulta un tema al que debe concedérsele particular importancia. El aspecto psicosocial sin duda debe ser analizado. Diversos estudios realizados plantean que el origen de la enfermedad es idiopático en un 95% y el 5% restante es de causa orgánica.⁴⁵⁻⁴⁶

Existen numerosos factores psicosociales que poseen diversos niveles de influencia en la aparición y prevalencia de la HTA. Varios autores han mostrado que factores psicosociales específicos tales como estrés, ansiedad, depresión, ira, hostilidad y bajos niveles de apoyo social percibido, hacen a los individuos más vulnerables a desarrollar problemas cardiovasculares y/o contribuyen a agudizar la enfermedad en quienes ya la padecen.⁴⁷

El manejo integral y multidisciplinar del paciente hipertenso incluye considerar aspectos psicológicos y sociales a los cuales hay que ofrecer atención, siendo el profesional de la salud mental el más indicado para ello, sin embargo, el resto del equipo de salud puede contribuir a este tratamiento, identificando componentes de carácter psicosocial que pueden en un momento dado entorpecer el tratamiento y limitar un adecuado manejo y control de la enfermedad, además de una mejor calidad de vida para el paciente y su familia. La hipertensión arterial constituye sin lugar a dudas una de las grandes amenazas para la salud de estos tiempos por lo que su conocimiento, estudio, tratamiento y sobre todo prevención constituye en gran parte el trabajo de los médicos de la atención primaria.

En la Unidad de Medicina Familiar No. 75 con UMAA de Morelia, Mich., hasta el mes de octubre del año 2013 existían 5845 pacientes hipertensas entre 40 y 60 años de edad. De este total de pacientes hipertensas 2700 se encontraban controladas y 3096 estaban descontroladas, 49 (0.85%) pacientes del total no tenían registro de su presión arterial al momento de la captura de datos. El mayor grupo de edad de la población hipertensa era el de 60 años con 440 pacientes y el menor grupo de edad era el de 40 años con 128 pacientes. Como se puede apreciar el 52.96% que corresponde a la mayoría de las pacientes con hipertensión arterial estaban descontroladas y el 46.19% estaban controladas. Esto es una situación preocupante ya que el descontrol hipertensivo conlleva complicaciones cardiovasculares, cerebrovasculares y renales que son causas importantes de mortalidad y de discapacidad en nuestro país. Es por ello que ante esta problemática nos surge el interés de investigar cuáles son esos posibles factores psicosociales que puedan estar interviniendo en el descontrol hipertensivo de estas pacientes, y una vez identificados poder crear una estrategia psicoeducativa para el abordaje y control de los mismos, por lo que realizamos la siguiente pregunta.

¿Cuál es el impacto de una intervención psicoeducativa en el abordaje de factores psicosociales relacionados con la Hipertensión Arterial Sistémica en pacientes de la U.M.F No. 75?

JUSTIFICACION

Actualmente se estima que la Hipertensión Arterial afecta a unos 690 millones de personas en todo el mundo y genera 15 millones de muertes anualmente. En el continente Americano la padecen aproximadamente 140 millones de adultos y actualmente constituye una de las principales causas de muerte en nuestro país.

El cuestionamiento del equipo de trabajo fue proponer un tratamiento multidisciplinario con las pacientes hipertensas, dejando de lado la visión médico-lineal para proponer un enfoque sistémico, donde se valúe la raíz del descontrol hipertensivo identificando la correlación entre las variables psicosociales (alcoholismo, violencia de pareja y tipo de red de apoyo social recibido) que prevalecen en su descontrol.

Es importante resaltar que los problemas orgánicos solamente explican la dolencia del paciente en una tercera parte de los casos, otro tercio refiere que la causa son factores orgánicos y psicosociales, y en el resto de los pacientes no se puede identificar la etiología de la misma, por lo tanto el tratamiento suele ser sintomático, dato que concuerda con la estadística presentada en cuanto a la prevalencia de pacientes hipertensos en su totalidad, los que se encuentran diagnosticados, los que se encuentran controlados y los que se encuentran descontrolados.

En la U.M.F No. 75 con UMAA no existe ningún estudio el cual identifique la relación que existe entre el descontrol de la hipertensión arterial sistémica y la presencia de factores psicosociales como el alcoholismo, la violencia de pareja y el tipo de red de apoyo social recibido. Por lo que se considera relevante, e incluso innovador la propuesta de trabajo con pacientes hipertensos desde una perspectiva integral y multidisciplinaria, el cual consta de un manejo médico y una intervención psicoeducativa, dándole un manejo a la hipertensión desde una visión sistémica, distribuyendo así el síntoma en el sistema psicosocial y familiar del paciente, promoviendo con ello la estabilidad o control del síntoma hipertensivo, es aquí en donde la Medicina Familiar demostrará su visión biopsicosocial.

HIPOTESIS

El modelo de intervención psicoeducativo mejora el control de las cifras de presión arterial en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica que cuentan con factores psicosociales que influyen en su descontrol.

OBJETIVO GENERAL

Identificar el impacto de una intervención psicoeducativa en el abordaje de factores psicosociales que intervienen en el descontrol de la Hipertensión Arterial Sistémica de pacientes adscritas a la U.M.F No. 75.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la presión arterial en la población de estudio pre y post-intervención psicoeducativa.
- Comprobar la presencia de alcoholismo en la pareja de la paciente hipertensa.
- Determinar la presencia de alcoholismo en la familia de origen de la paciente hipertensa.
- Identificar la presencia de violencia de pareja en las pacientes hipertensas.
- Evaluar la calidad de las redes de apoyo social existentes en las pacientes hipertensas.
- Identificar si existe correlación de los factores psicosociales con el control y/o descontrol de la hipertensión arterial sistémica.
- Diseñar un programa de intervención psicoeducativo a partir de la identificación de los factores psicosociales presentes en las pacientes con hipertensión arterial sistémica.

MATERIAL Y MÉTODOS

- **DISEÑO DEL ESTUDIO**

Tipo de investigación: cuasi experimental.

Método de observación: longitudinal.

Temporalidad: prospectivo.

Tipo de diseño: ensayo clínico.

Tipo de análisis: analítico.

- **POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Pacientes del sexo femenino con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica de 40 a 60 años de edad adscritas a la U.M.F No. 75 con UMAA de Morelia, Michoacán.

- **TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Muestreo no probabilístico a conveniencia de 500 pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica controlada o descontrolada.

Calculo de la muestra

Tamaño de muestra para población finita:

$$N = \frac{(Z_{\alpha})^2(p)(q)}{\delta^2}$$

En donde:

N = Tamaño de la muestra que se requiere.

p = Proporción de sujetos portadores del fenómeno de estudio.

$q = (1 - p)$ Complementario sujetos que no tienen la variable en estudio.

δ = Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar.

Z_{α} = Distancia de la media del valor de significación propuesto.

En la Unidad de Medicina Familiar No. 75 con UMAA de Morelia, Mich., hasta el mes de octubre del año 2013 existían 5,845 pacientes hipertensas entre 40 y 60 años de edad. De este total de pacientes hipertensas 2,700 se encontraban controladas y 3,096 estaban descontroladas, 49 (0.85%) pacientes del total no tenían registro de su presión arterial al momento de la captura de datos.

Como se puede apreciar el 52.96% que corresponde a la mayoría de las pacientes con hipertensión arterial estaban descontroladas y el 46.19% estaban controladas. El cálculo de muestra fue en base al total de pacientes descontroladas en la U.M.F No.75.

Los valores con los que se cuenta para sustituir en la fórmula son:

Pacientes descontroladas según censo con HAS=52.96% $p = .5296$,
 $q = 1 - p = 1 - .5296 = 0.4619$

Precisión de la estimación = $\pm 4.5\%$ ($\delta = 0.0450$).

Nivel de confianza = 95% ($\alpha = 0.05$), y de acuerdo a esto el valor es 1.96 a dos colas.

De tal forma:

$$N = \frac{(1.96)^2 (.5296)(.4619)}{0.045^2}$$

$$N = \frac{(3.84) \times (0.2446)}{.002025}$$

$$N = \frac{0.9393}{.002025}$$

$$N = 463.85 \text{ Pacientes}$$

El tamaño de la muestra para aplicar el instrumento fue de 500 pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica entre 40 y 60 años de edad.

- **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

Criterios de inclusión:

- 1.-Mujeres con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica.
- 2.-Edad entre los 40 y 60 años.
- 3.-Derechohabientes del IMSS adscritas a la U.M.F No. 75.
- 4.-Que hayan firmado el consentimiento informado.
- 5.-Que tengan deseos de participar en el protocolo de estudio.
- 6.-Que contesten en su totalidad el cuestionario ALVIRED.
- 7.-Mujeres con cualquier escolaridad y nivel socioeconómico.
- 8.-Que acudan a consulta de forma regular a la U.M.F No 75.
- 9.-Mujeres con pareja sentimental.

Criterios de no inclusión:

- 1.- Pacientes que se encuentren en estado inconveniente o bajo el efecto de alguna sustancia psicoactiva al momento de la aplicación del instrumento o en alguna sesión de la intervención psicoeducativa.
- 2.-Muejeres con alguna imposibilidad física para contestar el cuestionario o acudir a las sesiones de la intervención psicoeducativa.

Criterios de exclusión:

- 1.-Pacientes hipertensas que abandonen el protocolo de estudio por motivos personales, enfermedad y/o muerte.
- 2.-Pacientes que no acudan al 80% de las sesiones de la intervención psicoeducativa.

- **VARIABLES DE ESTUDIO**

Variable dependiente: Hipertensión Arterial Sistémica.

Variables independientes: Alcoholismo, Violencia de pareja, Red de apoyo social e Intervención Psicoeducativa.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Hipertensión Arterial Sistémica	Enfermedad crónicodegenerativa caracterizada por la elevación sostenida de las cifras de PA.	Elevación persistente de las cifras de presión arterial. Controlado $\leq 130/80$ mmHg y descontrolado $\geq 140/90$ mmHg.	Cualitativa	1.-Controlado 2.-Descontrolado
Alcoholismo	Enfermedad progresiva, crónica y degenerativa que consiste en un consumo excesivo de alcohol de forma que existe una dependencia física del mismo.	Dependencia física y psicológica hacia el alcohol.	Cualitativa	1.-Si toma alcohol 2.-No toma alcohol
Violencia de pareja	Es el acto intencional dirigido a lastimar a alguien más, se refiere al maltrato que ocurre entre los integrantes de la pareja.	El acto u omisión único o repetitivo cometido por una persona en contra de otro, puede ser psicológico, físico o sexual.	Cualitativa	1.-Psicologica 2.-Fisica 3.-Sexual
Red de Apoyo Social	Es el conjunto y la naturaleza de los contactos que establece un individuo con otras personas.	Indicador de integración en la estructura social, se mide con una escala tipo likert en nada, muy poco, poco, ni mucho ni poco y mucho.	Cualitativa	1.-Nada 2.-Muy poco 3.-Poco 4.-Ni mucho ni poco 5.-Mucho
Intervención Psicoeducativa	Es un conjunto heterogéneo de intervenciones que incluyen una serie de abordajes los cuales enseñan al afectado y su familia en qué consiste el trastorno o enfermedad, que características tiene y que se puede hacer para mejorarlo.	Modalidad de tratamiento que proporciona psicoeducación al paciente, realizando 11 sesiones de 2 horas cada una y dirigidas por psicoterapeutas.	Cualitativa	1.-Si se aplico 2.-No se aplico

DESCRIPCION OPERATIVA DEL ESTUDIO

Con aprobación del protocolo de investigación por los comités de investigación y ética del Instituto Mexicano del Seguro Social, comité local de Investigación en Salud 1602 del Hospital General Regional No. 1 del IMSS de Morelia, Michoacán., se procedió al muestreo y selección de las pacientes hipertensas de la UMF. No. 75. Se acudió a las salas de espera de dicha unidad donde se realizara la invitación abierta a las pacientes hipertensas para participar en el proyecto de investigación. Además se visito a los Médicos Familiares de la unidad en ambos turnos para informarles sobre el estudio y se les apoyo con trípticos informativos sobre éste, con el fin de que refirieran a las pacientes candidatas a este proyecto. A todas las pacientes se les informo ampliamente las fases del proyecto de investigación, los diferentes lugares a donde asistir, inconvenientes, compromiso a realizar y beneficios.

De las pacientes hipertensas que aceptaron participar en el proyecto de investigación y cumplieron con todos los criterios de selección, se obtuvo la firma del consentimiento informado y posteriormente se les aplico en las aulas de la U.M.F No.75 el instrumento ALVIRED previamente validado. Se creó una base de datos para poder identificar si existió correlación con el descontrol de la Hipertensión Arterial Sistémica y la presencia de factores psicosociales (alcoholismo, violencia de pareja y tipo de red de apoyo social recibido). Finalmente se diseño un modelo de intervención psicoeducativo que permitió el control óptimo de las cifras de presión arterial.

El protocolo de investigación está dividido en dos fases:

Primera Fase: consistió en la aplicación del instrumento ALVIRED previamente validado a 500 mujeres de 40 a 60 años de edad con Hipertensión Arterial Sistémica adscritas a la U.M.F No. 75 con UMAA de Morelia, Michoacán. En esta primera fase durante la aplicación del instrumento se les tomo la presión arterial a las pacientes para determinar si se encontraban controladas o descontroladas al momento de su aplicación.

Segunda fase: en esta etapa se identifico y se creó una base de datos con aquellas pacientes que presentaron los factores psicosociales (alcoholismo, violencia de pareja y una escasa o nula de red de apoyo social) que influyeron en el descontrol de la Hipertensión Arterial Sistémica. Una vez identificadas las pacientes, se selecciono de la base de datos una muestra de 20 pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica descontrolada, las cuales sacaron el más alto puntaje con respecto a la presencia de los factores psicosociales. Esta muestra de 20 pacientes se dividió en dos grupos, un grupo experimental conformado por 10 pacientes hipertensas descontroladas que recibieron la intervención psicoeducativa y un grupo control de 10 pacientes hipertensas descontroladas que únicamente recibieron atención médica de su padecimiento crónico.

Intervención Psicoeducativa

El diseño de la Intervención Psicoeducativa se realizo hasta la obtención de los datos de la primera fase, en base a los resultados y características obtenidas de las pacientes hipertensas. La intervención fue ajustada por los terapeutas a las necesidades concretas del grupo experimental como edad, número de participantes, nivel educativo, ocupación y a los resultados obtenidos en el instrumento ALVIRED. Desde la segunda sesión impartida se vio que las necesidades del grupo experimental eran más de tipo emocional que de tipo educativo, motivo por el cual se tuvo que rediseñar la intervención psicoeducativa y se opto por realizar en mayor medida una intervención grupal con enfoque terapéutico (ver anexo 6). Dicha intervención se fue modificando y adaptando sesión con sesión de acuerdo a las necesidades del grupo experimental y a los resultados que se iban obteniendo. La intervención consto de 11 sesiones, una sesión por semana, cada una de las sesiones se realizo los días miércoles de 11 a 13 horas en las aulas de la UMF No.75.

A cada una de las pacientes del grupo experimental y del grupo control se les tomo y registro su presión arterial en la hoja de recolección de datos, esta toma de PA se realizo 1 vez por semana durante 11 semanas. Se realizo una medición pre-intervención de la presión arterial para corroborar la homogeneidad de ambos grupos al inicio de la segunda fase.

Indicaciones para la toma de Presión Arterial

- 1.- La paciente deberá abstenerse de fumar, tomar productos que contengan cafeína y refrescos de cola, al menos 30 minutos antes de tomar la presión arterial.
2. Deberá estar sentada con un buen soporte para la espalda, su brazo descubierto y flexionado a la altura del corazón.
3. En caso de que exista la imposibilidad de que la paciente se siente, la medición podrá realizarse en posición supina, de pie y/o acostada si la situación lo permite.
4. La medición de la presión arterial se efectuará después de 5 minutos de reposo.
5. Preferentemente se utilizará esfigmomanómetro mercurial o en caso contrario uno aneroides recientemente calibrado.
6. Se utilizará un brazalete (manguito) de tamaño adecuado, para asegurar una medición precisa, ubicándose a la altura del corazón. La cámara de aire (globo) debe cubrir al menos el 3/4 partes de la longitud del brazo y al menos el 80% de la circunferencia del brazo; algunos adultos con gran masa muscular requerirán un manguillo de mayor tamaño.
7. Deberán registrarse los dos valores de la presión arterial (sistólica y diastólica), los cuales se obtienen desinflando lentamente el manguito del esfigmomanómetro y auscultando los ruidos de Korotkoff; la aparición del primer ruido de Korotkoff define la aparición de la presión sistólica y el último ruido se usa para definir la presión diastólica.⁴⁸

El registro de la presión arterial se llevo a cabo en la hoja de recolección de datos la cual incluyo:

1. Datos generales (nombre, edad, talla, peso, consultorio y turno).
2. Tiempo de evolución y tratamiento actual de la Hipertensión Arterial Sistémica.
3. Presencia de comorbilidades.
4. Medidas higiénico dietéticas

INSTRUMENTOS

1. Cuestionario Sociodemográfico

- **Datos Generales:**

Los datos principales que se pretenden obtener son nombre, edad, número de afiliación, ocupación, estado civil y escolaridad.

- **Historia de la hipertensión arterial:**

Además de interrogar tiempo de evolución de la hipertensión arterial, comorbilidades, hospitalizaciones previas, modificaciones en el tratamiento y estado de control o descontrol en los últimos 12 meses.

- **Estado de Salud de la mujer hipertensa:**

- 1.- Como considera actualmente su salud en general.
- 2.- Datos de ansiedad o depresión.
- 3.- Antecedentes Gineco-obstétricos.

- **Datos de la Familia de la mujer hipertensa:**

- 1.- Número de habitantes en el hogar.
- 2.- Tipo de relación familiar.
- 3.- Características de la vivienda.
- 4.- Datos de familiares que viven bajo el mismo techo.

2. Instrumento ALVIRED (AL: Alcoholismo, VI: Violencia, RED: Redes)

El **ALVIRED** es un instrumento elaborado expofeso, considerando los reactivos de la escala de INEGI: ENVIF-99, cuestionario MOS de apoyo social y la Encuesta de Mujeres usuarias de los Servicios de Salud 2006, el cual nos permitirá identificar las variables de alcoholismo, violencia de pareja y tipo de red de apoyo social recibido.

- **INEGI: ENVIF-99**

El instituto nacional de estadística, geografía e informática (INEGI) presentó la publicación Violencia intrafamiliar documento metodológico y resultados en el año de 1999 en la cual se estudian la relación de la violencia con las condiciones socioeconómicas, actos violentos y la percepción de la violencia dentro del hogares tal como el maltrato emocional, intimidación, abuso físico y abuso sexual.

Contenidos temáticos del ENFIV-99: características socioeconómicas, hogar de origen, hogar actual, maltrato emocional, intimidación, relaciones sexuales, abuso físico, abuso sexual, búsqueda de ayuda y percepción de la violencia en la familia.

- **CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL**

La escala de MOS de apoyo social consta de 20 reactivos, el reactivo número 1 hace referencia al tamaño de la red social y los 19 reactivos restantes están referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional y son:

1. Emocional/Informacional (reactivos 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19).
2. Instrumental (reactivos 2, 5, 12 y 15).
3. Interacción social positiva (reactivos 7, 11, 14 y 18).
4. Apoyo afectivo (reactivos 6, 10 y 20).

Dicha escala tiene opción de respuesta tipo Likert: nunca 1 punto; pocas veces 2 puntos; algunas veces 3 puntos; la mayoría de veces 4 puntos y siempre 5 puntos. Esta escala concibe al apoyo social como “Información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor”.

La prueba presenta un índice de confiabilidad de Alfa de Cronbach de 0.919 en el global, mientras que por dominio presenta la siguiente consistencia interna: apoyo emocional 0.876; apoyo afectivo 0.843 y apoyo Instrumental 0.802.

- **ENCUESTA DE MUJERES USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD 2006**

Es una encuesta de la secretaria de salud realizada en el año 2006 cuyo objeto de estudio es estimar la prevalencia de violencia familiar en mujeres que demandan atención de los servicios de salud de instituciones del sector público de primero y segundo nivel de atención de la secretaria de salud, del IMSS y del ISSSTE, caracterizando los principales factores que actúan como obstáculos o facilitadores en el proceso de búsqueda de salidas al problema de la violencia, entre ellos el alcoholismo en la mujer, del cual consideramos los reactivos del dominio correspondiente. Esta encuesta es una actualización del ENVIM 2003, la cual fue validada y se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.99.

ANALISIS ESTADISTICO

En el presente estudio se empleo estadística descriptiva de acuerdo al tipo de variables; para las variables cuantitativas continuas los resultados fueron reportados con promedio y desviación estándar y las variables discretas cualitativas fueron reportadas con su frecuencia y su respectivo porcentaje.

Los resultados fueron presentados con tablas de contingencia. El instrumento ALVIRED utilizado para la recolección de datos en la primera fase del estudio fue validado mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach.

La asociación de variables categóricas se efectuó con el estadístico de prueba no paramétrico Chi cuadrado y se analizaron por residuales tipificados.

Las diferencias en las medias fueron analizadas con la prueba t Student para muestras independientes.

Se considero significancia estadística a un valor de $P < 0.05$.

El procesamiento de los datos se llevo a cabo con el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS en su versión 21 para Windows.

CONSIDERACIONES ETICAS

Este proyecto de investigación se realizó con pleno cumplimiento de las exigencias normativas y éticas que se establecen para la investigación clínica en la Ley General de Salud en sus apartados título quinto, capítulo único, artículo 97, en materia de investigación y en la declaración de Helsinki con su última evaluación en la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008; este último es un importante documento en la historia de la investigación ética, ya que significa un esfuerzo de la comunidad médica para auto regularse y se basa en la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia, el respeto y la confidencialidad.

El protocolo de investigación se apega a los principios de respeto por las personas, beneficencia y justicia establecidos en el reporte de Belmont.

De acuerdo a la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de Investigación Científica para Ciencias de la Salud, este tipo de investigación está clasificada como: Investigación con riesgo mínimo “Sección de Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos (pag.424, Capítulo I, Artículo 17)”.

El protocolo en ninguno de sus procedimientos atenta contra la integridad física y moral de los pacientes que se involucren en él.

La práctica médica se llevará a cabo de acuerdo a los principios básicos del Código de Núremberg desde el término "experimentación humana". El principio básico es, el respeto por el individuo (Artículo 8), su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) (Artículos 20, 21 y 22) incluyendo la participación en la investigación.

El deber del investigador es solamente hacia el paciente (Artículos 2, 3 y 10) o el voluntario (Artículos 16 y 18), y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación (Artículo 6), el bienestar del sujeto debe ser siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad (Artículo 5), y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones (Artículo 9).

Se anexa carta de consentimiento informado (Anexo 2) del paciente para participación en estudios de investigación clínica de acuerdo al formato propuesto por la CIS (Clave 2810-009-014) con las modificaciones propias del protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio, en dicho documento se especifican los beneficios que recibirá el paciente.

El protocolo se ajusta a los principios científicos y éticos prescritos para realizar estudios de investigación en sujetos humanos, tomando en cuenta lo contenido en la Norma Oficial Mexicana. Por lo tanto, los datos personales de todos los individuos que participen en el estudio se manejarán con confidencialidad.

Número de registro ante el Comité de Ética e Investigación: R-2014-1602-11.

RESULTADOS

Primera Fase: la edad promedio del grupo de estudio fue de 52.89 ± 6.19 años. De estas 500 pacientes hipertensas, 374 (74.8%) se encontraban descontroladas al momento de la encuesta, mientras que únicamente 126 (25.2%) presento un control adecuado de su presión arterial. En la tabla I se muestran las condiciones sociodemográficas de las pacientes, la mayoría de ellas se encontraban casadas al momento de la aplicación del instrumento, tendiendo más de 20 años con el mismo estado civil. En su mayoría solo tenían la primaria como nivel básico de educación y casi todas se dedicaban al hogar.

Tabla I. Variables sociodemográficas de las pacientes hipertensas	
Variable	Frecuencia (%)
Estado Civil	
Casada	277 (55.4)
Soltera	39 (7.8)
Divorciada	18 (3.6)
Separada	36 (7.2)
Viuda	118 (23.6)
Unión libre	12 (2.4)
Tiempo de Estado Civil	
1-5 años	77 (15.4)
6-10 años	36 (7.2)
11-15 años	25 (5.0)
16-20 años	35 (7.0)
+ 20 años	327 (65.4)
Escolaridad	
Sin escolaridad	42 (8.4)
Primaria	206 (41.2)
Secundaria	100 (20.0)
Preparatoria	38 (7.6)
Carrera técnica	40 (8.0)
Licenciatura	73 (14.6)
Maestría	1 (0.2)
Ocupación	
Ama de casa	336 (67.2)
Obrera	3 (0.6)
Comerciante	30 (6.0)
Empleada	62 (12.4)
Profesionista	21 (4.2)
Oficio	13 (2.6)
Pensionada	25 (5.0)
Estudiante	4 (0.8)
Desempleada	6 (1.2)

SALUD FÍSICA Y SALUD EMOCIONAL

La tabla II y la tabla III muestran la percepción de la salud física y la salud emocional de las pacientes hipertensas del grupo de estudio. La mayoría de las pacientes considero que actualmente su salud en general es regular, al igual que el año pasado.

TABLA II. Descripción de las variables que identifican la salud física actual de las pacientes hipertensas	
Variable	Frecuencia (%)
SALUD FISICA	
Actualmente, ¿cómo considera su salud en general?	
Muy mala	27 (5.4)
Mala	90 (18.0)
Regular	257 (51.4)
Buena	112 (22.4)
Muy Buena	14 (2.8)
Excelente	-
En comparación con el año pasado, ¿cómo considera su salud en general?	
Muy mala	53 (10.6)
Mala	104 (20.8)
Regular	181 (36.2)
Buena	120 (24.0)
Muy Buena	40 (8.0)
Excelente	2 (0.4)
En el último mes, ¿conque frecuencia ha tomado medicamentos para ayudarse a dormir?	
Nunca	259 (51.8)
Una o dos veces a la semana	88 (17.6)
Tres o más veces a la semana	27(5.4)
Todos los días	126 (25.2)
En el último mes, ¿conque frecuencia ha tomado medicamentos para calmar el dolor?	
Nunca	150 (30.0)
Una o dos veces a la semana	178 (35.6)
Tres o más veces a la semana	61 (12.2)
Todos los días	111 (22.2)
En el último mes, ¿conque frecuencia ha tomado medicamentos para ayudarse a no sentirse triste o deprimido?	
Nunca	399 (79.8)
Una o dos veces a la semana	45 (9)
Tres o más veces a la semana	15 (3)
Todos los días	41 (8.2)

Tabla III. Descripción de las variables que identifican la salud emocional actual de las pacientes hipertensas

Variable	Frecuencia (%)
SALUD EMOCIONAL	
¿Conque frecuencia ha tenido dificultades para dormir?	
Nunca	102 (20.4)
Pocas veces	162 (32.4)
Varias veces	89 (17.8)
Casi siempre	79 (15.8)
Siempre	68 (13.6)
¿Conque frecuencia se ha sentido asustada o alarmada con facilidad?	
Nunca	125 (25.0)
Pocas veces	168 (33.6)
Varias veces	98 (19.6)
Casi siempre	68 (13.6)
Siempre	41 (8.2)
¿Conque frecuencia se ha sentido nerviosa, tensa, angustiada o ansiosa?	
Nunca	59 (11.8)
Pocas veces	166 (33.2)
Varias veces	133 (26.6)
Casi siempre	82 (16.4)
Siempre	60 (12.0)
¿Conque frecuencia se ha sentido triste o afligida?	
Nunca	83 (16.6)
Pocas veces	178 (35.6)
Varias veces	118 (23.6)
Casi siempre	72 (14.4)
Siempre	49 (9.8)
¿Conque frecuencia se ha sentido insatisfecha con sus actividades?	
Nunca	171 (34.2)
Pocas veces	140 (28.0)
Varias veces	91 (18.2)
Casi siempre	64 (12.8)
Siempre	34 (6.8)
¿Conque frecuencia se ha sentido cansada?	
Nunca	38 (7.6)
Pocas veces	121 (24.2)
Varias veces	128 (25.6)
Casi siempre	117 (23.4)
Siempre	96 (19.2)
¿Conque frecuencia ha dejado de asistir, no se puede concentrar o hacer bien su trabajo?	
Nunca	224 (44.8)
Pocas veces	162 (32.4)
Varias veces	52 (10.4)
Casi siempre	47 (9.4)
Siempre	15 (3.0)
¿Conque frecuencia se ha sentido que tiene problemas emocionales y que requieren atención o ayuda profesional?	
Nunca	230 (46.0)
Pocas veces	138 (27.6)
Varias veces	67 (13.4)
Casi siempre	30 (6.0)
Siempre	35 (7.0)

El rubro de salud emocional se sometió a análisis de fiabilidad mediante la aplicación del coeficiente de Alfa de Cronbach el cual reporto una significancia de $\alpha=0.804$, lo que significa que los resultados de este rubro se encuentran altamente confiables. Este Alfa de Cronbach se corroboró mediante el coeficiente de Spearman-Brown cuyo resultado fue de 0.823, por lo tanto, dado que son parecidos, la escala que valora la salud emocional es muy confiable y digna de ser reproducida.

El rubro de salud física también se sometió a análisis de fiabilidad mediante la aplicación del coeficiente de Alfa de Cronbach el cual reporto una significancia de $\alpha=0.415$, por lo cual los resultados de este rubro se encuentran correlacionados de manera moderadamente confiable o sustancial y son aceptables.

FAMILIA

El 10.6% de las pacientes que participaron en el estudio viven solas actualmente, el 21% de las pacientes viven con alguien más, el 60.4% manifestó que en su casa habitan de 3 a 6 personas y solo en el 8% habitan más de 6 personas por vivienda.

Al interrogarlas sobre el número de habitaciones que tiene su casa, en busca de hacinamiento, este se descarto, ya que el número de cuartos referidos son adecuados para el número de habitantes por hogar. El 3.6% tienen un solo cuarto, el 23.2% tienen 2 habitaciones, el 70.8% tienen de 3 a 6 cuartos y solo el 2.4% tienen más de 6 cuartos en su casa.

Cuando se les pidió su opinión sobre el tipo de relación que consideran que mantienen con sus familiares o las personas que viven en su casa, la mayoría considero su relación como unidos con el 42%, el 17.2% la considera muy unidos (fusionados), 17% fusionados pero conflictivos, 7.2% cree que su relación es pobre y conflictiva, el 6% restante manifestó que se encuentran apartados, separados y distantes.

El 10.6% no expreso nada ya que corresponde a la población que vive sola.

ALCOHOLISMO

La tabla IV muestra las variables para identificar la presencia de consumo de alcohol en las pacientes hipertensas, en la pareja y en su familia de origen. La mayoría de las parejas de las pacientes hipertensas si consumen alcohol.

Tabla IV. Identificación de las variables de Alcoholismo	
Variable	Frecuencia (%)
¿Usted consume bebidas alcohólicas?	
Si	124 (24.8)
No	376 (75.2)
¿Conque frecuencia toma usted alcohol?	
Tres o más veces por semana	2 (0.4)
Una o dos veces por semana	6 (1.2)
Una vez al mes	116 (23.2)
No ha tomado	376 (75.2)
¿Usted, ha tenido problemas con su pareja u otros familiares por tomar alcohol?	
Una o dos veces por semana	1 (0.2)
Una vez al mes	8 (1.6)
Nunca	115 (23.0)
No ha tomado	376 (75.2)
¿Su pareja toma bebidas alcohólicas?	
Si	264 (52.8)
No	236 (47.2)
¿Conque frecuencia su pareja toma alcohol?	
Todos los días	30 (6)
Tres o más veces por semana	25 (5)
Una o dos veces por semana	69 (13.8)
Una vez al mes	140 (28)
No ha tomado	236 (47.2)
¿Su pareja ha tenido problemas con usted u otros familiares por tomar alcohol?	
Todos los días	18 (3.6)
Tres o más veces por semana	16 (3.2)
Una o dos veces por semana	35 (7.0)
Una vez al mes	63 (12.6)
Nunca	132 (26.4)
No ha tomado	236 (47.2)
¿Algún otro miembro de la familia consume alcohol?	
Si	234 (46.8)
No	266 (53.2)

El rubro de alcoholismo se sometió de igual manera a un análisis de fiabilidad mediante la aplicación del coeficiente de Alfa de Cronbach el cual reporto una significancia de $\alpha=0.771$, lo que significa que los resultados de esta escala que valora la presencia de alcoholismo en la pareja de la paciente hipertensa, se encuentran correlacionados de manera altamente confiable y son muy aceptables.

VIOLENCIA

La Tabla V describe las variables para la identificación de violencia psicológica, física y sexual en las pacientes hipertensas del grupo de estudio.

Tabla V. Identificación de Violencia Psicología, Física y Sexual	
Variable	Frecuencia (%)
En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se han presentaron situaciones de maltrato emocional en su casa?	
Muchas veces	89 (17.8)
Pocas veces	188 (37.6)
No se han presentado	223 (44.6)
En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se han presentaron situaciones de intimidación en su casa?	
Muchas veces	30 (6.0)
Pocas veces	81 (16.2)
No se han presentado	389 (77.8)
En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se han presentaron situaciones de abuso físico en su casa?	
Muchas veces	13 (2.6)
Pocas veces	35 (7)
No se han presentado	452 (90.4)
En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se han presentaron situaciones de abuso sexual en su casa?	
Muchas veces	14 (2.8)
Pocas veces	27 (5.4)
No se han presentado	459 (91.8)

Violencia Psicológica

El 55.4% de las pacientes hipertensas han presentado algún tipo de maltrato emocional en el último año.

De este 55.4% que si presentaron maltrato emocional, el 37.6% lo han presentado pocas veces y el 18.8% muchas veces en el último año.

Las pacientes refirieron que en el último año cuando se han presentado conflictos o problemas en sus casas se hicieron cosas como: levantarle la voz 46.6%, enojarse fuertemente 42.4%, insultarla 31.6%, humillarla verbalmente 23.4%, dejarle de hablar 21.8%; el 10% o menos corresponde a negarle dinero 10.6%, impedirle salir 8.6%, impedirle ver la tele u oír la radio 2.6 % y negarle la comida el 2%.

La mayoría de los incidentes de maltrato emocional, el 33.4%, tenían 1 mes o menos de haberse presentado y el 22% tenían más de 2 meses que habían sucedido; en dichos incidentes de maltrato emocional el 25% ocurrió entre la paciente y su conyugue, el 6.8% entre la pacientes y sus hijos, el 2.2% entre ella, su conyugue y sus hijos y el 21.4% restante entre otros familiares o personas habitantes del hogar (los padres de la paciente o sus suegros).

Las personas más violentas que participaron en el conflicto fueron el conyugue con el 21.4%, ellas 9.6%, sus hijos 8.2% y en el 16.2% restante fueron otros familiares o personas.

Las víctimas del incidente en su mayoría fueron ellas con un 38.4%, el conyugue 3.2%, los hijos 2% y otros familiares o personas con un 11.8%; cuando se inicio el conflicto las personas más violentas estaban enojadas por otra causa 24.2%, borrachas 8.8%, enojadas por problemas económicos 8.4% y el 14% restante se encontraban violentas por combinación de otros motivos (cansadas, preocupadas y/o drogadas).

Con respecto a la intimidación el 22.2% de la población ha experimentado algún tipo de situación de intimidación en su casa en el último año y el 77.8% no ha presentado situaciones de este tipo.

De este 22.2% que si presentaron situaciones de intimidación, el 16.2% lo han presentado pocas veces y el 6% muchas veces en el último año.

Las pacientes refirieron que en el último año cuando se presentaron eventos de intimidación se hicieron cosas como: empujar 12%, amenaza verbal 12%, jalonear 11.4%, amenaza de golpe 8%, aventar objetos 7.2%, romper cosas 5.6%, amenaza de muerte 3%, maltratar mascotas 1.8% y amenazar con un arma 1%. El 9.2% de los eventos de intimidación tenían 1 mes o menos de haber sucedido y el 13% tenían más de 2 meses que se habían presentado.

En estos eventos de intimidación en su mayoría participaron ellas y su conyugue con el 10.6%, el 2.8% sucedió entre las pacientes y sus hijos, el 2% entre ella, su conyugue y sus hijos y el 6.8% restante sucedió entre otros familiares o personas habitantes del hogar.

Las personas más violentas que participaron cuando inicio el evento fueron el conyugue con el 12.2%, sus hijos 3.2%, ellas 1.6% y en el 5.2% restante otros familiares o personas; las víctimas del incidente en su mayoría fueron ellas con un 14.8%, ellas y sus hijos el 2.2%, sus hijos 1% y otros familiares o personas con un 4.2%; cuando se inicio el conflicto las personas más violentas estaban borrachas 8.2%, enojadas por otra causa 6.6%, enojadas por problemas económicos 3.6% y el 3.8% restante se encontraban violentas por combinación de otros motivos (cansadas, preocupadas y/o drogadas).

Violencia Física

El 9.6% de las pacientes hipertensas han experimentado algún tipo de situación de abuso físico en su casa en el último año. De este 9.6% que si presentaron situaciones de abuso físico, el 7% lo han presentado pocas veces y el 2.6% muchas veces en el último año.

Las pacientes refirieron que en los últimos 12 meses cuando se presentaron situaciones de abuso físico se hicieron cosas como: abofetear 6.4%, pegar 5.2%, patear 1.6%, pellizcar 1%, tratar de estrangular 0.8%, morder 0.4%, quemar 0.2% y herir con algún arma el 0.2%.

El 2.8% de los eventos de abuso físico tenían 1 mes o menos de haber sucedido y el 6.8% tenían más de 2 meses que se habían presentado.

En estas situaciones de abuso físico en su mayoría participaron ellas y su conyugue con el 5.4%, un 0.6% sucedió entre las pacientes y sus hijos, otro 0.6% sucedió entre ella, su conyugue y sus hijos y el 3% restante sucedió entre otros familiares o personas que también habitan sus casas. Las personas más violentas que participaron cuando inicio la situación de abuso físico fueron los conyugues con el 5.6%, ellas 1.2%, sus hijos 1% y el 1.8% otros familiares o personas.

Las víctimas del incidente en su mayoría fueron ellas con un 6.8%, ellas y sus hijos el 1%, sus hijos 0.8% y otros familiares o personas con un 1%; cuando se inicio la situación de abuso físico las personas más violentas estaban borrachas 4.2%, enojadas por otra causa 3.4%, cansadas y preocupadas 1% y el 1% restante se encontraban violentas por combinación de otros motivos (enojadas por problemas económicos o drogadas).

En consecuencia, por las situaciones de abuso físico la víctima tuvo daños leves en el 6.2%, no pudo hacer sus actividades 1%, requirió de atención medica 0.6% y requirió o presento otro tipo de situación en el 1.8% (se privo, se desmayo, requirió tratamiento médico o tratamiento psicológico).

Violencia Sexual

El 8.2% del total de la muestra si han sufrido algún tipo de abuso sexual en los últimos 12 meses y el 91.8% no ha presentado situaciones de este tipo.

De este 8.2% que si presentaron situaciones de abuso sexual, el 5.4% lo han presentado pocas veces y el 2.8% lo han presentado muchas veces en los últimos 12 meses.

Las pacientes refirieron que en el último año cuando se presentaron situaciones de abuso sexual se hicieron cosas como: presión verbal sexual 7%, obligarla a tener sexo a la fuerza 5.8%, obligarla a tener sexo cuando otros oyen 0.6%, obligarla a tener sexo con alguien más 0.2% y nadie refirió que la obligaran a tener sexo cuando otros ven.

El 4.2% de los eventos de abuso sexual tenían 1 mes o menos de haber sucedido y el 4% tenían más de 2 meses que se habían presentado.

En las situaciones de abuso sexual participaron las pacientes con su conyugue en el 8% de los casos y solo el 0.2% solo participo el conyugue.

Las personas más violentas que participaron cuando inicio la situación de abuso sexual fueron los conyugues con el 8.2%; las víctimas principales del incidente fueron ellas con un 8.2%; cuando se inicio la situación de abuso sexual las personas más violentas estaban borrachas 3.4%, enojadas por otra causa 3%, enojadas por problemas económicos 1.4% y el 0.4% se encontraban cansadas y/o preocupadas.

En consecuencia de estas situaciones de abuso sexual la víctima tuvo daños leves en el 2.6%, no pudo hacer sus actividades 4%, requirió de atención medica 0.2% y requirió o presento otro tipo de situación en el 1.4% (se privo, se desmayo, requirió tratamiento médico o tratamiento psicológico).

Finalmente 477 pacientes de la población en estudio experimento algún tipo de violencia física, psicológica o sexual en los últimos 12 meses y solo 23 pacientes no presentaron ningún tipo de violencia.

De estas 477 pacientes que si presentaron eventos de violencia en su hogar, la que con más frecuencia se presento fue la violencia psicológica presentándola 388 pacientes, después fue la violencia física que solo 48 pacientes la refirieron y finalmente la violencia sexual en solo 41 pacientes.

REDES DE APOYO SOCIAL

La Tabla VI describe las variables que evalúan las redes de apoyo social. En la mayoría de los casos, las pacientes no conviven con los amigos, se dedican muy poco tiempo o nada así mismas, no hacen ejercicio pero si trabajan mucho y no dedican nada a la diversión.

Tabla VI. Descripción de las variables que evalúan las Redes de Apoyo Social	
Variable	Frecuencia (%)
Convivir con la familia	
Nada	7 (1.4)
Muy poco	43 (8.6)
Poco	74 (14.8)
Ni mucho ni poco	158 (31.6)
Mucho	218 (43.6)
Convivir con los amigos	
Nada	166 (33.2)
Muy poco	133 (26.6)
Poco	71 (14.2)
Ni mucho ni poco	71 (14.2)
Mucho	59 (11.8)
Dedicarse a si mismo	
Nada	65 (13.0)
Muy poco	143 (28.6)
Poco	97 (19.4)
Ni mucho ni poco	110 (22.0)
Mucho	85 (17.0)
Hacer ejercicio	
Nada	179 (35.8)
Muy poco	108 (21.6)
Poco	81 (16.2)
Ni mucho ni poco	93 (18.6)
Mucho	39 (7.8)
Al trabajo	
Nada	26 (5.2)
Muy poco	19 (3.8)
Poco	34 (6.8)
Ni mucho ni poco	92 (18.4)
Mucho	329 (65.8)
A la diversión	
Nada	117 (23.4)
Muy poco	126 (25.2)
Poco	88 (17.6)
Ni mucho ni poco	103 (20.6)
Mucho	66 (13.2)

El rubro de redes de apoyo social se sometió a análisis de fiabilidad mediante la aplicación del coeficiente de Alfa de Cronbach el cual reporto una significancia de $\alpha=0.643$, lo que significa que los resultados de este rubro se encuentran correlacionados de manera altamente confiable y son muy aceptables. Este Alfa de Cronbach también se corroboró mediante el coeficiente de Spearman-Brown cuyo resultado fue de 0.649, por lo tanto, la escala que valora las redes sociales también es confiable y digna de ser reproducida.

En la tabla VII se describe la asociación entre la presencia de alcoholismo en la pareja de la paciente hipertensa y su nivel de afección en la salud emocional de las mismas, esto es mediante un residual corregido tipificado que permite jerarquizar el orden de importancia de las variables asociadas en las tablas de contingencia.

Tabla VII. Influencia del Alcoholismo de la pareja en la Salud Emocional de las pacientes hipertensas									
			Nivel de afección de la Salud emocional					Total	Sig.
			Nunca	Pocas veces	Varias veces	Casi siempre	Siempre		
Frecuencia con la que la pareja toma alcohol	Todos los días	Recuento	5	9	10	3	3	30	.049*
		% del total	1.0%	1.8%	2.0%	0.6%	0.6%	6.0%	
		Residuos corregidos	-.5	-1.4	.8	.2	3.5		
	3 o más veces por semana	Recuento	2	11	7	5	0	25	
		% del total	0.4%	2.2%	1.4%	1.0%	0.0%	5.0%	
		Residuos corregidos	-1.6	.2	.1	2.0	-.7		
	1 o 2 veces por semana	Recuento	11	30	20	7	1	69	
		% del total	2.2%	6.0%	4.0%	1.4%	0.2%	13.8%	
		Residuos corregidos	-1.0	.3	.4	.4	-.2		
	Ocasionalmente	Recuento	32	66	32	7	3	140	
		% del total	6.4%	13.2%	6.4%	1.4%	0.6%	28.0%	
		Residuos corregidos	.9	1.5	-1.3	-1.9	.4		
	Nunca toma Alcohol	Recuento	52	94	66	22	2	236	
		% del total	10.4%	18.8%	13.2%	4.4%	0.4%	47.2%	
		Residuos corregidos	.9	-.9	.5	.4	-1.5		
Total		Recuento	102	210	135	44	9	500	
		% del total	20.4%	42.0%	27.0%	8.8%	1.8%	100.0%	

*Cifra estadísticamente significativa ($X^2=P< 0.05$)

En la tabla VII se observa que si la pareja toma alcohol todos los días, esto se asocia en mayor frecuencia a que "siempre" se afecte la salud emocional de las pacientes hipertensas. Si nunca toma alcohol o toma ocasionalmente, "nunca" o "pocas veces" se verá afectada en mayor medida su salud emocional. La asociación de alcoholismo en la pareja con la salud emocional de las pacientes hipertensas tuvo una significancia estadística de $P=0.049$.

La tabla VIII muestra la asociación que existe entre el nivel recibido de las Redes de Apoyo Social y su afección en la salud emocional de las pacientes hipertensas, esta asociación se estableció con el uso de residuales corregidos tipificados.

En la tabla se observa que si las pacientes tienen muy poca red de apoyo social, esto se asocia en mayor frecuencia a que "varias veces" se afecte su salud emocional; si su red de apoyo social es ni mucha ni poca, el nivel de afección "nunca" se presentara en mayor frecuencia; si no tienen nada de apoyo social en la mayoría de los casos "casi siempre" se verá afectada su salud emocional y si tiene mucho apoyo social, el nivel de afección "nunca" se presentara en mayor frecuencia en las pacientes hipertensas.

La asociación entre la red de apoyo social recibida con la salud emocional de las pacientes hipertensas tiene una significancia estadística de $P < 0.001$.

Tabla VIII. Influencia de las Redes de Apoyo Social en la Salud Emocional de las pacientes hipertensas									
			Nivel de afección de la Salud Emocional					Total	Sig.
			Nunca	Pocas veces	Varias veces	Casi siempre	Siempre		
Nivel de Apoyo Social	Nada	Recuento	2	1	3	3	0	9	.000*
		% del total	0.4%	0.2%	0.6%	0.6%	0.0%	1.8%	
		Residuos corregidos	.1	-1.9	.4	2.6	-.4		
	Muy poco	Recuento	12	31	49	14	3	109	
		% del total	2.4%	6.2%	9.8%	2.8%	0.6%	21.8%	
		Residuos corregidos	-2.8	-3.2	4.8	1.7	.8		
	Poco	Recuento	29	82	53	20	5	189	
		% del total	5.8%	16.4%	10.6%	4.0%	1.0%	37.8%	
		Residuos corregidos	-2.2	.5	.4	1.1	1.1		
	Ni mucho ni poco	Recuento	43	75	24	5	0	147	
		% del total	8.6%	15.0%	4.8%	1.0%	0.0%	29.4%	
		Residuos corregidos	3.2	2.6	-3.5	-2.7	-2.0		
	Mucho	Recuento	16	21	6	2	1	46	
		% del total	3.2%	4.2%	1.2%	0.4%	0.2%	9.2%	
		Residuos corregidos	2.5	.5	-2.2	-1.1	.2		
Total		Recuento	102	210	135	44	9	500	
		% del total	20.4%	42.0%	27.0%	8.8%	1.8%	100.0%	

*Cifra estadísticamente significativa ($X^2 = P < 0.05$)

La violencia psicológica fue el principal tipo de violencia que se presentó en la población de pacientes hipertensas y la que mayor significancia estadística tuvo con la salud emocional de las pacientes.

En la tabla IX se muestra la asociación entre la violencia psicológica y su nivel de afección en la salud emocional de las pacientes hipertensas, esta asociación se establece con el uso de residuales corregidos tipificados. Si a las pacientes no se les levanta la voz, el nivel de afección "nunca" se presentara en la mayoría de los casos y si a las pacientes no se les insulta, el nivel de afección "nunca" se presentara en mayor medida.

Tabla IX. Influencia de la Violencia Psicológica en la Salud Emocional de las pacientes hipertensas									
			Nivel de afección de la Salud Emocional					Total	Sig.
			Nunca	Pocas veces	Varias veces	Casi siempre	Siempre		
En los últimos 12 meses le han levantado la voz	No	Recuento	75	107	64	19	2	.000*	
		% del total	15.0%	21.4%	12.8%	3.8%	0.4%		53.4%
		Residuos corregidos	4.6	-.9	-1.6	-1.4	-1.9		
	Si	Recuento	27	103	71	25	7		233
		% del total	5.4%	20.6%	14.2%	5.0%	1.4%		46.6%
		Residuos corregidos	-4.6	.9	1.6	1.4	1.9		
Total		Recuento	102	210	135	44	9	500	
		% del total	20.4%	42.0%	27.0%	8.8%	1.8%	100.0%	
En los últimos 12 meses la han Insultado	No	Recuento	78	150	84	26	4	.033*	
		% del total	15.6%	30.0%	16.8%	5.2%	0.8%		68.4%
		Residuos corregidos	2.0	1.2	-1.8	-1.4	-1.6		
	Si	Recuento	24	60	51	18	5		158
		% del total	4.8%	12.0%	10.2%	3.6%	1.0%		31.6%
		Residuos corregidos	-2.0	-1.2	1.8	1.4	1.6		
Total		Recuento	102	210	135	44	9	500	
		% del total	20.4%	42.0%	27.0%	8.8%	1.8%	100.0%	
En los últimos 12 meses la han humillado verbalmente	No	Recuento	87	165	96	31	4	.011*	
		% del total	17.4%	33.0%	19.2%	6.2%	0.8%		76.6%
		Residuos corregidos	2.3	.9	-1.8	-1.0	-2.3		
	Si	Recuento	15	45	39	13	5		117
		% del total	3.0%	9.0%	7.8%	2.6%	1.0%		23.4%
		Residuos corregidos	-2.3	-.9	1.8	1.0	2.3		
Total		Recuento	102	210	135	44	9	500	
		% del total	20.4%	42.0%	27.0%	8.8%	1.8%	100.0%	
En los últimos 12 meses se han enojado fuertemente	No	Recuento	76	117	66	24	5	.002*	
		% del total	15.2%	23.4%	13.2%	4.8%	1.0%		57.6%
		Residuos corregidos	3.9	-.7	-2.4	-.4	-.1		
	Si	Recuento	26	93	69	20	4		212
		% del total	5.2%	18.6%	13.8%	4.0%	0.8%		42.4%
		Residuos corregidos	-3.9	.7	2.4	.4	.1		
Total		Recuento	102	210	135	44	9	500	
		% del total	20.4%	42.0%	27.0%	8.8%	1.8%	100.0%	

*Cifra estadísticamente significativa ($X^2=P< 0.05$)

En la tabla X se presenta la asociación entre la salud emocional y su nivel de afección en la salud física de las pacientes hipertensas, esta asociación se establece con el uso de un residual corregido tipificado que permite jerarquizar el orden de importancia de las variables asociadas en las tablas de contingencia.

Si la salud emocional de las pacientes hipertensas nunca o pocas veces se ve afectada, su presión arterial se mantendrá controlada en la mayoría de los casos; pero si la salud emocional de las pacientes casi siempre o varias veces se ve afectada, su presión arterial se mantendrá descontrolada en el mayor porcentaje.

La asociación entre la salud emocional con la salud física o estado de salud actual de las pacientes hipertensas tiene significancia estadística de $P < 0.001$.

Tabla X. Influencia de la Salud Emocional en la Salud Física de las pacientes hipertensas									
			Nivel de afección de la Salud Emocional					Total	Sig.
			Nunca	Pocas veces	Varias veces	Casi siempre	Siempre		
Salud Física	Controlado	Recuento	37	65	21	2	1	126	.000*
		% del total	7.4%	13.0%	4.2%	0.4%	0.2%	25.2%	
		Residuos corregidos	2.9	2.5	-3.0	-3.3	-1.0		
	Descontrolado	Recuento	65	145	114	42	8	374	
		% del total	13.0%	29.0%	22.8%	8.4%	1.6%	74.8%	
		Residuos corregidos	-2.9	-2.5	3.0	3.3	1.0		
Total		Recuento	102	210	135	44	9	500	
		% del total	20.4%	42.0%	27.0%	8.8%	1.8%	100.0%	

*Cifra estadísticamente significativa ($X^2=P < 0.05$)

Segunda Fase

Mediante *t* de *student* se analizaron las variables sociodemográficas, antropométricas y las presiones arteriales por grupo de estudio. El grupo control estuvo conformado por las pacientes que no recibieron la intervención y el grupo experimental estuvo constituido por las pacientes que si recibieron la intervención.

Fueron 10 pacientes por grupo, con un total de 11 semanas de seguimiento. Por medio de la *t* de *student* se vio que las variables sociodemográficas y antropométricas se distribuyeron de forma homogénea en ambos grupos.

En la tabla XI se describen las variables sociodemográficas y antropométricas antes de iniciar la intervención, se observa que no existieron diferencias significativas en la edad, peso, IMC, tiempo de evolución con HAS y numero de hipertensivos consumidos actualmente por las pacientes hipertensas, lo cual indica la presencia de características homogéneas en la muestra estudiada.

Tabla XI. Variables sociodemográficas y antropométricas por grupo				
Variable	Control n=10 $\bar{X} \pm E.E$	Experimental n=10 $\bar{X} \pm E.E$	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
Edad	54.50 ± 0.9	51.90 ± 2.9	.835	.415
Peso	72.45 ± 2.0	74.79 ± 5.5	-.398	.695
Talla	1.53 ± 0.0	1.60 ± 0.0	-2.902	.010*
IMC	30.72 ± 0.5	28.88 ± 1.8	.938	.361
Tiempo con HAS	9.60 ± 2.7	7.30 ± 2.4	.621	.542
No. de antihipertensivos	2.00 ± 0.2	1.8 ± 0.2	.612	.548

* Cifra estadísticamente significativa ($t < P < 0.05$); $\bar{X} \pm E.E$ = media ± Error Estándar

En la tabla XII se hace una comparación antropométrica pre-intervención y post-intervención de los dos grupos, se observa que no existió diferencia significativa del peso y el IMC post-intervención.

Tabla. XII Comparación antropométrica por grupo pre y post-intervención					
Variable	Grupo	Pre Intervención n=10 $\bar{X} \pm E.E$	Sig.	Post Intervención n=10 $\bar{X} \pm E.E$	Sig.
Peso	Control	72.45 ± 2.0	.695	72.95 ± 2.0	.967
	Experimental	74.79 ± 5.5		73.19 ± 5.4	
IMC	Control	30.72 ± 0.5	.361	30.95 ± 0.6	.194
	Experimental	28.88 ± 1.8		28.30 ± 1.8	

* Cifra estadísticamente significativa ($t=P<0.05$); $\bar{X} \pm E.E$ = media ± Error Estándar

Las pacientes de los 2 grupos de estudio tenían su presión arterial descontrolada al inicio de la intervención, sus cifras de PAS y PAD fueron similares por lo que iniciaron de forma equitativa el seguimiento. En las tablas XIII y XIV se puede apreciar la simetría expresada en las medidas de tendencia central, ya que se observar que la PAS y la PAD fue similar al inicio de la intervención en los dos grupos, según la media y la desviación estándar, esto fue corroborado por la prueba *t* de student, lo que permitiría aceptar que los dos grupos eran homogéneos en la PAS y la PAD antes de iniciar la intervención.

En la tabla XIII se observa la presión arterial sistólica por grupo que se mantuvo a lo largo de las 11 semanas en las cuales se les llevo su seguimiento. Se hace la comparación de la presión arterial sistólica de las pacientes que no recibieron la intervención (grupo control) y las pacientes que si recibieron la intervención (grupo experimental). En el grupo experimental se observa que la media de PAS mejoro significativamente a partir de la quinta semana y fue mejorando con el paso de las sesiones. Se aprecia en la media del grupo experimental que este presento un control optimo de sus cifras de presión arterial sistólica en las semanas 7,8,9,10 y 11, a diferencia del grupo control que nunca llevo a un control optimo de sus cifras de PAS. La diferencia entre grupos fue altamente significativa en sus medias de PAS para las semanas 8,9,10 y 11.

Tabla XIII. Presión Arterial Sistólica por Grupo				
Periodo de tiempo	Control n=10 $\bar{X} \pm E.E$	Experimental n=10 $\bar{X} \pm E.E$	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
Semana 1	143.50 ± 1.5	143.00 ± 2.1	.192	.850
Semana 2	139.50 ± 2.4	141.00 ± 1.0	-.575	.572
Semana 3	140.50 ± 0.8	135.00 ± 2.6	1.941	.068
Semana 4	125.00 ± 2.6	124.00 ± 3.0	.246	.809
Semana 5	131.50 ± 3.6	121.00 ± 2.3	2.421	.026*
Semana 6	130.00 ± 3.3	124.00 ± 2.2	1.500	.151
Semana 7	126.00 ± 3.0	119.00 ± 1.7	1.976	.060
Semana 8	130.00 ± 2.4	111.00 ± 1.0	7.125	.000*
Semana 9	137.00 ± 3.3	111.00 ± 1.0	7.437	.000*
Semana 10	128.00 ± 3.2	111.00 ± 1.0	4.977	.000*
Semana 11	131.50 ± 2.6	111.00 ± 1.0	7.137	.000*

* Cifra estadísticamente significativa ($t=P<0.05$); $\bar{X} \pm E.E$ = media ± Error Estándar

En la tabla XIV se muestra la presión arterial diastólica por grupo que se mantuvo a lo largo de las 11 semanas en las cuales se les llevo su seguimiento. Se compara la presión arterial diastólica de las pacientes que no recibieron la intervención (grupo control) y las pacientes que si recibieron la intervención (grupo experimental).

La media de PAD en el grupo experimental mejoro a partir de la cuarta semana y fue disminuyendo aun mas con el paso de las sesiones. Se observa en la media del grupo experimental que este presento un control optimo de sus cifras de presión arterial diastólica a partir de la semana 8,9,10 y 11, a diferencia del grupo control que nunca llego a un control optimo de sus cifras de PAD. La diferencia entre ambos grupos fue significativa en sus medias de PAD en las semanas 3,4,6,7,8,9,10 y 11.

Tabla XIV. Presión Arterial Diastólica por Grupo				
Periodo de tiempo	Control n=10 $\bar{X} \pm E.E$	Experimental n=10 $\bar{X} \pm E.E$	t	Sig.
Semana 1	92.00 ± 1.1	92.50 ± 1.3	-0.287	.777
Semana 2	89.50 ± 1.1	91.50 ± 1.0	-1.265	.222
Semana 3	89.50 ± 0.5	85.50 ± 1.5	2.424	.026*
Semana 4	82.50 ± 1.7	74.00 ± 2.2	3.042	.007*
Semana 5	83.00 ± 2.9	79.00 ± 1.7	1.171	.257
Semana 6	85.00 ± 1.6	78.00 ± 2.0	2.689	.015*
Semana 7	83.00 ± 1.5	74.00 ± 1.6	4.025	.001*
Semana 8	82.50 ± 1.3	70.00 ± 0.0	9.303	.000*
Semana 9	89.00 ± 2.3	70.00 ± 0.0	8.143	.000*
Semana 10	82.00 ± 2.0	70.00 ± 0.0	6.000	.000*
Semana 11	85.50 ± 1.5	70.00 ± 0.0	9.858	.000*

* Cifra estadísticamente significativa ($t=P<0.05$); $\bar{X} \pm E.E$ = media ± Error Estándar

En las figuras 1 y 2 se hace un comparativo de los valores promedio de la PAS y la PAD de ambos grupos. Esta comparación se hace en la longitud del tiempo para observar el desenlace de los dos grupos, comparando su PAS y su PAD durante las 11 semanas que se les llevo su seguimiento.

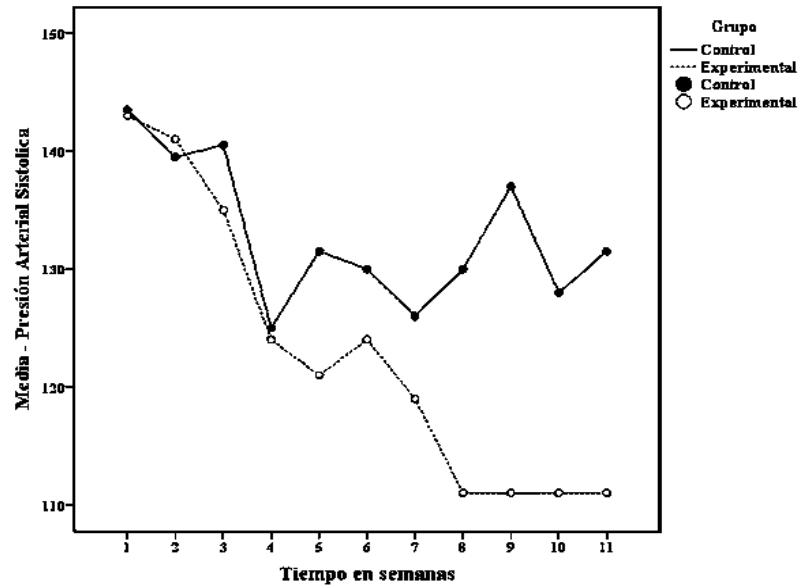


Figura 1. Valores promedio de PAS por grupo de estudio en la longitud del tiempo.

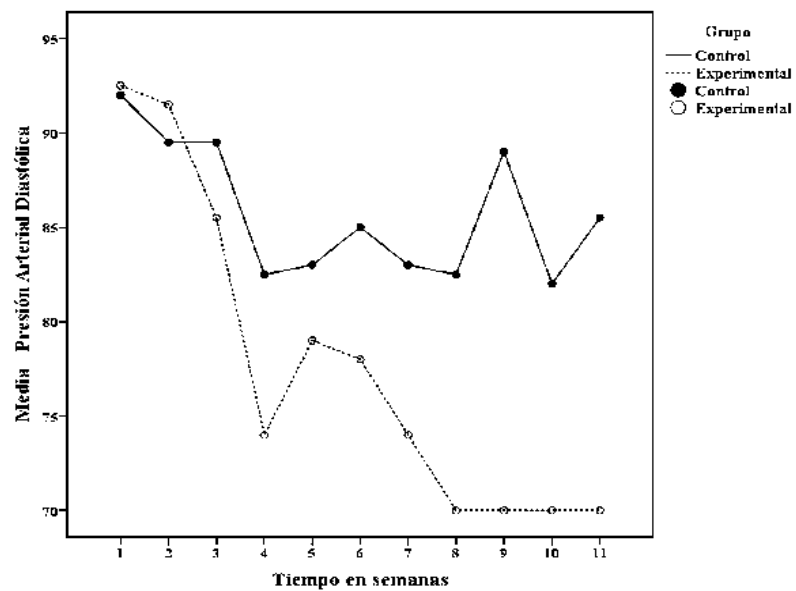


Figura 2. Valores promedio de PAD por grupo de estudio en la longitud del tiempo.

DISCUSIÓN

Durante los últimos años, las enfermedades cardiovasculares se han convertido en la primera causa de muerte a nivel mundial. Dentro de los trastornos cardiovasculares, la hipertensión arterial cobra una especial importancia, por ser en sí mismo, uno de los factores de riesgo más importantes en las enfermedades cardiovasculares y por su alta incidencia entre la población.⁴⁹

Diversos estudios realizados en el campo de la génesis de la hipertensión arterial han permitido identificar un conjunto de variables denominadas "factores de riesgo", relacionadas con la mayor incidencia de este padecimiento. Estos factores de riesgo son la edad, raza, historia familiar de hipertensión, hipercolesterolemia, dieta rica en sal, sedentarismo, sobrepeso y obesidad, ingesta de alcohol, consumo de tabaco, la inactividad física, DM2, etc. Sin embargo, hoy se sabe que la mejor combinación de todos estos factores de riesgo, deja sin explicar, aproximadamente, la mitad de los casos de morbimortalidad por hipertensión arterial. Existen claras indicaciones de que los factores psicológicos como la ansiedad, el estrés, la ira, etc., desempeñan un importante papel en el desarrollo y mantenimiento de la hipertensión, sea directamente por efectos sobre el sistema cardiovascular o indirectamente por su influencia en los factores conductuales como el exceso de peso, uso excesivo de sal o de alcohol, falta de ejercicio físico, etc. (Donker, 1991).

Tradicionalmente, la hipertensión ha sido tratada desde una perspectiva médica, con terapia farmacológica, que suele acompañarse con una serie de medidas higiénico-dietéticas. Actualmente, existe un creciente auge en la investigación que trata de establecer la posibilidad de modificar los distintos factores de riesgo, mediante técnicas de intervención psicoeducativa. Estas investigaciones demuestran que la combinación de psicología y educación puede ser utilizada como instrumento eficaz para modificar los distintos factores de riesgo. Puede, en primer lugar, aportar un eficaz apoyo para abordar estos problemas, diseñando intervenciones conductuales que ayuden al paciente a superar las dificultades prácticas que entrañan, tanto la observancia del tratamiento farmacológico, como el resto de

las indicaciones. En segundo lugar, intervenir en aquellas variables de índole psicológico relacionadas con el desarrollo y mantenimiento de la hipertensión (Lefebvre, 1987).

Debido a que las enfermedades crónicas pueden ser progresivas y a que los avances en el diagnóstico y en el tratamiento se traducen en una mayor supervivencia, la atención de la enfermedad debería incluir, además del tratamiento físico, intervenciones psicoeducativas con el objetivo de reforzar la autoeficacia de los pacientes y de esa manera incrementar su calidad de vida. Los objetivos de las intervenciones psicoeducativas en el proceso de enfermedad, son ayudar a los pacientes a que utilicen sus defensas adaptativas para enfrentarse adecuadamente con los sentimientos, generalmente negativos, que acompañan a la enfermedad; proporcionar información al paciente sobre la enfermedad; promover cambios de actitud y conducta, y la eliminación de concepciones erróneas sobre la patología.⁵⁰⁻⁵¹

En este estudio realizado se encontró que la aplicación de una intervención psicoeducativa resultó ser altamente efectiva para mejorar el control óptimo de las cifras de presión arterial en pacientes con hipertensión arterial descontrolada, en las cuales se encontraron factores psicosociales asociados a su descontrol. Se observó que en el grupo experimental disminuyó significativamente la PAS ($P < 0.001$) y la PAD ($P < 0.001$), a diferencia del grupo control que nunca presentó un control de sus cifras de presión arterial. En nuestro estudio el 100% de la población del grupo experimental logró niveles controlados de PAS y PAD después de la intervención, logrando una reducción de 32 mmHg en la PAS y 22.5 mmHg en la PAD. Esto último resulta muy importante teniendo en cuenta que la OMS en el 2004 estimó que una disminución de 2 mmHg en la presión arterial produce una reducción del 6% en la mortalidad anual por accidentes cerebrovasculares, 4% para enfermedad cardiovascular y 3% para todas las causas asociadas.

Al igual que en el estudio de Arrivillaga y colaboradores en el 2006, que lleva por título ¿Puede una intervención biopsicosocial reducir los niveles de presión arterial?. Ellos tuvieron como objetivo determinar la efectividad de un programa de intervención biopsicosocial para reducir los niveles de presión arterial. En el estudio participaron 94

pacientes que se dividieron en grupo experimental y grupo control, medidos en un lapso de 18 semanas. Se observó que en el grupo experimental disminuyó significativamente la PAS ($P=0.031$; n.c.95%,0.465-9.125), mientras que la PAD no mostró diferencias estadísticamente significativas una vez aplicada la intervención biopsicosocial. En este estudio el 90.9% de los pacientes del grupo experimental lograron niveles controlados de la PAS y el 88.6% de la PAD y se logró una reducción de 4.93 mmHg en la PAS y una reducción muy leve de la PAD de tan solo 0.65 mmHg. Resultados muy diferentes a los obtenidos en nuestro estudio donde el 100% de la población logró controlar sus niveles de PAS y de PAD presentando en promedio una reducción en la PAS de 3.22 mmHg y en la PAD de 4.38 mmHg.

En otro estudio realizado por Riveros y colaboradores en el 2005, el cual lleva por título "Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales". Ellos tuvieron una muestra de 17 pacientes con HAS y la intervención se llevó a cabo en modalidad individual en consultas semanales de una hora de duración, a lo largo de un promedio de 16 sesiones. En sus resultados los cambios en presión sanguínea fueron más benéficos en la presión sistólica, mostraron reducción en sus valores 9 pacientes, 4 no mostraron cambio y 4 mostraron algún aumento. La significancia de los cambios se analizó por prueba *t* para grupos apareados y Wilcoxon, sin valores significativos, en sentido estadístico, en presión sistólica ($P=0.31$ en *t* y $P=0.23$ en Wilcoxon), diastólica ($P=0.36$ en *t* y $P=0.33$ en Wilcoxon).

Tobal y colaboradores en 1994, en su trabajo "Emociones e hipertensión: Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos." Tuvieron como objetivo principal conseguir la reducción y control de la presión sanguínea arterial, por medio de la manipulación de aquellas variables más directamente implicadas en la posible génesis y mantenimiento de este trastorno: ansiedad, ira, estrategias de solución de problemas y estilo de vida. El programa tuvo una duración total de 6 meses, estructurándose en un total de 18 sesiones de periodicidad semanal. La muestra total estuvo formada por 25 sujetos, de los

cuales 18 eran mujeres y 7 varones con edades comprendidas entre los 22 y los 63 años. Todos los sujetos estaban diagnosticados con hipertensión y se encontraban en tratamiento farmacológico. En cuanto a los cambios en las medidas de presión arterial se encontraron importantes descensos tanto en la presión sistólica como en la diastólica, estas diferencias son estadísticamente significativas ($P < 0.001$), la PAS fue de 151 a 132 mmHg y la PAD fue de 94 a 81 mmHg. A diferencia de nuestro estudio donde la PAS fue de 143 mmHg a 111 mmHg y la PAD fue de 92.5 mmHg a 70 mmHg.

Los cambios obtenidos en nuestro estudio además de una alta significancia estadística poseen una gran significancia clínica, ya que los descensos conseguidos en la presión arterial han dado lugar a que las pacientes hipertensas se sitúen en valores óptimos de presión arterial. Nuestro estudio respalda la evidencia que demuestra que las intervenciones psicoeducativas tienen efectos significativos en la reducción de los niveles de hipertensión arterial, por tal motivo es muy importante continuar con esta línea de investigación.

Sin embargo, este estudio no está exento de ciertas limitaciones ya que no podemos descartar que pueda existir un sesgo o una variable que no hayamos podido controlar y que pudiera estar relacionada con la posibilidad de éxito de un programa de este tipo. Una de las variables que no se valoró en este estudio y que consideramos relevante, fue la combinación de la intervención psicoeducativa con el tratamiento farmacológico.

Otra de las limitaciones, fue que en este estudio solo se incluyeron pacientes del sexo femenino, en este sentido, se sugieren nuevos estudios sobre hipertensión arterial en hombres. Además en este estudio no se valoraron los efectos a largo plazo de la intervención psicoeducativa aplicada, por lo que este aspecto se considerará en futuras investigaciones.

CONCLUSIÓN

1. La intervención psicoeducativa utilizada en este estudio demostró ser altamente efectiva para mejorar el control óptimo de las cifras de presión arterial en pacientes con hipertensión arterial sistémica descontrolada.

2.- La población de estudio se caracterizó por presentar un descontrol de su hipertensión arterial, el 74.8% de las pacientes se encontraban descontroladas al momento de la aplicación del instrumento y solo el 25.2% se encontraban controladas en la primera fase del estudio.

3.- Se comprobó la presencia de consumo de alcohol en la pareja de la paciente hipertensa, el 52.8% de las parejas consumen alcohol de forma regular y el 26.4% de los casos han tenido problemas con ellas u otros familiares al consumir alcohol. Solo el 24.8% de las pacientes aceptaron consumir alcohol de forma esporádica y respecto a la familia de origen el 46.8% si consume alcohol.

4.- Con respecto a la violencia, el 95.4% de la población en estudio experimentó algún tipo de violencia física, psicológica o sexual en los últimos 12 meses y solo el 4.6% no presentaron ningún tipo de violencia. De este 95.4% que si presentaron eventos de violencia en su hogar, la que con más frecuencia se presentó fue la violencia psicológica, presentándola el 77.6% de la población, después fue la violencia física que solo el 9.6% la refirieron y finalmente la violencia sexual en solo el 8.2% de la población.

5.- En la mayoría de los casos, las pacientes no conviven con los amigos, se dedican muy poco tiempo o nada así mismas, no practican ejercicio pero si trabajan mucho y no dedican nada a la diversión. La mayoría aceptó convivir mucho con la familia.

6.- Los factores psicosociales afectaron significativamente la salud emocional de las pacientes hipertensas, lo que conllevó a la afectación de su salud física manifestándose en su descontrol hipertensivo. Si existió correlación entre el descontrol hipertensivo de las pacientes y la presencia de ciertos factores psicosociales en el último año.

7.-Los principales factores psicosociales encontrados y que se asociaron en mayor medida al descontrol hipertensivo fueron en orden de frecuencia: una escasa o nula red de apoyo social, la existencia de violencia psicológica hacia la paciente hipertensa y la presencia de alcoholismo en la pareja de la paciente hipertensa.

8.-Al final de la intervención psicoeducativa si existieron diferencias altamente significativas en las cifras de PAS y PAD del grupo control y del grupo experimental. El grupo control nunca llego a un control optimo de sus cifras de presión arterial, mientras que el grupo experimental, en las ultimas 4 sesiones mantuvo cifras optimas de PA de 110/70 mmHg.

9.-Durante el cierre de la intervención se resaltaron los logros terapéuticos obtenidos por las pacientes, reforzando los comportamientos aprendidos y la importancia de su mantenimiento a lo largo del tiempo para favorecer los niveles óptimos de su presión arterial.

PERSPECTIVAS

1.-Se debe involucrar y capacitar más al médico familiar para que este sea capaz de identificar problemas en la salud emocional de los pacientes con enfermedades cronicodegenerativas, y como este puede intervenir de forma positiva.

2.-Involucrar en mayor medida a los servicios de psicología y de trabajo social en grupos de pacientes crónicodegenerativos.

3.- A los directivos de la unidad y el departamento clínico, para que incluyan programas de psicoeducación, con personal capacitado, los cuales sean capaces de otorgar atención integral a la población derechohabiente con enfermedades cronicodegenerativas.

4.-Se debe continuar con esta línea de investigación para poder demostrar el impacto benéfico que tienen las intervenciones psicoeducativas sobre las enfermedades crónicodegenerativas.

5.- Finalmente es importante recalcar que en la investigación se necesitan cada vez más las aplicaciones de este tipo de programas en el ámbito de la salud, hasta lograr que esta intervención se desarrolle de forma habitual en los centros sanitarios, y los pacientes logren disminuir el malestar emocional y propiciar soluciones para problemas de la vida cotidiana que permitan el aprovechamiento de su potencial para llevar una mejor calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA

1. Norma Oficial Mexicana, NOM-030-SSA2-2009. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
2. Gutiérrez JP, Rivera J, Shamah T, Villalpando S, Franco A, Cuevas L, Romero M, Hernández M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Cuernavaca, México. Instituto Nacional de Salud Pública 2012.
3. Orduñez GP, Pérez FE y Hospedales J. Más allá del ámbito clínico en el cuidado de la hipertensión arterial. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2010; 28 (4):311-318.
4. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención. Instituto Mexicano del Seguro Social 2009.
5. Chobaniam AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT, Roccella EJ, and the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report, *JAMA* 2003.
6. Giuseppe M, Guy B, Anna D, Renata C y Robert F. Treatment of High Blood Pressure. *Journal of Hypertensión* 2007; 2(3):1005-1087.
7. Blumenthal J, Sherwood A, Guillette E, et al. Biobehavioral approaches to the treatment of essential hypertension. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70 (2):569-589.
8. Pérez JB y Martín DF. El apoyo social. Ministerio de trabajo y asuntos sociales de España 1985; 10 (2):20-47.
9. Pérez C. La familia en su etapa de formación. *Revista Cubana de Medicina General e Integral* 1999; 15(3):237-240.
10. Luque A, González P, Mesa E, Mauroset R. Algunos factores psicosociales en la dinámica familiar en un sector del médico de la familia. *Revista Cubana Medicina General e Integral* 1996; 11 (2):39-43.
11. Almagro D. Tendencias actuales y futuras de la terapia de familias. *Revista Cubana Medicina General e Integral* 1996; 12(3):298-330.

12. Whelton P, Appel L, Cuttler J, et al. Primary prevention of hypertension. Clinical and public health advisory from the National High Blood Pressure Education Program. *JAMA* 2002; 288 (3):1882-1888.
13. González AA, González AN, Vázquez GY, González AL y Gómez PR. Importancia de la participación familiar en el control de la hipertensión arterial. *Editorial Mediocentro* 2004; 8 (2):102-204.
14. Martell N y Luque M. Tratamiento no farmacológico y farmacológico de la hipertensión arterial. Ediciones Doyma, Barcelona 2000; 7 (2):19-34.
15. Paz M, Sanz J, Labrador F. Blood pressure variability and stress management training for essential hypertension. *Behav Med* 2004; 30 (2):53-62.
16. Fernández PR. Redes sociales, apoyo social y salud. Ed. Periferia 2005; 3 (2):18-26.
17. Stansfeld S. Social support and social cohesion. En: Marmot M, Wilkinson R, editors. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press 1999; 3(2):155-178.
18. Vogt TM, Mullooly JP, Ernst D, Pope CR, Hollis JF. Social networks as predictors of ischemic heart disease, cancer, stroke and hypertension: incidence, survival and mortality. *J Clin Epidemiol* 1992; 4 (2):659-666.
19. Berkman L, Glass T. Social integration, social networks, social support and health. En: Berkman L, Kawachi I, editors. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press 2000; 6 (2):137-173.
20. Rodríguez LA. El efecto de las relaciones sociales sobre la mortalidad en las personas mayores. *Editorial Madrid* 2004; 21 (3):35-55.
21. Mookadam F, Arthur HM. Social support and its relationship to morbidity and mortality after acute myocardial infarction: systematic overview. *Arch Intern Med* 2004; 3 (2):1514-1518.
22. Brunner E, Marmot M. Social organization, stress, and health. En: Marmot M, Wilkinson R, editors. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press 1999; 2 (3):17-43.
23. Bland SH, Krogh V, Winkelstein W, Trevisan M. Social network and blood pressure: a population study. *Psychosom Med*. 1991; 5 (2):598-607.

24. Gump BB, Polk DE, Kamarck TW, Shiffman SM. Partner interactions are associated with reduced blood pressure in the natural environment: ambulatory monitoring evidence from a healthy, multiethnic adult sample. *Psychosom Med.* 2001; 3 (2):423-433.
25. Dressler WW, Mata A, Chavez A, Viteri FE, Gallagher P. Social support and arterial pressure in a central Mexican community. *Psychosom Med.* 1986; 4 (2):338-355.
26. Trogatz DS, Croft JB, James SA, Keenan NL, Browning SR, Garrett JM, et al. Social support, stress, and blood pressure in black adults. *Epidemiology* 1997; 2 (3):482-487.
27. Marín RF, Rodríguez M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Pública Mexico* 2001; 4 (6):336-339.
28. Wang PS, Bohn RL, Knight E, Glynn RJ, Mogun H, Avorn J. Noncompliance with antihypertensive medications: the impact of depressive symptoms and psychosocial factors. *J Gen Intern Med.* 2002; 9 (2):504-511.
29. Glynn LM, Christenfeld N, Gerin W. Gender, social support, and cardiovascular responses to stress. *Psychosom Med.* 1999; 6 (2):234-242.
30. Allen K, Blascovich J, Mendes WB. Cardiovascular reactivity and the presence of pets, friends, and spouses: the truth about cats and dogs. *Psychosom Med.* 2002; 5 (2):727-739.
31. Áurea RS, Pilar GC, Banegas JR y Rodríguez AF. Relación entre la red social y la hipertensión arterial en los ancianos españoles. *Revista Española de Cardiología* 2005; 3 (2):1294-1300.
32. Encuesta nacional sobre violencia contra las mujeres, ENVIM 2003, Instituto Nacional de Salud Pública 2003.
33. Encuesta nacional sobre violencia contra las mujeres, ENVIM 2006. Instituto Nacional de Salud Pública 2006.
34. García M. Alcohol y violencia familiar. Ed. García 2002; 14 (1):11-21.
35. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011. Manual de la entrevistadora. ENDIREH.
36. INEGI. Estadísticas a propósito del día internacional para la eliminación de la violencia contra las mujeres” datos nacionales. México, D.F. a 25 de noviembre de 2003.
37. Norma Oficial Mexicana, NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.



38. Ortega PA, Mudgal J, Flores Y, Rivera L, Díaz JC, Salmerón J. Determinantes de violencia de pareja en trabajadoras del IMSS, Morelos. *Salud Pública México* 2007; 3 (2):357-366.
39. Arévalo JV. Un Estudio Sobre la Génesis Psicosomática de la Enfermedad Hipertensiva. *Revista Internacional de Psicología* 2003; 4 (2):8-12.
40. Juárez RC, Valdez SR y Hernández RD. Las redes sociales y la noción de apoyo social en mujeres con experiencia de violencia. *Salud Pública México* 2003; 23 (2):148-234.
41. Medina ME, Villatoro JA, Fleiz C, Téllez MM, Mendoza LR, Romero M, Gutiérrez-JP, Castro M, Hernández M, Tena C, Alvear C y Guisa V. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de Salud, México DF, 2012.
42. Organización Panamericana de la Salud. Guía internacional para vigilar el consumo del alcohol y sus consecuencias sanitarias 2003; 3 (4):12-21.
43. Hoffman P.D and Fruzzetti AE. Understanding and engaging families: An Education, skills and support program for relatives impacted by Borderline Personality Disor. *Journal of Mental Health* 2007; 7 (2):69-82.
44. Vizcarra MB y Dionne J. El desafío de la intervención psicosocial en Chile: aportes desde la psicoeducación 2008; 2(1):11-21.
45. Rodríguez M, Guerrero J. Importancia del apoyo familiar en el control de la glicemia. *Salud Pública México* 1997; 3 (2):44-47.
46. Schlenk E, Hart L. Relationship between health locus of control, health value, and social support and compliance of persons with diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1984; 7 (2): 566-574.
47. Luban PB. El pensamiento psicosomático y la actuación médica. Barcelona: Herder, 1997; 2 (3):1-15.
48. Velázquez MO, Lara EA, Tapia OF, Romo LL, Carrillo TJ, Colín CM y Montes RG. Manual de procedimientos. Toma de Medidas Clínicas y Antropométricas en el adulto y adulto mayor. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Programa de Salud del Adulto y el Anciano México 2002; 1 (2):34-58.

- 49.- Barrera E, Cerón N, Ariza MC. Conocimientos y factores de riesgo cardiovascular y su relación con la presencia de hipertensión arterial. *Colombia Medica* 2000; 31 (2):20-22.
- 50.-Barrón AJ, Torreblanca FL, Sánchez LI, Martínez M. Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. *Salud Pública de México* 1998; 40 (2):503-509.
- 51.- Labiano LM. Hipertensión arterial: Importancia de las intervenciones psicológicas. *Psicología Iberoamericana* 2002; 10 (2):64-71.

ANEXO 1. HOJA DE REGISTRO ANTE CLEIS

	Dirección de Prestaciones Médicas Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud Coordinación de Investigación en Salud			
Dictamen de Autorizado				
Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1602 H GRAL REGIONAL NUM 1, MICHOACÁN				
FECHA 21/03/2014				
DRA. WENDY LEA CHACON PIZANO				
P R E S E N T E				
Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:				
INTERVENCION PSICOEDUCATIVA EN EL ABORDAJE DE FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON LA HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA				
que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es <u>A U T O R I Z A D O</u> , con el número de registro institucional:				
	<table border="1"><tr><td>Núm. de Registro</td></tr><tr><td>R-2014-1602-11</td></tr></table>		Núm. de Registro	R-2014-1602-11
	Núm. de Registro			
R-2014-1602-11				
ATENTAMENTE				
DR.(A). JORGE RICARDO FRAGA CORTÉS Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1602				
IMSS SEGURIDAD Y SALUD MEDICA S.R.L.				

ANEXO 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN		
Nombre del estudio:	Intervención Psicoeducativa en el abordaje de factores psicosociales relacionados con la Hipertensión Arterial Sistémica.	
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.	
Lugar y fecha:	U.M.F No. 75 con UMAA de Morelia, Michoacán.	
Número de registro:	R-2014-1602-11	
Justificación y objetivo del estudio:	En la U.M.F No. 75 no existe ningún estudio el cual identifique la relación que existe entre el descontrol de la hipertensión arterial sistémica y la presencia de factores psicosociales como el alcoholismo, la violencia de pareja y el tipo de red de apoyo social recibido. El objetivo del estudio es identificar el impacto de una intervención psicoeducativa en el abordaje de factores psicosociales que intervienen en el descontrol de la Hipertensión Arterial Sistémica.	
Procedimientos:	Aplicación de una encuesta-entrevista que determinara la presencia de factores psicosociales (alcoholismo, violencia de pareja y tipo de red de apoyo social) que intervienen en el descontrol de la Hipertensión Arterial y posteriormente participación en una Intervención Psicoeducativa.	
Posibles riesgos y molestias:	Alguna(s) de las preguntas durante la entrevista y la intervención pueden parecerle incómodas, teniendo usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.	
Posibles beneficios:	Control óptimo de la Presión Arterial.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los investigadores se comprometen a darle información y aclarar cualquier duda que se plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.	
Participación o retiro:	La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Tiene el derecho de poder retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente sin que esto acarree perjuicio alguno para su persona o afecte la atención médica que recibe en el instituto.	
Privacidad y confidencialidad:	Al participar en esta investigación conserva el derecho de justicia, de no maleficencia, de respeto y de beneficencia. No se le identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y los datos relacionados con su privacidad serán manejados en forma confidencial.	
En caso de colección de material biológico (si aplica):		
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):		
Beneficios al término del estudio: _____		
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigador Responsable:	Dra. Diana Liz Medina Alvarez	
Colaboradores:	Dra. Wendy Lea Chacón Pizano / Mtra. Esther Gabriela Kanán Cedeño	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx		
_____ Nombre y firma del sujeto Testigo 1	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2	
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma	
Clave: 2810-009-013		
En caso de tener preguntas sobre su participación en este estudio puede contactar a los teléfonos: 443-2-60-86-77 y/o 443-3-94-92-43.		

ANEXO 3. INSTRUMENTO

ALVIRED

Folio: _____
Fecha: __ / __ / __

INFORMACIÓN BÁSICA

1.-Favor de contestar la siguiente información:

No. de Afiliación: _____ Edad: ____ Sexo: H () M () Estado Civil: ____

1.- Casada 2.- Soltera 3.- *Divorciada 4.- *Separada 5.-Viuda 6.-Unión libre

¿Desde hace cuánto tiempo? _____ *Motivo: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Nombre del entrevistado: _____

Nombre del entrevistador: _____

Hora de inicio: _____ Hora de termino: _____ *Especifique el motivo sólo en estos casos.

SALUD DE LA PACIENTE

2.-Marque de manera honesta la opción que usted considere indicada respecto a las siguientes preguntas:

A) Actualmente, ¿cómo considera su salud en general?

Muy mala O---O---O---O---O Excelente

B) En comparación con el año pasado, ¿Cómo considera su salud en general?

Muy mala O---O---O---O---O Excelente

C) En el último mes, ¿Con que frecuencia ha tomado alguna medicina para...

1) Ayudarse a calmarse o para dormir?

() Nunca () 1 o 2 veces a la semana () 3 o más veces a las semana () Todos los días

2) Calmar el dolor?

() Nunca () 1o 2 veces a la semana () 3 o más veces a las semana () Todos los días

Ayudarle a no sentirse triste o deprimido?

() Nunca () 1 o 2 veces a la semana () 3 o más veces a la semana () Todos los días

D) En total, ¿Cuántos embarazos ha tenido usted a lo largo de su vida? _____

De esos embarazos...

¿Cuántos nacieron vivos? _____

¿Cuántos nacieron vivos y fallecieron antes de cumplir 5 años de edad? _____

¿Cuántos nacieron muertos? _____

¿Cuántos fueron abortos? _____

3.- Elija de las siguientes opciones el número que se adecue a su respuesta:

1. Nunca 2. Pocas veces 3. Varias veces 4. Casi siempre 5. Siempre

() ¿Con que frecuencia ha tenido dificultades para dormir?

() ¿Con que frecuencia se ha sentido asustada o alarmada con facilidad?

() ¿Con que frecuencia se ha sentido nerviosa, tensa, angustiada o ansiosa?

() ¿Con que frecuencia se ha sentido triste o afligida?

() ¿Con que frecuencia se ha sentido insatisfecha de sus actividades?

() ¿Con que frecuencia se ha sentido cansada?

() ¿Con que frecuencia ha dejado de asistir, no se puede concentrar o hacer bien su trabajo?

() ¿Con que frecuencia ha sentido que tiene problemas emocionales que requieren ayuda?

DATOS DE FAMILIA

No. de personas que viven en su casa: _____ ¿Cuántos cuartos tiene su casa? _____

4.- A continuación especifique los siguientes datos sobre las personas que viven en su casa:

- 1) Muy unidos/Fusionados
- 2) Fusionados/Conflictivos
- 3) Pobre/Conflictivo

- 4) Unidos
- 5) Apartados/Separados
- 6) Distante

*Tipo de relaciones (especifique el número en el espacio correspondiente)

Edad	Sexo	Parentesco	Escolaridad	Ocupación	Edo. civil	*Relación
	O H O M					
	O H O M					
	O H O M					
	O H O M					
	O H O M					
	O H O M					
	O H O M					
	O H O M					

ALCOHOLISMO

5.- A continuación se le presentan unas preguntas, favor de contestar honestamente, marcando la opción que considere correcta.

A) Usted consume bebidas alcohólicas? O Si O No

Si su respuesta fue si, favor de marcar la respuesta indicada de las siguientes preguntas.

Preguntas	Todos los días	3 veces o mas por semana	1 o 2 veces por semana	Ocasionalmente (1 vez al mes)	Nunca
¿Con que frecuencia toma usted alcohol?					
¿Usted, ha tenido problemas con su pareja u otros familiares por tomar alcohol?					

B) Su pareja toma bebidas alcohólicas? O Si O No

Si su respuesta fue si, favor de marcar la respuesta indicada de las siguientes preguntas.

Preguntas	Todos los días	3 veces o mas por semana	1 o 2 veces por semana	Ocasionalmente (1 vez al mes)	Nunca
¿Con que frecuencia su pareja toma alcohol?					
¿Su pareja ha tenido problemas con usted u otros familiares por tomar alcohol?					

C) Algún otro miembro de su familia consume alcohol? O Si O No

6.- A continuación favor de proporcionar los siguientes datos de quienes los consuman.

Frecuencia (especifique el numero en el espacio correspondiente)				
Todos los días (1)	3 veces o mas por semana (2)	1 o 2 veces por semana (3)	Ocasionalmente (1 vez al mes) (4)	Nunca (5)

Parentesco	Edad	Sexo H/M	Escolaridad	Ocupación	Estado civil	Frecuencia	Problemas	Relación

VIOLENCIA

Historia de origen

7.-Rellenar el círculo que corresponda a su respuesta.

Cuando usted era niño...

A) ¿Con quienes vivía?

O Padre O Madre O Hermanos(s) O Abuelo(s) O Otro(s) Familiar(s) O Otra(s) persona(s)

B) ¿Cómo se resolvían los problemas o conflictos que se presentaban en su familia?

O Dialogo O Se dejaban de hablar O Imposición y obediencia O Se humillaban

O Con insultos O Con amenazas O Con golpes O Otros: _____

C) Cómo actuaba quien la cuidaba cuando hacía algo que le molestaba?

O No le decían ni hacían nada O Dialogo O Mucho enojo O Le acusaba con alguien más

O Con insultos O Con golpes O Con castigo

8.- Tomando de referencia a los integrantes de su casa, marque la respuesta que considere adecuada.

Preguntas	Padre	Madre	Hermano(s)	Abuelo(s)	Otro(s) Familiares dentro del hogar	Otra(s) persona(s) dentro del hogar	Otra(s) persona(s) fuera del hogar	Yo mismo
¿Quiénes participaban más en esos conflictos?								
¿Quiénes eran las personas más agresivas?								
¿Quiénes eran las víctimas más frecuentes?								
¿Quiénes eran las personas más agresivas con usted?								

9.- De acuerdo a las preguntas anteriores, cuando usted era castigada y/o agredida...

Rellene el círculo que se adecue a su respuesta:

Pensaba...	Sentía...	Buscaba...
Era normal	Culpa	Ayuda O
Era justo	Susto	
Era necesario	Rencor	
Era injusto	Tristeza	
	Amenaza	
	Odio	

A) Cuando la castigaban o agredían, las personas que lo hacían estaban...

O Cansadas y/o preocupadas O Enojadas por problemas económicos
O Enojadas por otra causa O Borrachas O Drogadas

B) A consecuencia de los castigos y agresiones ¿Alguna vez usted?

O Tuvo daños leves O Requirió atención médica O No quería ir a la escuela
O Se enfermó O No podía ir a la escuela

MALTRATO EMOCIONAL

10.- De acuerdo con la siguiente clave asigne el número correspondiente a su respuesta.

Clave: 1= Si 0=No.

A) En los últimos 12 meses, se han presentado conflictos o problemas en su casa y se hicieron cosas tales como:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Levantarle la voz | <input type="checkbox"/> Impedir ver TV u oír la radio |
| <input type="checkbox"/> Insultarla | <input type="checkbox"/> Negarle dinero |
| <input type="checkbox"/> Humillarla verbalmente | <input type="checkbox"/> Dejarle de hablar |
| <input type="checkbox"/> Enojarse fuertemente | <input type="checkbox"/> Negarle la comida |
| <input type="checkbox"/> Enojarse fuertemente | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Impedirle salir | |

B) ¿Cuántas veces se presentaron situaciones de este tipo?

Muchas veces Pocas veces

C) ¿Cuándo ocurrió la última vez?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hoy | <input type="checkbox"/> Hace 3 meses |
| <input type="checkbox"/> Ayer | <input type="checkbox"/> Hace 4 meses |
| <input type="checkbox"/> Hace 1 semana | <input type="checkbox"/> Hace 5 meses |
| <input type="checkbox"/> Hace 1 mes | <input type="checkbox"/> Hace 6 meses |
| <input type="checkbox"/> Hace 2 meses | <input type="checkbox"/> Hace 1 año |

11.- Marque con una X la respuesta que corresponda a las siguientes preguntas:

A) En esta última vez, ¿Quiénes participaron en el conflicto?

O Usted O Su conyugue O Sus hijos O Sus hijas O Su padre O Su madre O Su suegra
O Su suegro O Otros familiares O Otras personas

B) Cuando se inicio el conflicto, ¿Quiénes fueron las personas más violentas?

Usted Su conyugue Sus hijos Sus hijas Su padre Su madre Su suegra
 Su suegro Otros familiares Otras personas

C) En esa ocasión, ¿Quiénes fueron las victimas?

Usted Su conyugue Sus hijos Sus hijas Su padre Su madre Su suegra
 Su suegro Otros familiares Otras personas

Cuando se inicio el conflicto, ¿Las personas más violentas estaban?

Cansadas y/o preocupadas Enojadas por problemas económicos
 Enojadas por otra causa Borrachas Drogadas

INTIMIDACION

12.- De acuerdo con la siguiente clave asigne el número correspondiente a su respuesta.

Clave: 1= Si 0=No.

A) En los últimos 12 meses, se han presentado conflictos o problemas en su casa y se hicieron cosas tales como:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Empujar | <input type="checkbox"/> Amenaza con arma |
| <input type="checkbox"/> Jalonear | <input type="checkbox"/> Romper cosas |
| <input type="checkbox"/> Aventar objetos | <input type="checkbox"/> Maltratar cosas |
| <input type="checkbox"/> Amenaza verbal | <input type="checkbox"/> Otro(s)_____ |
| <input type="checkbox"/> Amenaza de golpes | <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores |
| <input type="checkbox"/> Amenaza de muerte | |

B) ¿Cuántas veces se presentaron situaciones de este tipo?

Muchas veces Pocas veces Ninguna

C) ¿Cuándo ocurrió la última vez?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hoy | <input type="checkbox"/> Hace 3 meses |
| <input type="checkbox"/> Ayer | <input type="checkbox"/> Hace 4 meses |
| <input type="checkbox"/> Hace 1 semana | <input type="checkbox"/> Hace 5 meses |
| <input type="checkbox"/> Hace 1 mes | <input type="checkbox"/> Hace 6 meses |
| <input type="checkbox"/> Hace 2 meses | <input type="checkbox"/> Hace 1 año |

Cuando se inicio el conflicto, ¿Las personas más violentas estaban?

Cansadas y/o preocupadas Enojadas por problemas económicos
 Enojadas por otra causa Borrachas Drogadas

13.- Marque con una X la respuesta que corresponda a las siguientes preguntas:

A) En esta última vez, ¿Quiénes participaron en el conflicto?

Usted Su conyugue Sus hijos Sus hijas Su padre Su madre Su suegra
 Su suegro Otros familiares Otras personas

B) Cuando se inicio el conflicto, ¿Quiénes fueron las personas más violentas?

Usted Su conyugue Sus hijos Sus hijas Su padre Su madre Su suegra
 Su suegro Otros familiares Otras personas

C) En esa ocasión, ¿Quiénes fueron las victimas?

Usted Su conyugue Sus hijos Sus hijas Su padre Su madre Su suegra
 Su suegro Otros familiares Otras personas

ABUSO FISICO

14.- De acuerdo con la siguiente clave asigne el número correspondiente a su respuesta.

Clave: 1= Si 0=No.

A) En los últimos 12 meses, se han presentado conflictos o problemas en su casa y se hicieron cosas tales como:

<input type="checkbox"/> Abofetear	<input type="checkbox"/> Tratar de estrangular
<input type="checkbox"/> Patear	<input type="checkbox"/> Herir con arma
<input type="checkbox"/> Morder	<input type="checkbox"/> Pellizcar
<input type="checkbox"/> Pegar	<input type="checkbox"/> Otro(s) _____
<input type="checkbox"/> Quemar	

B) ¿Cuántas veces se presentaron situaciones de este tipo?

Muchas veces Pocas veces Ninguna

C) ¿Cuándo ocurrió la última vez?

<input type="checkbox"/> Hoy	<input type="checkbox"/> Hace 3 meses
<input type="checkbox"/> Ayer	<input type="checkbox"/> Hace 4 meses
<input type="checkbox"/> Hace 1 semana	<input type="checkbox"/> Hace 5 meses
<input type="checkbox"/> Hace 1 mes	<input type="checkbox"/> Hace 6 meses
<input type="checkbox"/> Hace 2 meses	<input type="checkbox"/> Hace 1 año

Cuando se inicio el conflicto, ¿Las personas más violentas estaban?

O Cansadas y/o preocupadas O Enojadas por problemas económicos
O Enojadas por otra causa O Borrachas O Drogadas

15.- Marque con una X la respuesta que corresponda a las siguientes preguntas:

A) En esta última vez, ¿Quiénes participaron en el conflicto?

O Usted O Su conyugue O Sus hijos O Sus hijas O Su padre O Su madre O Su suegra
O Su suegro O Otros familiares O Otras personas

B) Cuando se inicio el conflicto, ¿Quiénes fueron las personas más violentas?

O Usted O Su conyugue O Sus hijos O Sus hijas O Su padre O Su madre O Su suegra
O Su suegro O Otros familiares O Otras personas

C) En esa ocasión, ¿Quiénes fueron las victimas?

O Usted O Su conyugue O Sus hijos O Sus hijas O Su padre O Su madre O Su suegra
O Su suegro O Otros familiares O Otras personas

La victima...

O Tuvo daños leves O Se privo/ desmayo O No pudo hacer sus actividades
O Requirió atención médica O Requirió Tx médico O Requirió Tx psicológico
O Otro _____

Cuando se inicio el conflicto, ¿Las personas más violentas estaban?

O Cansadas y/o preocupadas O Enojadas por problemas económicos
O Enojadas por otra causa O Borrachas O Drogadas

ABUSO SEXUAL

16.- De acuerdo con la siguiente clave asigne el número correspondiente a su respuesta.

Clave: 1= Si 0=No.

A) En los últimos 12 meses, se han presentado conflictos o problemas en su casa y se hicieron cosas tales como:

- Presión verbal sexual
- Obligarla a tener sexo con alguien mas
- Obligarla a tener sexo a la fuerza
- Obligarla a tener sexo cuando otros ven
- Obligarla a tener sexo cuando otros oyen
- Otro(s) _____

B) ¿Cuántas veces se presentaron situaciones de este tipo?

- Muchas veces Pocas veces Ninguna

C) ¿Cuándo ocurrió la última vez?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hoy | <input type="checkbox"/> Hace 3 meses |
| <input type="checkbox"/> Ayer | <input type="checkbox"/> Hace 4 meses |
| <input type="checkbox"/> Hace 1 semana | <input type="checkbox"/> Hace 5 meses |
| <input type="checkbox"/> Hace 1 mes | <input type="checkbox"/> Hace 6 meses |
| <input type="checkbox"/> Hace 2 meses | <input type="checkbox"/> Hace 1 año |

17.- Marque con una X la respuesta que corresponda a las siguientes preguntas:

A) En esta última vez, ¿Quiénes participaron en el conflicto?

- O Usted O Su conyugue O Sus hijos O Sus hijas O Su padre O Su madre O Su suegra
 O Su suegro O Otros familiares O Otras personas

B) Cuando se inicio el conflicto, ¿Quiénes fueron las personas más violentas?

- O Usted O Su conyugue O Sus hijos O Sus hijas O Su padre O Su madre O Su suegra
 O Su suegro O Otros familiares O Otras personas

C) En esa ocasión, ¿Quiénes fueron las victimas?

- O Usted O Su conyugue O Sus hijos O Sus hijas O Su padre O Su madre O Su suegra
 O Su suegro O Otros familiares O Otras personas

La victima...

- O Tuvo daños leves O Se privo/ desmayo O No pudo hacer sus actividades
 O Requirió atención médica O Requirió Tx médico O Requirió Tx psicológico
 O Otro _____

Cuando se inicio el conflicto, ¿Las personas más violentas estaban?

- O Cansadas y/o preocupadas O Enojadas por problemas económicos
O Enojadas por otra causa O Borrachas O Drogadas

AYUDA BUSCADA

18.- Conteste o marque la respuesta que le parezca apropiada.

A) Para tratar de resolver las situaciones críticas por las que ha pasado, ¿Ha buscado ayuda? O Si O No

B) ¿A quien recurrió la última vez?

O Policía O Ministerio Publico O La iglesia O Psicólogo/Psiquiatra O Médico
O Otro _____

C) ¿Le dieron la ayuda que usted buscaba? O Si O No

PERCEPCION DE LA VIOLENCIA EN LA FAMILIA

19.- A continuación voy a leer unas oraciones. En cada caso dígame si está de acuerdo o en desacuerdo.

Clave 1= De acuerdo 2= En desacuerdo

() Los gritos y los insultos son necesarios para resolver los problemas en la familia.

() La violencia en la familia contra los adultos, la debe castigar la ley cuando exista una denuncia.

() Sólo con amenazas se pueden resolver los problemas familiares.

() La violencia de la familia contra los menores la debe castigar la ley siempre.

() Los golpes son indispensables para resolver los problemas familiares.

() La violencia en la familia cometida por uno de los conyugues contra el otro o hacia los hijos, debe ser causal de divorcio.

() La letra con sangre entra.

() La ropa sucia se lava en casa.

() El abuso sexual contra menores, cometido por familiares, debe castigarse con años de prisión.

() Si la ley castiga un delito cuando ocurre en la calle, también lo debe de hacer cuando el mismo delito ocurre en el hogar.

() ¿Sabe usted que a partir del 30 de Enero de 1998 existe una nueva ley que protege a los hogares afectados por la violencia familiar?

REDES SOCIALES

20.- Marque con qué frecuencia realiza las siguientes actividades:

A) Convivir con la familia

O Nada O Muy poco O Poco O Ni mucho/Ni poco O Mucho

B) Convivir con los amigos(as)

O Nada O Muy poco O Poco O Ni mucho/Ni poco O Mucho

C) Dedicarse a sí mismo(a)

O Nada O Muy poco O Poco O Ni mucho/Ni poco O Mucho

D) Hacer ejercicio

O Nada O Muy poco O Poco O Ni mucho/Ni poco O Mucho

E) Al trabajo

O Nada O Muy poco O Poco O Ni mucho/Ni poco O Mucho

F) A la diversión

O Nada O Muy poco O Poco O Ni mucho/Ni poco O Mucho

ANEXO 4. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

JULIO 2013-MARZO 2016

Actividad	Julio 2013	Septiembre y octubre 2013	Noviembre 2013	Marzo 2014	Abril, mayo y junio 2014	Abril, mayo y junio 2015	Marzo 2016	Marzo 2016
Selección del Tema	✓							
Estructura del Anteproyecto		✓						
Presentación del anteproyecto y aceptación por CLEIS			✓					
Resolución del CLEIS				✓				
Aplicación del instrumento ALVIRED					✓			
Intervención Psicoeducativa						✓		
Análisis de los resultados y presentación del trabajo final							✓	
Redacción del Artículo								✓

ANEXO 5. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



U.M.F No. 75

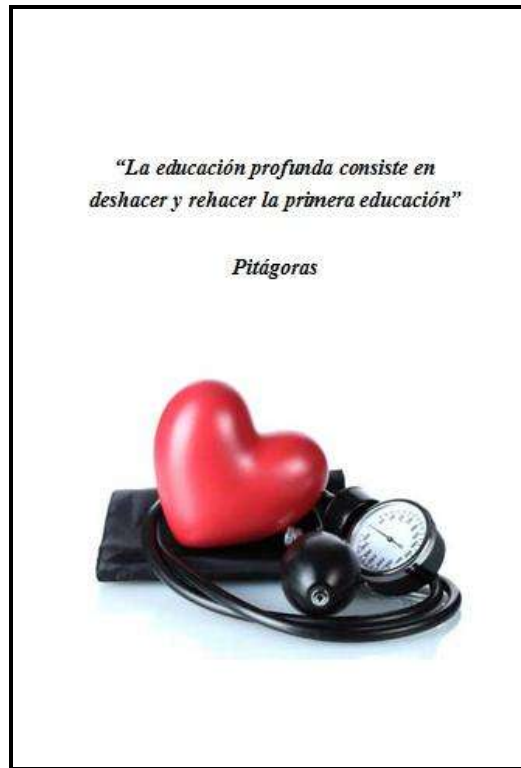
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA




"Intervención Psicoeducativa en el abordaje de Factores Psicosociales relacionados con la Hipertensión Arterial Sistémica"

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS





DATOS DEL BERECHABIENTE	NOMBRE:			
	NSS:			
	CONSULTORIO:	TURNO:		
	EDAD:	SEXO:		
	TALLA:	PESO:		
	TIEMPO DE EVOLUCION DE LAHAS:			
	COMOREBILIDADES:			
	TRATAMIENTO ACTUAL:			
MEDIDAS HIGIENICO-BEGETICAS	<p style="text-align: center;">Dieta Hiposódica Evitar productos que contengan cafeína Evitar alimentos enlatados y embutidos Dieta balanceada rica en frutas y verduras Realizar actividad física diaria mínimo 30 min al día Evite el tabaco y el consumo de alcohol por completo Tomar 2 litros de agua simple al día</p> <div style="text-align: center;">  </div>			
	<p>REGISTRO DE LA PRESION ARTERIAL</p>			
	FECHA	HORA	TAS	TAD

"Intervención Psicoeducativa en el abordaje de Factores Psicosociales relacionados con la Hipertensión Arterial Sistémica"

ANEXO 6. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

SESIÓN 1

Fecha: 15 de abril del 2015.

Duración: 120 min.

- **Objetivo general:**

-Realizar un encuadre terapéutico para comenzar un trabajo de grupo vivencial que fortalezca la salud aminorando el síntoma de la hipertensión arterial sistémica.

- **Objetivos específicos:**

-Conocer a las participantes de la intervención y las expectativas que tienen sobre ella.

-Favorecer la integración grupal.

-Establecer límites y el compromiso personal a lo largo del programa.

-Exponer conceptos básicos sobre Hipertensión Arterial Sistémica.

- **Procedimiento:**

En la primera sesión se comenzó pidiendo a las participantes que tomaran asiento colocando sus sillas en semicírculo. Posteriormente se procedió a la presentación de las terapeutas y de los facilitadores de forma general, de igual manera se les pidió a las pacientes que se presentaran. Continuando con la sesión se habló del proceso de enfermar y el cómo interfieren aspectos genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos, haciendo hincapié en la hipertensión y en el simbolismo de la misma. Durante el transcurso de la sesión se explicó ampliamente sobre conceptos básicos sobre hipertensión arterial sistémica, iniciando con su definición, etiología, factores de riesgo, clasificación, complicaciones, tratamiento y pronóstico. En un segundo momento, se les aplicó a las pacientes nuevamente el instrumento ALVIRED para detectar las necesidades específicas del grupo y sobre los resultados realizar la planeación de las sesiones. Se les pidió a las pacientes que eligieran a uno de los monitores para que trabajarán la parte de evaluación, cabe señalar que el objetivo en ese momento fue generar empoderamiento en las participantes al ser ellas quienes eligieran en vez de ser elegidas.

Al final de esta sesión se les recordó la importancia de la puntualidad y la confidencialidad de lo hablado en las sesiones. Se concluyó cuando las pacientes expresaron sus expectativas sobre la intervención.

- **Material:** aula, instrumento ALVIRED, lápices y recurso humano.

SESIÓN 2

Fecha: 22 de abril del 2015.

Duración: 120 min.

- **Objetivo general:**

-Conocer la historia de vida de las pacientes hipertensas.

- **Objetivos específicos:**

-Identificar las necesidades del grupo.

-Conocer su estado emocional actual.

- **Procedimiento:**

Una vez sentadas las pacientes en semicírculo, se les pidió a cada una hablar sobre su historia de vida, narrando aspectos desde su niñez, como con quien vivía cuando era niña y como fue su relación con sus padres y con todos los familiares que vivían en su hogar. Posteriormente narraron como conocieron a su pareja actual, su fase de noviazgo y como se encontraban actualmente en su etapa de matrimonio, como era su relación con su conyugue y con sus hijos. Las pacientes narraron sus gustos, hobbies, ocupación actual y expresaron sus necesidades emocionales.

Se les indicó a las pacientes que para realizar las siguientes actividades deberían de acudir con ropa cómoda a la sesión para facilitar el trabajo vivencial.

- **Material:** aula y recurso humano.

SESIÓN 3

Fecha: 29 de abril del 2015.

Duración: 120 min.

- **Objetivo general:**

-Lograr que las pacientes se reconozcan a sí mismas comenzando a responder la pregunta ¿Quién soy yo?.

- **Objetivos específicos:**

-Comenzar a trabajar la diferenciación.

-Explorar el manejo de las emociones.

- **Procedimiento:**

- Dinámica “¿Quién soy yo?”

Se les pidió a las pacientes que respondieran la pregunta ¿Quién soy yo? y se les indico que anotaran su respuesta en una hoja de papel. Posteriormente las psicoterapeutas hicieron una reflexión breve acerca de las posibles respuestas a esa pregunta y la dificultad que se nos presenta al intentar dar respuesta de manera personal a la misma.

- Mi primer Encuentro

Para iniciar con esta dinámica se colocaron en el suelo del aula hojas de papel bond blanco que median en promedio 2 metros de largo y se les indico a las pacientes que se recostaran sobre ellas en la posición que consideraran más cómoda. Posteriormente con ayuda de los facilitadores fue dibujada su silueta en la posición que ellas eligieron, al concluir con el dibujo cada participante recorto su silueta y en seguida se les pidió que colocaran recortes de revistas sobre la misma, pegándolos como ellas quisieran, fortaleciendo su capacidad de decisión de acuerdo a sus gustos. Finalmente se les indico que colocaran la silueta sobre las paredes del aula, en el lugar y posición que ellas quisieran, después deberían sentarse frente a su silueta y observarla detenidamente en silencio por 5 minutos, pasado el tiempo

establecido las psicoterapeutas les pidieron a las pacientes que en los siguientes 5 minutos platicaran con su silueta, donde la plática seria libre sin un tema definido, concluido el tiempo se les pidió a las pacientes que se despidieran de su silueta y pasaran a sentarse formado un circulo. Al finalizar la actividad se realizo una retroalimentación en donde de manera breve (no más de 20 minutos) hablaron del cómo se sintieron durante la dinámica y se les egreso la silueta de cada paciente a los facilitadores.

- **Material:** aula, papel bond blanco, revistas, pegamento, tijeras, lápices, plumones, cinta adhesiva y recurso humano.

SESIÓN 4

Fecha: 6 de mayo del 2015.

Duración: 120 min.

- **Objetivo general:**

-Identificar la división de roles que juegan en su vida cotidiana.

- **Objetivos específicos:**

-Reconocer la asociación de enfermase con los estilos de vida.

-Lograr que las pacientes tomen conciencia de cómo afecta su estado emocional a su salud física.

-Retomar la interrogante ¿Quién soy yo?, y brindar elementos para responder de manera introspectiva dicha pregunta.

-Plasmar de forma grafica la distribución de los roles.

- **Procedimiento:**

Al igual que en sesiones anteriores las sillas se acomodaron estratégicamente en semicírculo en dirección a las psicoterapeutas, en primera instancia se saludó a las pacientes y entrando de lleno a la sesión se les informo que se trabajaría con la silueta que elaboraron en la sesión pasada, los facilitadores les entregaron de regreso las siluetas

correspondientes a cada paciente para proseguir con la actividad. La consiga fue que las pacientes colocaron nuevamente su silueta en las paredes del aula y se sentaran frente a ella, posteriormente se le dio lectura a un texto que habla de las enfermedades y como estas se relacionan con las emociones y del significado que tiene cada parte del cuerpo afectada, este texto se llama "El significado de las enfermedades" (Christian Fleche 2008); al finalizar la lectura se les indico que voltearan su silueta, y una vez colocada al reverso, se les solicito a las pacientes que dividieran su silueta de acuerdo a los roles que ellas desempeñan en su vida diaria y el tiempo que le dedican a cada uno de los integrantes de su familia incluyéndose ellas mismas, posteriormente se les pidió la explicación de su distribución de roles a cada una de las pacientes. Continuando con la línea de textos reflexivos, se les leyó el texto "¿Quién soy yo?" (Tomás Agosin 1991), un texto que ayuda a resolver esta pregunta tan difícil, retomando la duda existencial y promoviendo la diferenciación de lo que soy y lo que no soy. Al final de la sesión se realizo una retroalimentación y se les hizo la pregunta, ¿cómo te vas?, para identificar el impacto de la dinámica sobre las pacientes, siendo los textos lo suficientemente reflexivos para provocar un dinamismo inconsciente en las pacientes.

- **Material:** aula, silueta, plumones, cinta adhesiva, recurso humano, textos el significado de las enfermedades y ¿Quién soy yo.

SESIÓN 5

Fecha: 13 de mayo del 2015

Duración: 120 min

- **Objetivo general:**

-Lograr que las pacientes contacten consigo mismas.

- **Objetivos específicos:**

-Comenzar a trabajar con las pacientes para que vuelvan a verse a sí mismas, que descubran lo que quieren, lo que les gusta y lo que no.

-Lograr que las pacientes identifiquen que tanta flexibilidad hay en el dinamismo de su vida diaria y que tengan una idea más clara de quien son.

- **Procedimiento:**

- **-Dinámica “El baile con mi silueta”**

Al comenzar la sesión se colocaron en el aula una laptop con bocinas con la finalidad de reproducir música de diferentes géneros y se les otorgo nuevamente su silueta a cada una de las pacientes. En esta dinámica se les pidió a las pacientes que bailaran con ella, como si ésta fuera su pareja de baile, esperando que tuvieran un contacto más cercano con la misma, es decir, que pudieran lograr un vínculo emocional más real, en donde a través del contacto físico con su silueta (la cual es una extensión de ellas mismas a nivel inconsciente), pudieran lograr ese contacto consigo mismas. La música fue de distintos géneros, yendo desde música tranquila y lenta hasta música con mayor ritmo. Al inicio de la actividad la mayoría de las pacientes solo bailaron en un espacio muy limitado del aula con movimientos muy cortos y rígidos, pero conforme se fue desarrollando la dinámica algunas de las pacientes lograron bailar sobre un mayor espacio en el aula desenvolviéndose de manera más tranquila y flexible, logrando interactuar cada una con sus compañeras y manifestando diversión. Al final de la sesión se hizo una retroalimentación en donde las psicoterapeutas les hicieron ver a las pacientes esa dificultad que tienen para moverse a través de todo el espacio designado para la actividad y que simbólicamente representa esa dificultad y el miedo que tienen de hacer cambios en su vida.

- **Material:** aula, silueta, laptop, bocinas, música y recurso humano.

SESIÓN 6

Fecha: 20 de mayo del 2015.

Duración: 120 min.

- **Objetivo general:**

- Identificar fortalezas y debilidades de la comunicación asertiva.

- **Objetivos específicos:**

- Reconocer la sensación de querer ser escuchado.

- Reforzar la capacidad de escuchar a los demás.

- **Procedimiento:**

Al inicio se retomo la sesión anterior y se hablo de como se habían sentido con la dinámica previa, expresando de esta manera las pacientes lo aprendido y la experiencia que les había dejado la actividad de bailar con su silueta. Posteriormente se les dio la instrucción a las pacientes de que debían formar parejas entre ellas y hablar acerca de su historia de vida, no se formaron las parejas de forma arbitraria para continuar reforzando en las pacientes que ellas tienen la posibilidad de elegir y continuar brindando ese poder dentro de este espacio para que de manera paulatina lo vayan adecuando a su vida cotidiana. Dentro de la observación se debía rescatar que pacientes eligieron compañera y cuáles de las pacientes fueron elegidas y como fue su reacción. Una vez hechas las parejas se les dio la indicación que durante 15 minutos ellas hablarían de su vida, durante esos 15 minutos una hablaría y la otra la escucharía, al término de este tiempo se invertirían los roles, esto con el fin de mostrar ambos polos de la comunicación, el ser el emisor y ser atendido, así como ser el receptor y ser quien atiende, introduciendo a las pacientes en los elementos de una comunicación asertiva y mostrando que también es importante el recibir atención a lo que se habla y no solo se trata de brindar, ya que es igual de importante el rol de brindar, así como el rol de recibir. Y para corroborar la atención y que cada una de las pacientes fue escuchada y tomada en cuenta en el momento de su discurso, cada una de las pacientes presento a su compañera describiéndola a partir de lo que compartieron en el diálogo. Para el cierre de la sesión se realizó la pregunta, ¿cómo te vas?, para conocer la opinión de las pacientes acerca de las dos dimensiones, el escuchar, así como el ser escuchada y a partir de esto ser reconocida.

- **Material:** aula y recurso humano.

SESIÓN 7 Y 8

Fecha: 3 de junio y 10 de junio del 2015.

Duración: 120 min cada una.

- **Objetivo general:**

- Identificar el tipo de relación de pareja y las fortalezas y/o debilidades de la misma.

- **Objetivos específicos:**

- Identificar la dinámica de pareja de cada una de las pacientes.

- Conocer la calidad en la comunicación de pareja.

- Potenciar el rol de la pareja en el proceso de salud-enfermedad.

- **Procedimiento:**

Se le pidió a cada una de las pacientes que presentaran a su pareja, diciendo el nombre, ocupación y edad de la misma. En esta misma línea se dio libertad para continuar la relatoría donde las facilitadoras intervinieron en aspectos específicos tales como el evitar la descalificación hacia la pareja en el caso de aparecer, aunque cabe señalar que dichos argumentos fueron relevantes para poder explorar la manera en cómo se daba la dinámica entre la pareja y el rol que cada uno de los cónyuges tenía en la relación.

Se pidió en algunos casos (en los que se consideró necesario), hablar del cómo fue que conocieron a su pareja, cómo fue su etapa de noviazgo y que aspectos positivos rescataban de su relación. En un segundo momento se hizo énfasis en los aspectos que consideraban negativos o poco fortalecidos de su relación de pareja aunque el punto esencial fue el reconocer lo que hicieron o dejaron de hacer en su rol de pareja para que este o estos aspectos se presentaran.

Aunque esta sesión se programó para llevarse a cabo en dos horas esto no pudo hacerse de esa manera ya que para las pacientes fue necesario tomar más tiempo para sus relatorías. Esto llevo a que esta actividad se realizara en dos sesiones, tiempo que resulto optimo y suficiente para cubrir el objetivo planteado para dicha sesión.

- **Material:** aula y recurso humano.

SESIÓN 9

Fecha: 17 de junio del 2015.

Duración: 120 min.

- **Objetivo general:**

-Observar de qué manera se comunican las participantes y, de la misma manera, cuál es su capacidad para negociar y tomar decisiones rutinarias en familia.

- **Objetivos específicos:**

-Lograr que las participantes aprendan a comunicarse de manera eficaz.

-Conseguir que las participantes logren darse cuenta que pueden y deben pedir lo que quieren.

-Mostrar a las participantes que tienen la capacidad de negociar y tomar decisiones.

- **Procedimiento:**

-Dinámica “Representación dramática: resolución de conflictos”

Se les pidió a las participantes que llevaran a cabo una dinámica en la cual debían representar una pequeña dramatización familiar, para poder observar la manera en la que se comunicaban con los demás y les hacían saber lo que les gustaba o disgustaba, lo que querían y lo que no, y de la misma manera, su capacidad para negociar dentro del entorno familiar. Ellas tenían que elegir el tema de la reunión familiar, el rol que iban a desempeñar dentro de la obra y organizar cómo la llevarían a cabo. Al finalizar la actividad, se retroalimentó a las pacientes haciéndoles ver que observarían cómo efectivamente ya estaban aprendiendo a decidir y a elegir qué rol querían desempeñar de acuerdo a la situación en la que se encontraban y, que de la misma manera, tenían esa capacidad de negociar con los demás para llegar a un acuerdo, solo era cuestión de que se dieran cuenta, a lo largo de la retroalimentación, se les hizo énfasis acerca de que observarían sus recursos y los utilizarían para lograr y mantener una comunicación eficaz y desarrollar aún más su capacidad para negociar.

- **Material:** aula y recurso humano.

SESIÓN 10

Fecha: 24 de junio del 2015.

Duración: 120 min.

- **Objetivo general:**

-Confrontación de fortalezas y debilidades.

- **Objetivos específicos:**

-Reconocer que efectos produce nuestra máscara.

-Identificar como los efectos de la máscara influyen en la vida cotidiana.

- **Procedimiento:**

-Dinámica "La máscara".

Para la primera actividad se les brindo una mesa con material disponible para la elaboración de una máscara por cada una de las pacientes, ya que todas las pacientes habían terminado de elaborar su máscara, la siguiente consigna era ponerse la máscara y no quitársela, pretendiendo que se dieran cuenta de las dificultades que producían la máscara que ellas elaboraron. La segunda consigna fue bailar con la máscara puesta, proponiendo un dinamismo con la máscara y así continuar detectando como imposibilitaba o que tan cómodo estaba el moverse con la máscara. Después de 5 minutos de baile, se les pidió a las pacientes que tomarán asiento y que por elección en orden, cada una pasaría a pararse frente al espejo y reconocer estas mismas deficiencias que provocaba la máscara. La máscara, al igual que la silueta son extensiones de las pacientes en un plano inconsciente, ya que cada máscara poseía debilidades y aspectos característicos de la paciente que las elaboró. Con la guía de las psicoterapeutas las pacientes eran capaces de identificar sus propias debilidades y los recursos que ellas mismas poseen para hacer mas fuertes esos mismos aspectos. Si lograban el insight (darse cuenta en teoría Gestalt) podían quitarse la máscara y hacer lo que ellas quisieran con ella, romperlas, guardarlas, tirarlas, etc. Ya que todas las pacientes pasaron al espejo, las psicoterapeutas dieron un pequeño cierre acerca de

la actividad, dejando en claro como hay situaciones de la vida cotidiana que no nos dejan respirar, ver o de manera general, percibir, y que no nos damos cuenta, consiguiendo mermar una salud biológica como emocional.

- **Material:** aula, carpetas recicladas, colores, plumones, hilo, cordón, listón, engrapadora, tijeras, pegamento, cinta adhesiva, espejo y recurso humano.

SESIÓN 11

Fecha: 1 de julio del 2015.

Duración: 120 min.

- **Objetivo general:**

-Identificar cual es la percepción de las participantes acerca de su experiencia al asistir a la intervención.

- **Objetivos específicos:**

-Conocer cómo se sienten las participantes con los cambios que lograron.

-Identificar cual es el nivel de aprendizaje logrado por parte de las participantes.

- **Procedimiento:**

-Dinámica “Cierre”

Se les pidió a las participantes que respondieran a la pregunta, ¿Qué me llevo de la intervención?, y de la misma manera compartieran su experiencia a lo largo de éste con las demás. Con esta actividad se pretendía conocer la percepción que tenía cada paciente de sí misma, que cambios habían experimentado a lo largo de la intervención y cómo se sentían al haberlos realizado. Una vez terminada la actividad, se procedió a realizar el convivio que se había planeado en la sesión anterior con el objetivo de que las participantes pudieran fortalecer el vínculo que se había creado entre ellas y así mismo fortalecer sus redes de apoyo.

- **Material:** aula y recurso humano.