

MED. GENERAL DIANAY MENDOZA
RAMIREZ

Asociación de la funcionalidad del subsistema conyugal y la adherencia al
tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, en UMF 16 de
Querétaro.

2020



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

**Asociación de la funcionalidad del subsistema conyugal y la
adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial
Sistémica, en UMF 16 de Querétaro.**

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la Especialidad en Medicina Familiar.

Presenta:

Méd. General Mendoza Ramirez Dianay

Dirigido por:

Dra. Luz Dalid Terrazas Rodríguez.

Querétaro, Qro. Noviembre 2020



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad de Medicina Familiar

Asociación de la funcionalidad del subsistema conyugal y la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, en UMF 16 de Querétaro.

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la

Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Mendoza Ramírez Dianay

Dirigido por:

Dra. Luz Dalid Terrazas Rodríguez

M.C.E. Luz Dalid Terrazas Rodríguez

Presidenta

Med. Esp. Karla Elizabeth Margain Pérez.

Secretario

M.C.E. Prishila Danae Reyes Chávez.

Vocal

M.C.E. Patricia Flores Bautista

Suplente

M.C.E. Martha Leticia Martínez Martínez.

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.

Fecha de aprobación por el Consejo Universitario noviembre 2020.

México

Resumen

Antecedentes: la hipertensión arterial sistémica, ha ido afectando cada día a una mayor población en nuestro país y por tratarse de una enfermedad de evolución degenerativa se busca evaluar la función del subsistema conyugal y su relación con la adherencia terapéutica con la finalidad de aportar conocimiento y crear estrategias que ayuden a los individuos a mejorar su relación y por ende su salud física con adecuado apego terapéutico. **Objetivo:** determinar la asociación de la funcionalidad del subsistema conyugal y la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial sistémica. **Material y Métodos:** pacientes con diagnóstico previo de hipertensión arterial sistémica, derechohabientes de la Unidad Médica Familiar No. 16, del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Querétaro, Qro. Con una edad de 30 a 59 años, que vivan en pareja, así como también firmen el consentimiento informado. Se calculó con la fórmula tamaño de muestra para población infinita por proporciones, con un nivel de confianza de 95% $Z_{\alpha}:1.64$, $Z_{\beta}:0.84$ con una selección no aleatoria por conveniencia. Se integran 2 grupos de 73 pacientes cada uno con adherencia al tratamiento y sin adherencia al tratamiento médico valorado con el instrumento MBG (Martin-Bayarre-Grau) y su asociación a su funcionalidad conyugal valorada con la escala de ajuste diádico (DAS). Análisis estadístico con promedios, intervalos de confianza, frecuencias, porcentajes, chi cuadrada y razón de momios. **Resultados:** se realizaron 146 encuestas, el promedio de edad para el grupo 1 de 50.84 años, con predominio del sexo femenino, estado civil casado para ambos grupos, escolaridad bachillerato, ocupación empleados para ambos grupos y con un promedio de años de diagnóstico de 9.97. Para el grupo 2 el promedio de edad fue de 48.37 años, predominó el sexo masculino, nivel de escolaridad secundaria y un promedio de años de diagnóstico de 8.56, lo cual hace una muestra homogénea respecto a las variables sociodemográficas, con diferencia significativa, solo para la edad con una $p=0.024$ (IC 95% 49-52.7) y para los años de diagnóstico $p= 0.016$ (IC 95% 0.26-2.55). Se observó que existe asociación entre las personas con una relación armoniosa o funcional del subsistema conyugal ya que tienen 3.06 veces más la probabilidad de tener adherencia al tratamiento médico con un resultado de χ^2 6.363, OR 3.066 ($p= 0.012$ IC 95%1.351-7.515) lo cual demuestra significancia en la asociación. **Conclusiones:** la adherencia al tratamiento médico se ve influenciado por la funcionalidad del subsistema conyugal que tiene los pacientes, principalmente en el área de la satisfacción y cohesión de la relación.

Palabras clave: hipertensión arterial, adherencia al tratamiento médico, funcionalidad conyugal.

Summary

Background: systemic arterial hypertension, has been affecting a larger population in our country every day and since it is a disease of degenerative evolution, it is sought to evaluate the function of the conjugal subsystem and its relationship with therapeutic adherence in order to provide knowledge and create strategies that help individuals to improve their relationship and therefore their physical health with adequate therapeutic attachment. **Objective:** to determine the Association of the functionality of the conjugal subsystem and adherence to treatment in patients with systemic arterial Hypertension. **Material and Methods:** patients with a previous diagnosis of systemic arterial Hypertension, beneficiaries of the Family Medical Unit No. 16, of the Mexican Institute of Social Security, Querétaro, Qro. With an age of 30 to 59 years, who live as couple, as well as single, informed consent. It was calculated with the simple size formula for infinite population by proportions, with a confidence level of 95% $Z\alpha: 1.64$, $Z\beta: 0.84$ with a non-random selection for convenience. Two groups of 73 patients were integrated each one with adherence to treatment and without adherence to medical treatment assessed with the MBG instrument (Maritin-Bayarre-Grau) and its Association with their marital functionality assessed with the dyadic adjustment scale (DAS). Statistical analysis with averages confidence intervals, frequencies, percentages, chi squared and Odds ratio. **Results:** were conducted with an average age for group 1 of 50.84 years in which the female sex predominated, married marital status for both groups, high school education, occupation employed for both groups and with an average of years of diagnosis of 9.97. for group 2, the average age was 48.37 years, the male sex predominated, the level of secondary schooling and an average of years of diagnosis of 8.56, which makes a homogeneous simple with respect to the sociodemographic variables with a significant difference only for age with a $p= 0.024(95\%CI 49-52.7)$ and for the years of diagnosis $p= 0.016 (95\% CI 0.26-2.55)$. It was observed that there is an Association between people with a harmonious or functional relationship of the marital subsystem they are 3.06 times more likely to have adherence to medical treatment. $\chi^2 6.363$, OR 3.066 ($p= 0.012 95\% CI 1.351-7.515$). **Conclusions:** adherence to medical treatment is influenced by the functionality of the conjugal subsystem that patients have, mainly in the area of relationship satisfaction and cohesion.

Key words: arterial hypertension, adherence to medical treatment, marital functionality.

Dedicatoria

Dedico este trabajo a Dios que me dio la oportunidad de desarrollarme en el camino de la medicina en mi vida.

A mi madre Natalia Ramírez García que gracias a sus consejos y plegarias puedo concluir un proyecto más en mi vida.

A mi padre J. Román Mendoza López hoy ausente en este mundo, el cual me dejó el valor de la perseverancia, la responsabilidad y el compromiso de luchar y lograr los objetivos que me proponga.

A mi Hijo Félix Iddar por su comprensión, paciencia, optimismo y amor para conmigo durante estos 3 años y mi hija Renata María la cual con su llegada reforzó el compromiso de concluir este proyecto.

Y a todas aquellas personas que me ayudaron de forma directa e indirecta a lograr que todo esto fuera posible.

Agradecimientos

Agradezco primeramente a dios que me permite concluir un logro más en esta vida gozando de salud y en compañía de mis seres queridos con los cuales podré compartir mi dicha.

Agradezco de todo corazón a toda mi familia: a mi madre Natalia por la confianza y el amor infinito que me da, a mis hermanas y hermanos: Lorena, Isabel, Guadalupe, Salvador, José y Gilberto por el gran respaldo que me han brindado desde que tengo uso de razón, a mi tío Juan Ramírez, mis cuñadas Alfa Dominica y Ana Isabel, al padre de mis hijos Iddar Essau y mi suegra Ma. de la Luz, que me han apoyado siempre incondicionalmente y sin su apoyo esto no sería posible.

A mis profesores de la especialidad y mi asesora de tesis, los cuales fueron mi guía durante estos 3 años e hicieron posible que hoy en día este proyecto concluya.

A todos ellos y más hoy les digo “MUCHAS GRACIAS” lo hemos logrado.

Índice

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vi
Abreviaturas y siglas	vii
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
III. Fundamentación teórica	5
IV. Objetivos	12
IV.1 General	12
IV.2 Específicos	12
V. Hipótesis o supuestos	13
VI. Material y métodos	14
VI.1 Tipo de investigación	14
VI.2 Población o unidad de análisis	14
VI.3 Muestra y tipo de muestra	14
VI. Técnicas e instrumentos	16
VI. Procedimientos	18
VII. Resultados	20
VIII. Discusión	26
IX. Conclusiones	28
X. Propuestas	29
XI. Bibliografía	30
XII. Anexos	33

Índice de cuadros

Cuadro	TITULO	Página
VII.1	Edad promedio de los pacientes con HAS con y sin adherencia al tratamiento médico.	23
VII.2	Características sociodemográficas y de género en pacientes con HAS.	24
VII.3	Variables de funcionalidad conyugal y su relación con la adherencia al tratamiento médico.	25

Abreviaturas y siglas

- HAS: Hipertensión Arterial Sistémica.
- MBG: Martin Bayarre Grau.
- EAD: Escala de ajuste diádico.
- DAS: Dyadic Adjustment Scale.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- DASH: Dietary Approaches to Stop Hypertension.
- Dx: diagnostico
- Tx: tratamiento
- UMF: Unidad Médica Familiar
- ENSANUT: Escuela Nacional de salud y Nutrición.

I. Introducción

Actualmente en México, la HAS se ha convertido en un problema de salud pública, donde 1 de cada 4 adultos padecen de hipertensión arterial sistémica y de los cuales aproximadamente el 79.3% está bajo tratamiento médico farmacológico y solo el 45.6% controla su hipertensión arterial. (Campos-Nonato, Hernandez-Barrera, Pedroza-Tobia, Medina, & Barquera, 2016)

Al tratarse de un padecimiento crónico degenerativo, estos pacientes deben recibir tratamiento durante toda su vida, lo que determina que gran parte de ellos con el transcurso del tiempo manifiesten un bajo apego al tratamiento lo cual conduce a un deficiente control de la enfermedad. (López & Chavez, 2016)

Se ha identificado que, la hipertensión arterial tiene diversas repercusiones en el área familiar, ya que se enfrentan a cambios significativos tanto en su estilo de vida como la recomendación de la actividad física, control de peso, disminución del consumo de sodio y el evitar el tabaco entre otros factores precipitantes de la enfermedad, así como en la forma en que se interrelaciona con los distintos integrantes de su familia debido a las adaptaciones que tienen que hacer los pacientes de acuerdo a sus necesidades para poder disminuir sus cifras de presión arterial y mejorar su calidad de vida, para evitar complicaciones o pese a estas mismas. (Suarez, 2014)

Ante esta enfermedad se pueden observar cambios en la funcionalidad del subsistema conyugal principalmente, ya que normalmente la pareja, es el apoyo principal dentro de una familia y la mayoría de los problemas familiares son ubicados en este subsistema donde normalmente se produce un estado de alteración que obliga a realizar varios cambios de acuerdo a las necesidades del individuo enfermo. Varias parejas que no tienen conocimiento adecuado de la enfermedad que padece puede presentar dificultades para afrontarla, como un mal apego al tratamiento médico. (Suarez, 2014)

La prevalencia de hipertensión arterial sistémica, por diagnóstico médico en México, según las cifras arrojadas por la Escuela Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2016, fue de 25.5% de la población adulta ya que se estima que anualmente son diagnosticados 450 mil casos nuevos en México y una tasa de mortalidad de 29.9% ya que se mantiene en las 9 primeras causas de muerte en México. (Campos-Nonato, Hernandez-Barrera, Pedroza-Tobia, Medina, & Barquera, 2016)

Pese al aumento de las acciones preventivas; el apego al tratamiento médico y los estilos de vida no han mejorado, por lo que el envejecimiento de la población, la insuficiencia de acciones diagnósticas como lo son las pesquisas en la población en riesgo y el aumento en complicaciones provocaran un aumento en la carga de la enfermedad y la inversión en la prevención primaria es indispensable así como la continua búsqueda de factores que intervengan o afecten directamente al paciente para llevar a cabo los tratamientos que se les asignan como una medida indispensable y que se vea reflejado a futuro en el adecuado control de esta enfermedad. (López & Chavez, 2016)

Y debido al gran número de personas hipertensas con las que se cuenta en la Unidad Médica Familiar No.16, son una población adecuada para estudiar los distintos aspectos, en este caso situaciones relacionadas con su medio ambiente familiar específicamente el subsistema conyugal que pueda afectar el adecuado apego al tratamiento.

II. Antecedentes

Según cifras arrojadas por ENSANUT 2016, la prevalencia de hipertensión arterial sistémica por diagnóstico en México fue de 25.5% de la población adulta, ya que se estima que anualmente son diagnosticados 450 mil casos nuevos en México y una tasa de mortalidad de 29.9% ya que se mantiene en las 9 primeras causas de muerte en México. (Campos-Nonato, Hernandez-Barrera, Pedroza-Tobia, Medina, & Barquera, 2016)

Algunos estudios en el 2016, mencionan que el incumplimiento del tratamiento médico se considera el primer factor responsable de mal control de la enfermedad y arrojan que en nuestro país la máxima adherencia terapéutica es solo del 44%, otros estudios del mismo año nos dan una prevalencia del 50 al 90% de adherencia y otro estudio realizado en el norte del país arrojó una prevalencia de adherencia de un 39% y la mayoría tenía menos de 10 años con hipertensión arterial. (Campos-Nonato, Hernandez-Barrera, Pedroza-Tobia, Medina, & Barquera, 2016) (López & Chavez, 2016) (Maldonado, Vazquez, Loera, & Ortega-Padron, 2016)

En otros estudios, la mayor adherencia se ha encontrado en pacientes con nivel de escolaridad más alto, así como pacientes con esquemas terapéuticos diario de un único medicamento y el motivo más frecuente de no adherencia es olvidar tomar las dosis y el sentirse bien. (Diaz, 2014)

En general, los adultos de mayor edad visitan más frecuentemente a los médicos y son más vigilados que los jóvenes, por lo que estos últimos tienen un menor apego a su tratamiento médico y por lo tanto desarrollan complicaciones que se pueden evitar. (Cabrera, y otros, 2013)

Otro estudio, mostró que un grupo etario entre 35 y 44 años, resultaron ser los que mayor olvidan tomar el medicamento y de 45 a 54 años son los que más incumplen su terapia farmacológica tomando en cuenta que en estos períodos de vida los niveles de estrés son más elevados debido a la gran cantidad de

responsabilidades que comúnmente adquieren las personas. (Cabrera, y otros, 2013)

Según un informe de la OMS, la edad es un factor que influye sobre la adherencia al tratamiento, pero de manera irregular y no existen muchos datos en la literatura acerca de la adherencia en relación con el género, algunos estudios han mostrado que los mayores incumplimientos en el tratamiento se observaron con mayor frecuencia en los hombres. (Organización Mundial de la Salud, 2004)

Un trabajo publicado en el 2014, menciona que el subsistema conyugal funciona como modelo para los demás subsistemas de la familia y todo lo que los cónyuges viven cotidianamente es aprendido y enseñado al resto de la familia. (Suarez, 2014)

Otro estudio del 2015, menciona que la existencia de conflictos conyugales puede ser perjudicial para la propia pareja y para cada uno de sus miembros, trayendo consigo insatisfacción, ansiedad, depresión, discusiones, problemas de comunicación, aislamiento, infidelidad, baja autoestima, adicciones y malos tratos que pueden repercutir en varios ámbitos de su vida y desarrollo. Lo que muestra la importancia de analizar las relaciones conyugales y saber cómo afecta la salud de los mismos. (Rosales, 2013)

No existen estudios asociados directamente sobre el subsistema conyugal y la adherencia al tratamiento médico de pacientes con hipertensión arterial sistémica hasta ahora conocido o registrado en literatura conocida.

III. Fundamentación teórica

En México la hipertensión es un problema de salud pública con una prevalencia del 25.5% de adultos mayores de 20 años, de los cuales el 79.3% recibe tratamiento farmacológico y solo el 45.6% presentan control de presión arterial; además es la enfermedad crónica responsable del 18.1% del total de muertes y principal factor de muertes prevenibles ya que es considerada como un predictor de morbimortalidad para enfermedades cardiovasculares entre las que destacan la enfermedad cerebro vascular, infarto al miocardio, insuficiencia cardiaca, enfermedad arterial periférica y la insuficiencia renal. (Campos-Nonato, Hernandez-Barrera, Pedroza-Tobia, Medina, & Barquera, 2016) (instituto mexicano del seguro social, 2014)

Se considera que del 10 al 15% de la población con esta enfermedad tiene hipertensión resistente definida como una presión arterial incontrolada ante el uso de tres fármacos antihipertensivos de clases distintas y a dosis optimas, pero se puede lograr controlar con el uso de 4 fármacos; y un 0.5% presenta hipertensión refractaria que se define como la presión que no se puede controlar a menos que se usen más de cinco drogas. (Rosas, y otros, 2016)

Su etiología es multifactorial ya que puede ser una hipertensión esencial, primaria o idiopática la cual se presenta hasta en un 90% de los adultos hipertensos o puede tratarse de una hipertensión secundaria a otras patologías de fondo con una presentación de menos del 10% de las personas hipertensas. (Rondanelli, 2015)

Genética: En la mayoría de los casos (95%), la hipertensión arterial no depende de una causa única, sino que es de origen poligénico y multifactorial, muy pocos casos de hipertensión tienen como causa la mutación de un gen único, hasta el momento se han identificado 150 loci cromosómicos que alojan genes directa o indirectamente relacionados con la hipertensión, estos genes codifican proteínas que actúan en varios de los mecanismos fisiopatológicos determinantes de la hipertensión: reabsorción de sodio y volemia, contractibilidad miocárdica,

resistencias vasculares y los genes más importantes son los relacionados con el sistema renina-angiotensina-aldosterona, y también los que intervienen en el manejo renal de sodio. (Alcazar, Oliveras, Ortel, Jimenez, & Segura, 2020)

En la hipertensión arterial sistémica esencial se pueden considerar factores de riesgo modificables como: sobrepeso y obesidad con un IMC mayor de 25, dieta con alto contenido de sodio por lo que se recomienda una ingesta de 5 a 6 gr/día y si es posible reducir a 3gr/día para un mejor beneficio a largo plazo, consumo de alcohol en exceso más de 30gr/día en hombres y más de 20 gr/día en mujeres, inactividad física por lo que es recomendable ejercicios aeróbicos 30 minutos al día 5 a 7 días a la semana, tabaquismo, diabetes, dislipidemia, reducción en el número de nefronas, personalidad aprensiva o depresión y en algunos estudios poblacionales tipo meta-análisis la deficiencia de vitamina D también parece estar asociada con un incremento en el riesgo de hipertensión. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2017)

Los factores de riesgo no modificables que independientemente están asociados con hipertensión arterial sistémica esencial son: edad avanzada como resultado de la pérdida de elasticidad de los vasos con aterosclerosis progresiva, historia familiar y la raza, de la cual, la raza negra es más común, grave y con mayores complicaciones a órgano blanco, le siguen los hispanoamericanos, asiáticos y blancos. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2017)

Para su diagnóstico de acuerdo al séptimo reporte de “Joint National Committee (JNC-7) el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica, se basa en 2 mediciones “con técnica apropiada” en 2 o más visitas médicas: Estadio 1: Tensión arterial sistólica 140 a 159 mmHg o diastólica 90 a 99 mmHg. Estadio 2: Tensión arterial sistólica ≥ 160 mmHg o diastólica ≥ 100 mmHg. El JNC-8 ya no incluyó la prehipertensión en su clasificación. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2017)

En noviembre de 2017, la American Heart Association y el American College of Cardiology emitieron nuevas guías de práctica clínica para la

prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión en adultos, con una nueva clasificación: Normal < 120/80, Elevada 120-129/< 80, Hipertensión estadio 1: 130-139/80-89, Hipertensión estadio 2: \geq 140/90mmhg; ésta clasificación insiste en la evaluación del riesgo cardiovascular individualizado principalmente los que cursan con un riesgo elevado por enfermedad ateromatosa. (Rubio-Guerra, 2018)

También se debe considerar que la presión arterial tiene un ritmo circadiano con un descenso nocturno, seguido de un aumento súbito de la presión al amanecer. Los adultos normotensos tienen un descenso nocturno de 10-20%, mientras que en los adultos mayores tienen un descenso nocturno disminuido. (Tagle, 2018)

Dentro de los tratamientos se debe considerar un tratamiento enfocado a cambios de estilo de vida (cambios en el peso, dieta tipo DASH, disminuir consumo de sodio, aumentar la ingesta de potasio, realizar actividad física, limitar el consumo de alcohol, etc.), lo cual es considerado la piedra angular del tratamiento para la hipertensión para lograr un adecuado control de la hipertensión arterial y aunado si es necesario al Tratamiento médico farmacológico el cual es individualizado de acuerdo a las necesidades, edad y comorbilidades de cada paciente contemplando hasta una terapia de una combinación de 3 medicamentos antihipertensivos. (instituto mexicano del seguro social, 2014)

Adherencia al tratamiento médico en pacientes con hipertensión arterial sistémica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros autores define la adherencia al tratamiento como: El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. (Organización Mundial de la Salud, 2004)

Según informe de la OMS, la edad es un factor que influye sobre la adherencia al tratamiento, pero de manera irregular y no existen muchos datos en la literatura acerca de la adherencia en relación con el género, algunos estudios han mostrado que los mayores incumplimientos en el tratamiento se observaron con mayor frecuencia en los hombres. (Díaz, 2014)

Otros factores asociados a la no adherencia son el bajo nivel educacional, el ser muy joven, el bajo nivel socioeconómico, la distancia al servicio de salud, el desempleo, el deficiente apoyo familiar, la soledad, la baja motivación, la baja comprensión de la enfermedad, adicciones, la baja percepción del riesgo y una deficiente relación médico paciente. (López & Chavez, 2016)

Algunos de los factores que aumentan la posibilidad de apego al tratamiento son: tener un muy alto valor de presión arterial, ser del sexo femenino, tener una mayor escolaridad e ingresos económicos y ser casado. (Cabrera, y otros, 2013)

Se utilizó el instrumento MBG (Martin-Bayarre-Grau) para adherencia al tratamiento médico en pacientes con hipertensión arterial, es un cuestionario que se formuló y validó en la escuela nacional de salud pública de Cuba para evaluar los niveles de adherencia al tratamiento en personas hipertensas. Tiene un índice de consistencia interna Alfa de Cronbach de 0.889. (Martin, H, & Grau, 2008)

Es una escala tipo lickert con 12 ítems en forma de afirmaciones con opción de respuesta de 5 posibilidades que van desde el siempre hasta el nunca, su calificación es a partir de un puntaje el cual divide adheridos parciales a totales de 18-48 puntos y no adheridos de 0-17 puntos. (Martin, H, & Grau, 2008) (Maldonado, Vazquez, Loera, & Ortega-Padron, 2016)

Subsistema conyugal

En la literatura tradicional se define como la unión de un hombre y una mujer que deciden unirse con la intención de construir una familia. Las principales cualidades requeridas para la implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua, tanto uno como el otro deben ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia y deben desarrollar límites ante otros subsistemas. (Huerta, 2005)

El subsistema conyugal es también conocido como una “institución socio jurídica” llamada matrimonio.

Presenta una relación sexual legítima y permanente, Incluye normas jurídicas, religiosas y morales que regulan las relaciones entre los padres y los hijos; regula las actividades económicas, contempla un lugar fijo para vivir juntos, permite el desarrollo de sus miembros y propicia su participación. (Rosales, 2013)

Se deben considerar las interacciones familiares que pueden tener un efecto profundo sobre la salud o la enfermedad y el modo como se tratan las enfermedades ya que tiene sus raíces en la familia y la cultura de la comunidad; un paciente asume el rol de enfermo y llega a ser dispensado algunas veces de sus obligaciones, pero también consume recursos vitales de toda la familia en especial del cuidador y la enfermedad se vuelve de todos los integrantes de la familia ocasionando algunas veces frustración, resentimientos y enojo, con una afectación conyugal más marcada que el resto de los subsistemas. (Julio Ceiltin, 1997).

Funcionalidad del subsistema conyugal

Desde el punto de vista de funcionalidad, la pareja no se forma con el matrimonio, sino desde la etapa de noviazgo, la cual es crucial y determinante, ya que en ella se definen y afianzan factores significativos para la pareja. (Suarez, 2014)

El subsistema conyugal funciona como modelo para los demás subsistemas de la familia y todo lo que los cónyuges viven cotidianamente es aprendido y enseñado al resto de la familia. (Suarez, 2014)

La existencia de conflictos conyugales puede ser perjudicial para la propia pareja y para cada uno de sus miembros, trayendo consigo insatisfacción, ansiedad, depresión, discusiones, problemas de comunicación, aislamiento, infidelidad, baja autoestima, adicciones y malos tratos que pueden repercutir en varios ámbitos de su vida y desarrollo. Lo que muestra la importancia de analizar las relaciones conyugales y saber cómo afecta la salud de los mismos. (Parra, 2016)

La interacción conyugal positiva a través del afecto, apoyo, respeto, cuidado mutuo, el diálogo, el compañerismo, el fortalecimiento de los lazos emocionales, la preocupación, la atención por el otro, y de la capacidad para equilibrar las diferencias y resolver los conflictos garantizan una adecuada funcionalidad de la pareja.

La pareja disfuncional, destaca por la existencia de límites excesivamente rígidos o permeables, no presenta homeostasis o ésta es inestable, la interacción entre ambos cónyuges es asimétrica o no complementaria, existe una definición confusa de la relación, de los roles o incluso de las reglas y las normas o la comunicación entre ambos es paradójica, de modo que impide la fluidez de la relación y dificulta el desarrollo de la pareja. (Jimenez, 2015)

Por lo que en este estudio evaluaremos la funcionalidad del subsistema conyugal utilizando la siguiente escala:

Escala de ajuste Diádico. (DAS)

Ajuste diádico conyugal: el ajuste se refiere al nivel de funcionamiento en base a las respuestas que se dan a los distintos cambios que ocurren en un momento determinado. El ajuste tiene que ver con los procesos necesarios que cada miembro de la diada debe realizar para conseguir una relación funcional o armónica. (Caceres, Herrero-Fernandez, & Iraugi, 2013)

El ajuste diádico del subsistema conyugal, es considerado un proceso cuyo resultado depende de diversos factores tales como las diferencias problemáticas de la pareja, las tensiones interpersonales, la satisfacción de la pareja en relación a su presente y su grado de compromiso a continuar con la relación, la cohesión que se refiere al grado en que la pareja se implica en actividades conjuntas, el consenso que es el grado de acuerdo entre la pareja en aspectos importantes de la relación, así como la expresión de afecto que representa el grado en que la pareja está satisfecha con la expresión de afecto dentro de la relación así como la relación sexual y todo esto en conjunto forman parte de aspectos importantes para la funcionalidad de la pareja. (Spainer, 2004)

En este sentido se estudia el ajuste diádico desde el modelo salud/enfermedad, describiendo las respuestas que se dan a los distintos cambios que ocurren en un momento determinado, y relacionando el “ajuste” con “bienestar” y el “desajuste” con “enfermedad”. (Jimenez, 2015)

LA ESCALA DE AJUSTE DIADICO es una escala tipo lickert, con 32 ítems y con puntuación total de 151 puntos, donde una puntuación mayor o igual a 100 puntos indica una relación funcional o armoniosa y menor a 100 puntos una relación conflictiva o disfuncional. Una puntuación mayor a 125 indica una relación idealizada generalmente se ve más en parejas de novios. (Rubio, 2009)

Sus respuestas se evalúan con puntuaciones que van desde 0 a 6 puntos con respuestas desde el “siempre” hasta el “nunca” y otras de “sí” y “no”.

Con puntuaciones máximas por indicador de: consenso 65 puntos, satisfacción 50 puntos, cohesión 24 puntos, afecto 12 puntos. (Spainer, 2004) (Rubio, 2009)

Tiene un alfa de Crombach de 0.96 y avalada ya en población mexicana. Los datos indican que tanto la escala total como sus componentes tienen suficientemente alta fiabilidad para justificar su uso (consenso:0.90; satisfacción: 0.94; cohesión: 0.86; expresión de afecto. 0.96) que son sus 4 indicadores a evaluar. (Rubio, 2009)

IV. Objetivos

IV.1 Objetivo general

Determinar la asociación de la funcionalidad del subsistema conyugal y la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, en la UMF 16 de Querétaro.

IV.2 Objetivos específicos

1.- Determinar la asociación de una funcionalidad armoniosa del subsistema conyugal y la adherencia y no adherencia al tratamiento médico en pacientes con hipertensión arterial sistémica.

2.- Determinar la asociación de una funcionalidad conflictiva del subsistema conyugal y la adherencia y no adherencia al tratamiento médico en pacientes con hipertensión arterial sistémica.

V. Hipótesis

La funcionalidad armoniosa del subsistema conyugal y adecuado apego al tratamiento es $\geq 70\%$ y los pacientes con funcionalidad armoniosa y mal apego al tratamiento es $\geq 50\%$.

La funcionalidad conflictiva del subsistema conyugal y adecuado apego al tratamiento es $< 50\%$ y los pacientes con funcionalidad conflictiva y mal apego al tratamiento es $< 39\%$.

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Estudio observacional analítico de asociación transversal comparativo.

VI.2 Población o unidad de análisis

Pacientes hipertensos con más de 5 años de diagnóstico, que cohabiten en pareja con una edad mínima de 30 años y menores de 60 años, adscritos a la UMF No. 16, Qro.

VI.3 Muestra y tipo de muestra

Se utilizó la fórmula para 2 poblaciones por proporciones.

Z_{α} : Nivel de confianza del 95% que corresponde a 1.64

Z_{β} : Poder de prueba del 80% que corresponde a 0.842

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 (P_1q_1 + P_0q_0)}{(P_1 - P_0)^2}$$

$$P_1 = 0.50 \quad q_1 = 0.50 \quad Z_{\alpha} = 1.64$$

$$P_2 = 0.70 \quad q_2 = 0.30 \quad Z_{\beta} = 0.842$$

$$n = \frac{(1.64 + 0.842)^2 [(0.50)(0.50) + (0.70)(0.30)]}{(0.50 - 0.70)^2}$$

$$n = \frac{(2.482)^2 [0.25 + 0.21]}{(-0.2)^2}$$

$$n = \frac{(6.160) [0.46]}{0.04}$$

$$n = \frac{2.8336}{0.04}$$

$$n = 70.84 = 71$$

VI.3.1 Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Pacientes que viven o cohabiten en pareja (casados o unión libre).
- Pacientes hipertensos con o sin comorbilidades bajo tratamiento médico.
- Pacientes a partir de 30 años y menores de 60 años.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes adscritos a la UMF 16.
- Pacientes que acepten firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes hipertensos con menos de 5 años de diagnóstico.

Criterios de eliminación:

- Pacientes que no terminaron los cuestionarios.

VI.3.2 Variables estudiadas

Sociodemográficas y clínicas como:

Edad: tiempo transcurrido en años que ha vivido una persona, desde el nacimiento hasta la actualidad.

Sexo: conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer.

Ocupación: actividad que demanda tiempo y por consiguiente obtiene una gratificación económica generalmente de la cual subsiste un individuo.

Escolaridad: periodo de tiempo que una persona asiste a algún centro educacional para estudiar.

Estado civil: situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

Cifra de presión arterial sistémica: medida que representa la fuerza que ejerce la sangre sobre la pared de los vasos en un paciente.

Tiempo de evolución de la hipertensión arterial: periodo transcurrido conocido desde la fecha del diagnóstico médico a la fecha actual.

Adherencia al tratamiento médico: cumplimiento de las medidas farmacológicas y no farmacológicas indicadas por un responsable sanitario.

Ajuste diádico: proceso de acomodación o funcionalidad entre 2 personas que se refleja en cuatro aspectos básicos: consenso, cohesión, satisfacción y expresión afectiva.

VI.4 Técnicas e instrumentos

La muestra no aleatoria por conveniencia.

Al final se formaron 2 grupos de 73 pacientes cada uno.

Grupo No. 1: Pacientes hipertensos con adherencia al tratamiento médico.

Grupo No. 2: Pacientes hipertensos sin adherencia al tratamiento médico.

Para la recolección de datos de esta investigación se utilizaron 2 instrumentos:

1.- La escala de ajuste diádico que mide la funcionalidad conyugal, es una escala tipo Lickert, con 32 ítems y con puntuación total de 151 puntos, donde una puntuación mayor o igual a 100 puntos indica una relación funcional o armoniosa y menor a 100 puntos una relación conflictiva o disfuncional. Una puntuación mayor a 125 indica una relación idealizada generalmente se ve más en parejas de novios.

Sus respuestas se evalúan con puntuaciones que van desde 0 a 6 puntos con respuestas desde el “siempre” hasta el “nunca” y otras de “sí” y “no”.

Con puntuaciones máximas por indicador de: consenso 65 puntos, satisfacción 50 puntos, cohesión 24 puntos, afecto 12 puntos.

Tiene un alfa de Crombach de 0.96 y avalada ya en población mexicana. Los datos indican que tanto la escala total como sus componentes tienen suficientemente alta fiabilidad para justificar su uso (consenso:0.90; satisfacción: 0.94; cohesión: 0.86; expresión de afecto. 0.96) que son sus 4 indicadores a evaluar.

2.- El instrumento MBG(Martin-Bayarre-Grau) que mide la adherencia al tratamiento médico, creado específicamente para pacientes hipertensos y cuenta con un índice de Alfa de Crombach de 0.889.

Es una escala tipo Lickert con 12 ítems, en forma de afirmaciones con opción de respuesta de 5 posibilidades que van desde el siempre hasta el nunca, su calificación es a partir de un puntaje el cual divide adheridos parciales a totales de 18-48 puntos y no adheridos de 0-17 puntos.

VI.5 Procedimientos

Posterior a la autorización por el comité local de investigación, se solicitó permiso mediante un oficio firmado por la Directora de Tesis, a las autoridades correspondientes para realizar la investigación en la unidad especificada, en este caso en UMF 16 de la ciudad de Querétaro, Qro.

Se acudió en horario matutino y vespertino a la Unidad de Medicina Familiar No. 16 de la Delegación 23 de Querétaro, se seleccionó a pacientes de ambos sexos, con diagnóstico de hipertensión no menor a 5 años, que viven en pareja y su edad sea a partir de 30 años y menores de 60 años y se les invito a participar en el protocolo de investigación.

Una vez que se obtuvo la autorización de los pacientes se les dio a conocer y firmar el consentimiento informado y se procedió a la explicación y realización de encuestas propuestas, para evaluar la funcionalidad conyugal la cual contiene 32 ítems y se contesta con solo marcación directa de la respuesta y el cuestionario del apego al tratamiento médico que tiene 12 ítems también con marcación directa de la respuesta y se les dio a conocer su resultado de cada encuesta.

VI.5.1 Análisis estadístico

Se realizó una base de datos en un programa estadístico para anotar la funcionalidad del subsistema conyugal al que pertenecen los dos grupos: tipo de funcionalidad conyugal de pacientes hipertensos con apego al tratamiento médico y pacientes hipertensos sin apego al tratamiento médico.

El análisis se realizó con estadística descriptiva, para variables cualitativas se expresarán en frecuencias absolutas y relativas y para cuantitativas media, desviación estándar e intervalo de confianza al 95% y para la asociación χ^2 y razón de momios.

VI.5.2 Consideraciones éticas.

En el presente estudio se contempló la reglamentación ética vigente al someterse a un comité de investigación local en salud, ante el cual se presentó para su revisión, evaluación y aceptación.

Por las características del estudio se consideró que no implica riesgo para los pacientes. Se explicó el beneficio que puede otorgar el conocer cómo se encuentra la relación de pareja y poder incidir en ello y que esto aporte mejora a la salud física, mental, social y nutricional.

Se dio a firmar carta de consentimiento informado previa explicación de los procedimientos a seguir.

VII. Resultados

Se realizaron 146 encuestas para evaluar la funcionalidad conyugal y la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial sistémica. Se integraron 73 pacientes al grupo 1 con adherencia al tratamiento médico y 73 pacientes al grupo 2 sin adherencia al tratamiento médico.

El promedio de edad para el grupo 1 fue de 50.84 años (IC 95% 49.0-52.7) y para el grupo 2 de 48.37 años (IC 95% 46.5-50.2); con prueba t para igualdad de medias con un valor de 2.42 ($p= 0.016$, IC 95% .334-4.597) (cuadro VII.1).

En cuanto a las características sociodemográficas y de género en ambos grupos predominó el estado civil casado, para el grupo 1 con adherencia al tratamiento médico 53 pacientes y para el grupo 2 sin adherencia al tratamiento con 50 pacientes respecto a los que viven en unión libre que son solo 43 de los encuestados y de los cuales 20 tiene adherencia al tratamiento y 23 no son adheridos. (IC 95% 1.1-1.5; $\chi^2 0.297$, $p= 0.586$) (Cuadro VII.2).

Respecto a la escolaridad, de forma general predomina el nivel secundario con 61 pacientes encuestados; en el grupo 1 de los adheridos al tratamiento predominó la educación media superior o bachillerato con 31 pacientes y en el grupo 2 sin adherencia al tratamiento predominó la educación a nivel secundaria con 33 pacientes. (IC 95% 3.4-3.7; $\chi^2 2.196$, $p=0.533$) y sobre la ocupación que prevaleció de manera general y para ambos grupos fue el ser empleados, con 28 pacientes para el grupo 1 con adherencia al tratamiento y 29 pacientes para el grupo 2 sin adherencia al tratamiento. (IC 95% 2.5-2.9; $\chi^2 5.972$, $p=0.309$).

Respecto al sexo de la población estudiada predomina el sexo femenino con 80 de los pacientes encuestados. En el grupo 1 con adherencia al tratamiento predomina el sexo femenino con 44 pacientes y en grupo 2 sin adherencia al tratamiento predomina el sexo masculino con 37 pacientes. (IC 95% 1.4-1.7; $\chi^2 1.77$; $p= 0.183$) (cuadro VII.2).

Dentro de las variables de evolución de la HAS; el promedio de años desde su diagnóstico para el grupo 1 con adherencia al tratamiento fue de 9.97 años (IC 95% 8.5-11.4) y para el grupo 2 sin adherencia al tratamiento de 8.56 años (IC 95% 7.6-9.6). Prueba T para igualdad de medias de 2.429 ($p= 0.016$; IC 95% 0.263-2.559) (cuadro VII.1).

Dentro de las variables del subsistema conyugal nos muestra que existe una asociación en el tipo de relación de pareja según el resultado de la escala de ajuste diádico (EAD) y la adherencia al tratamiento médico. Se observa que la relación conflictiva o no funcional predomina en ambos grupos con 53 pacientes en el grupo 1 con adherencia al tratamiento y 65 pacientes en el grupo 2 sin adherencia al tratamiento respecto a la relación armoniosa o funcional con 20 pacientes en el grupo 1 y solo 8 en el grupo 2 además muestra que las personas con una relación armoniosa tienen 3.06 veces más la probabilidad de tener adherencia al tratamiento. χ^2 6.363, OR 3.066 ($p= 0.012$ IC 95%1.351-7.515) (cuadro VII.3).

En la variable de la funcionalidad conyugal o ajuste diádico se valora el consenso en la pareja y se observa que no hay relación entre adherencia al tratamiento médico y el consenso ya que no existe diferencia entre ambos grupos ya que hay 112 pacientes que tiene consenso, 56 para el grupo 1 y 56 para el grupo 2 al igual que 17 pacientes que no tienen consenso para cada grupo. χ^2 1.000, OR 1.000 ($p= 1.000$; IC 95% 0.46-2.15) (cuadro VII.3).

Dentro del ajuste diádico también se valora la satisfacción de pareja y se observó que existe una asociación entre la satisfacción de la pareja y la adherencia al tratamiento médico en los pacientes encuestados. Se registran 114 pacientes que no tienen satisfacción en su relación y de los cuales 47 pertenecen al grupo 1 con adherencia al tratamiento y 67 al grupo 2 sin adherencia al tratamiento respecto a los 32 pacientes que tiene satisfacción y de estos, 26 pacientes pertenecen al grupo 1 y solo 6 pacientes al grupo 2. Se observa que las personas con satisfacción en la relación tienen 6.17 veces más probabilidad de

tener adherencia al tratamiento. χ^2 16.009, OR 6.177 ($p= 0.000$; IC 95% 2.35-16.17) (cuadro VII.3).

También se observó asociación en la cohesión de pareja y el apego al tratamiento médico en los pacientes encuestados. Se registraron 138 pacientes que no tienen cohesión y de los cuales 65 pertenecen al grupo 1 con adherencia al tratamiento y 73 al grupo 2 sin adherencia al tratamiento respecto de solo 8 pacientes con cohesión de pareja y pertenecen al grupo 1 con adherencia terapéutica. Se observa que hay 2,12 veces más de probabilidad de que las parejas con cohesión tengan adherencia al tratamiento médico. χ^2 8.464, OR 2.123 ($p= 0.004$; IC 95%1.77-2.53) (cuadro VII.3).

Por último, se observó que no existe asociación en la expresión de afecto y la adherencia terapéutica. Se registraron 114 pacientes con expresión de afecto, de los cuales 54 pertenecen al grupo 1 con adherencia al tratamiento médico y 60 al grupo 2 sin adherencia al tratamiento respecto a los que no tiene expresión de afecto que fueron 32 y 19 pertenecen al grupo 1 y 13 al grupo 2. χ^2 1.441, OR 0.616 ($p=0.230$; IC 95% 0.27-1.36) (cuadro VII.3).

Cuadro VII.1. Edad promedio de los pacientes hipertensos con y sin adherencia terapéutica.

Variable	Grupo 1 con adherencia terapéutica.	Grupo 2 sin adherencia terapéutica.	IC 95%	t	p
	X	X			
Edad	50.84	48.37	(49-52.7)	2.287	0.024
Años de Dx. De evolución.	9.97	8.56	(0.26-2.55)	2.429	0.016

Fuente: Hoja de recolección de datos de pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica de la UMF 16, Querétaro de noviembre a diciembre del 2019.

Cuadro VII.2. Características sociodemográficas y de género en pacientes con HAS.

Características sociodemográficas	Grupo 1		Grupo 2		IC 95%	p
	Con adherencia terapéutica.		Sin adherencia terapéutica			
	F	%	F	%		
Escolaridad					(3.4-3.7)	0.533
Primaria	4	5.47	7	9.6		
Secundaria	28	38.3	33	45.2		
Bachillerato	31	42.4	26	35.6		
Licenciatura	10	13.7	7	9.6		
Ocupación					(2.5-2.9)	0.309
Empleado	29	39.7	28	38.3		
Profesionista	6	8.2	7	9.6		
Comerciante	7	9.6	15	20.5		
Obrero	14	19.1	12	16.4		
Hogar	17	23.3	10	13.7		
Pensionado	0	0	1	1.3		
Estado civil					(1.1-1.5)	0.586
Casado	53	72.6	50	68.5		
Unión libre	20	27.4	23	31.5		
Sexo					(1.4-1.7)	0.183
Femenino	44	55	36	45		
Masculino	29	44	37	56		

Fuente: Hoja de recolección de datos de pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica de la UMF 16, Querétaro de noviembre a diciembre del 2019.

Cuadro VII.3. Funcionalidad conyugal y su asociación con la adherencia al tratamiento en pacientes con HAS.

Funcionalidad	Grupo 1 con adherencia al tx.		Grupo 2 sin adherencia al tx.		p	IC 95%	OR
	F	%	F	%			
EAD					0.012	1.2-7.5	3.066
Relación armoniosa	20	27.4	8	11.0			
Relación conflictiva	53	72.6	65	89.0			
Consenso					1.000	0.4-2.1	1.000
Si	56	76.7	56	76.7			
No	17	23.3	17	23.3			
Satisfacción					0.000	2.3-16.1	6.177
Si	26	35.6	6	8.2			
No	47	64.4	67	91.8			
Cohesión					0.004	1.7-2.5	2.13
Si	8	11.0	0	0			
No	65	89.0	73	100			
Expresión de afecto					0.230	0.27-1.3	0.616
Si	54	74.0	60	82.2			
No	19	26.0	13	17.8			

EAD: Escala de ajuste diádico.

Fuente: Hoja de recolección de datos de pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica de la UMF 16, Querétaro de noviembre a diciembre del 2019.

VIII. Discusión

Es difícil hacer comparaciones de éste tema ya que realmente es muy poca la información que se puede obtener principalmente respecto a estudios que evalúen la funcionalidad conyugal específicamente como un factor que influya en la adherencia de un tratamiento médico debido a que la mayoría de los estudios se centran más en la evaluación de una funcionalidad familiar u otros factores y comorbilidades que puedan incidir en la adherencia terapéutica.

Pese a esta limitante se logró revisar algunos estudios como el de (López & Chavez, 2016) en Cuba donde describen como se relacionan algunos aspectos sociodemográficos con la adherencia terapéutica donde se observó una edad promedio de 80 años en los pacientes con adherencia, predominó el sexo femenino y un nivel de escolaridad superior licenciatura, en comparación a nuestros resultados, los cuales fueron similares excepto el promedio de edad el cual fue de 50.84 años para nuestro grupo con adherencia terapéutica ya que excluimos a personas mayores de 60 años y respecto a la escolaridad la máxima adherencia se observó en pacientes con una educación media superior en un 42.4%.

Algunos reportes de la OMS, sobre varios países exponen que los hipertensos con adherencia al tratamiento, constituyen la mitad o menos del total ya que el tiempo de evolución de la HAS a menudo es prolongado y los tratamientos de larga duración constituyen otro factor contribuyente al incumplimiento de la terapéutica como el máximo de años de evolución que observamos en nuestro estudio es de hasta 22 y el cual muestra una diferencia estadística ($p=0.016$) y nos confirma como el tiempo influye en la adherencia al tratamiento.

Otro estudio realizado en el estado de Tamaulipas (Maldonado, Vazquez, Loera, & Ortega-Padron, 2016), muestra resultados de la adherencia terapéutica que obtuvieron con más del 90% y solo 2% sin adherencia en pacientes

hipertensos predominado también el sexo femenino y se observó que el promedio de edad entre 50 y 69 años presentaban mayor adherencia así como el estudio realizado en la delegación Iztapalapa en México (Cabrera, y otros, 2013) se mostró un promedio de edad para la adherencia de 60 años con un 69%, lo cual es similar a lo que se observa en nuestro estudio con una diferencia estadística ($p= 0.024$) lo cual nos indica que la edad influye en la adherencia al tratamiento médico, y su prevalencia del nivel de educación en ellos predominó el nivel primaria en un 59% y con los resultados arrojados de pacientes cubanos determinamos que la influencia del nivel académico para la adherencia es mínima; aunque algunos consideran que los pacientes con estudios superiores, poseedores de una mayor educación general, son más apegados a un tratamiento porque tienen una percepción más realista del riesgo que implica la condición de ser hipertenso no controlado.

Respecto a la funcionalidad del subsistema conyugal, en este estudio se observó, baja funcionalidad, representando 11% del total de los casos y el 27.4% del total tienen adherencia terapéutica, pero con una diferencia estadística ($p=0.012$) y un OR 3.066 lo cual indica asociación entre estas dos variables y el como la funcionalidad funge como factor positivo para la adherencia terapéutica; como lo es en el estudio realizado por (Jimenez, 2015) donde se observa la influencia de la funcionalidad conyugal en el desarrollo o actuar de las personas dentro de una familia y no solo de la pareja lo cual en su estudio lo traduce a salud familiar por lo que determina su asociación entre sus dos variables al igual que en nuestro estudio.

XI. Conclusiones

Al ser el subsistema conyugal la base principal de una familia se comprueba cómo influyen su compromiso y convivencia asociado a conductas para la toma de decisiones respecto a un tratamiento, en este caso pacientes con diagnóstico de HAS.

Se comprobó que si existe asociación entre una relación funcional del subsistema conyugal y la adherencia al tratamiento médico con una probabilidad de 3.06 veces más de tener adherencia al ser una pareja funcional en comparación con una relación no funcional. (χ^2 6.363, IC 95% 1.2-7.5).

Se observó que la cohesión y satisfacción dentro de una pareja se comportan como factores positivos para tener una adherencia terapéutica.

Se descarta la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna ($p= 0.012$).

X. Propuestas

Al confirmar el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica e iniciar tratamiento médico en los pacientes se debe explicar de forma clara, concisa y general todo lo relevante sobre su enfermedad y considerar la reacción o forma en que asume tal diagnóstico con la finalidad de lograr una adecuada relación médico paciente y ajustar un tratamiento de acuerdo a las condiciones y necesidades de manera individualizada y así lograr tener un mejor control de su enfermedad.

En la cita subsecuente a su diagnóstico aplicar el test MBG y conocer así la adherencia que está llevando el paciente e identificar las debilidades que se están presentando de acuerdo a las respuestas, haciendo hincapié en la importancia de lograr un adecuado control para evitar complicaciones a largo o corto plazo.

En una tercera cita aplicar de forma rápida el test DAS para conocer el tipo de relación conyugal que presenta el paciente y así poder tomar decisiones sobre el manejo de su tratamiento para que éste logre un adecuado control de su enfermedad.

De acuerdo al resultado de DAS; un resultado negativo como una relación conflictiva o no funcional se debe considerar canalizar a trabajo social para conocer sus redes de apoyo en general o valorar incluso algún tipo de violencia y al servicio de psicología para ofrecer algún tipo de terapia y mejorar su situación actual e incluso considerar el envío a psiquiatría en segundo nivel si así lo requiere y pueda lograr un mejor apego a su tratamiento médico.

Si el resultado es una relación armoniosa o funcional y pese a ello se presenta una mal adherencia al tratamiento identificar los puntos débiles donde se dificulta el apego y crear algún tipo de estrategia en conjunto con el paciente que le permita lograr o llevar de manera adecuada su tratamiento médico prescrito.

Bibliografía

- Alcazar, J., Oliveras, A., Ortel, L., Jimenez, S., & Segura, J. (27 de 04 de 2020). *Hipertensión Arterial Escencial*. Obtenido de Nefrologia al día: <http://www.revista de nefrologia.com/esmonografias-nefrologia-dia-articulo-hipertension-arterial-esencial-23>
- Berenger, L. (2016). Algunas consideraciones sobre hipertensión arterial. *Medisan*, 24-38.
- Cabrera, M., López, J., Villaseñor, M., Hernandez, J., Granados, A., Reyes, R., (2013). Adherencia terapeutica de los pacientes con hipertensión arterial sistémica y factores codyuvanntes dela colonia "juan escutia", delegación Iztapalata, México, D.F. *Revista especializada de ciencias de la salud*, 62-68.
- Caceres, J., Herrero-Fernandez, D., & Iraugi, L. (2013). *Psicología Conductual, Características psicométricas y aplicabilidad clínica de la escala de ajuste diadico en parejas españolas. [PDF]*. Sevilla: Behavioral.
- Campos-Nonato, I., Hernandez-Barrera, L., Pedroza-Tobia, A., Medina, C., & Barquera, S. (2016). Hipertension arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnostico y tipo de tratamiento. Esanut MC 2016. *Salud Pública de México*, 233-243. doi:<https://doi.org/10.21149/8813>
- Diaz, M. (2014). Adherencia al tratmiento antihipetensivo en pacinetes del municipio de San Miguel del Padron. *Revista Cubana*, 598-597.
- Huerta, J. (2005). Medicina Familiar, la familia en el proceso salud enfermedad. *Alfil*, 14-15.
- Instituto mexicano del seguro social. (08 de 07 de 2014). *Diagnostico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de atención*. Recuperado el 18 de 11 de 2018, de Guías de Práctica Clínica: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (s.f. de s.f. de 2017). *Diagnostico y tratamiento de hipertensión arterial en el adulto mayor*. Obtenido de Guía de evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.HT ML>
- Jimenez, N. (S.F de S.F de 2015). *Influencia del ajuste diadico sobre el estado de salud familiar. Percepción de las parejas de familias nucleares de sevilla. España*. Obtenido de Tesis doctoral para diploma en enfermería.:

<http://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/27125/TESIS%20DOCTORAL%20NEREA%20JIMENEZ%20PICON.pdf?sequence=1>

- Julio Ceiltin, T. G. (1997). *Medicina de Familia "La clave de un nuevo modelo"*. Madrid, España: SemFYC.
- López, S., & Chavez, R. (2016). Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. *revista habanera de Ciencias Médicas*, 40-50.
- Maldonado, F., Vazquez, V., Loera, J., & Ortega-Padron, M. (2016). Prevalencia de la adherencia terapeutica en pacientes hipertensos con el uso del cuestionario MBG. *Atención Familiar*, 48-52. Obtenido de Aten. Fam.
- Martin, L., H, B., & Grau, J. (2008). Validacion del cuestionario MBG (Matin Bayarre Grau) para evaluar la adherencia terapeutica en hipertensión arterial. *Revista Cubana de Salud pública*, 1-10. Obtenido de <http://redalyc.org/articulo.oa?id=21420865012>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f de s.f de 2004). *Adherencia a largo plazo, pruebas para la acción*. Obtenido de Organización Mundial de la Salu: <https://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/nc-adherencia.htm>
- Parra, C. (S.F de S.F de 2016). *Evaluación del conflicto de pareja desde la perspectiva cognocitiva conductual*. Obtenido de Investigaciones en psicología: http://www.konradlorenz.edu.co/imagenes/investigaciones/psicologia/evaluacion_pareja.pdf
- Rondanelli, R. (2015). Hipertension arterial secundaria en el adulto: evaluación diagnostica y manejo. *Revista clinica médica Condes*, 164-174. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2015.04.003>
- Rosales, L. (S.F de S.F de 2013). *Disfunción erectil y disfuncionalidad del subsistema conyugal en pacientes diabeticos de la unidad de medicina familiar no. 75 Toluca, México*. Obtenido de Tesis para obtener el diploma de especialista en medicina familiar.: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14039/397362.pdf?sequence=1>
- Rosas, M., Palomo, S., Borrayo, G., Madrid, A., Almeida, E., Galvan, H., & Jose Antonio Magaña, e. (s.f. de s.f. de 2016). *Consenso de Hipertensión Arterial Sistemica*. Obtenido de Revista Mexicana del Instituto del Seguro Social: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27284844>
- Rubio, J. M. (2009). Estudio de validación de la escala de ajuste diadico (DAS) en población mexicana. 113-138.

- Rubio-Guerra, A. (2018). Nuevas guías del American College of Cardiology American Heart Association Hipertensión, para el tratamiento de la hipertensión ¿un salto en la dirección correcta? *Medicina Internade México*, 299-303.
- Spainer, G. (S.F de S.F de 2004). *Proyecto de apoyo a la evaluación psicológica clínica*. Obtenido de Universidad Complutense Madrid:
https://www.ucm.es/data/cont/docs/39-2013-02-21-IAS_F.pdf
- Suarez, E. (S.F. de S.F de 2014). *La presencia del infarto al miocardio modifica la funcionalidad del subsistema conyugal en pacientes de la UMF 75 Nezahualcoyotl. estado de México*. Obtenido de Tesis para obtener diploma de especialista en medicina familiar.:
<http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/14510>
- Tagle, R. (2018). Diagnostico de Hipertensión Arterial. *Revista clínica médica Las Condes*, 12-20. Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-diagnostico-de-hipertension-arterial-esencial-23>
- Villareal, E. (2015). *El protocolo de investigación en las ciencias de la salud*. México: Trillas.

XII. Anexos

XII.1 Hoja de recolección de datos

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 16
"Dr. Arturo Guerrero Ortiz"

FOLIO:

ASOCIACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL Y EL APEGO AL TRATAMIENTO MEDICO EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA UMF 16, QUERETARO. QRO.

Nombre del paciente	
NSS	
Fecha	

Datos sociodemográficos

Instrucciones: Encierre con un círculo su respuesta.

Edad	Estado civil	Sexo	Escolaridad	Ocupación
_____ años	(1) Casado (2) Unión libre	(1) masculino (2) femenino	(1) Ninguna (2) Primaria (3) Secundaria (4) Bachillerato (5) Licenciatura (6) Posgrado	(1) Empleado (2) Profesionista (3) Comerciante (4) Obrero (5) Hogar (6) Pensionado (7) Desempleado

Años de diagnóstico de hipertensión arterial sistémica: _____

Ajuste diádico: Funcional _____ No funcional: _____ puntos: _____

Adherencia al tratamiento: Adherido _____ No adherido: _____ puntos: _____

XI.2 Instrumentos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



FOLIO

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN A LA ADHERENCIA TERAPEUTICA MBG (Martín- Bayarre-Grau)

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Sexo: (H) (M) Ocupación: _____

Escolaridad: _____ Fecha de

diagnóstico: _____

Marcar con una "X" la casilla que corresponda a su respuesta.

	Siempre ⁽⁴⁾	Casi siempre ⁽³⁾	A veces ⁽²⁾	Casi nunca ⁽¹⁾	Nunca ⁽⁰⁾
1.- ¿Toma los medicamentos en el horario establecido??					
2.- ¿se toma todas las dosis indicadas?					
3.- ¿Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta?					
4.- ¿Asiste a las consultas de seguimiento programadas?					
5.- ¿Realiza los ejercicios físicos indicados?					
6.- ¿Acomoda sus horarios de medicación a las actividades de su vida diaria					

7.-¿Usted y su médico deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir?					
8.-¿Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos?					
9.-¿Lleva acabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos?					
10.-¿utiliza recordatorios que le faciliten la realización del tratamiento?					
11.-¿Usted y su médico analizan como cumplir el tratamiento?					
12.-¿Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico?					

ESCLA DE AJUSTE DIÁDICO

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha: _____

Marca con una X el espacio que refleje mejor tu posición actual en cada uno de los siguientes aspectos, en tu relación de pareja:

	Siempre de acuerdo ₍₅₎	Casi siempre de acuerdo ₍₄₎	Desacuerdo ocasional ₍₃₎	Desacuerdo Frecuente ₍₂₎	Casi siempre en desacuerdo ₍₁₎	Siempre en desacuerdo ₍₀₎
1.-Manejo de finanzas familiares						
2.-Diversiones						
3.-Cuestiones religiosas						
4.-Demostración de afecto						
5.-Amistad						
6.-Relaciones sexuales						
7.-Convencionalismos ¿Qué es lo correcto o lo incorrecto?						
8.-Filosofía de la vida						
9.-Relación con los suegros						
10.-Objetivos, fines y valores						
11.-Cantidad de tiempo para pasar juntos						
12.-Toma de decisiones importantes						
13.-Tareas domésticas						
14.-Intereses y actividades a realizar durante el ocio						
15.-Decisiones en relación con el trabajo						

	Siempre ₍₀₎	Casi Siempre ₍₁₎	A menudo ₍₂₎	Ocasionalmente ₍₃₎	Raramente ₍₄₎	Nunca ₍₅₎
16.-¿con que frecuencia has pensado en el divorcio o la separación?						
17.-¿con que frecuencia te vas de casa tras una pelea?						

18.-¿con que frecuencia piensas que las cosas van bien como pareja?	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
19.-¿confías en tu pareja?	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
20.-¿lamentas haberte casado?						
21.-¿con que frecuencia pelean?						
22.-¿con que frecuencia haces que el otro pierda los estribos?						

	Todos los días (4)	Casi todos los días (3)	Ocasionalmente (2)	Raramente (1)	Nunca (0)
23.-¿besas a tu pareja?					

	En todas (4)	Casi todas (3)	Algunas (2)	Pocas (1)	Ninguna (0)
24.-¿Participan juntos en actividades fuera de la pareja?					

¿con que frecuencia ocurre lo siguiente entre ustedes?

	Nunca (0)	Menos de una vez al mes (1)	Una o dos veces al mes (2)	Una o dos veces por semana (3)	Una vez al día (4)	Más a menudo (5)
25.- Intercambian ideas estimulantes						
26.- Rien juntos						
27.-Discuten algo con calma						
28.-Trabajan juntos en un proyecto						

En lo que sigue las parejas a veces están de acuerdo y otras en desacuerdo; indica si en las últimas semanas el desacuerdo en alguno de los puntos siguientes les ha causado problemas: (contesta Sí o No).

29.- Estar demasiado cansado(a) para hacer el amor: Sí (0) _____ No (1) _____

30.- Ausencia de demostración afectiva: Sí (0) _____ No (1) _____

	Muy insatisfecho (0)	Bastante insatisfecho (1)	Un poco insatisfecho (2)	Satisfecho (3)	Muy satisfecho (4)	Extremadamente satisfecho (5)	Perfecto (6)
31.-¿Qué tan							

satisfecho o esta con su relación?							
---	--	--	--	--	--	--	--

32.- De las formas que siguen: ¿cual refleja tu forma de ver el futuro de tu relación?

- 5 Deseo de todo corazón que nuestra relación tenga éxito y haría lo posible por que fuera así.
- 4 Deseo muchísimo que nuestra relación tenga éxito y hare lo que pueda para que sea así.
- 3 Deseo mucho que nuestra relación tenga éxito y hare mi parte para que sea así.
- 2 Sería bueno que nuestra relación tuviera éxito, pero no puedo hacer mucho más de lo que ya hago para que así sea.
- 1 Sería bueno que nuestra relación tuviera éxito, pero me niego hacer más de lo que ya hago para preservarla.
- 0 Nuestra relación nunca podrá ser un éxito. No hay nada más que yo pueda hacer para preservarla.

RESULTADOS:

Las puntuaciones van de 0 a 4, 0 a 5 y 0 a 6 puntos y 0 a 1 en las respuestas si y no, donde No = 1 y Si =0

Puntuación total: 151 puntos

≥ 100 puntos = relación **armoniosa**

≤ 99 puntos relación **conflictiva**

Consenso No. ítems	Satisfacción No. ítems	Cohesión No. ítems	Expresión de afecto No. ítems
1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15 Subtotal: 65 puntos.	16,17,18,19,20,21,22,23,31,32. Subtotal: 50 puntos	24,25,26,27,28 Subtotal: 24 puntos	4,6,29,30 Subtotal : 12 puntos.

XI.3 Carta de consentimiento informado.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	La asociación de la funcionalidad del subsistema conyugal y la adherencia al tratamiento médico en pacientes hipertensos de la UMF 16. Querétaro.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, UMF No 16.
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la funcionalidad del subsistema conyugal y el apego al tratamiento médico en pacientes hipertensos.
Procedimientos:	Realización de encuestas en pacientes hipertensos que cumplan con los criterios de inclusión.
Posibles riesgos y molestias:	Disgusto al realizar la encuesta. No deseo de participar.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Aplicación de encuestas y valoración de su situación conyugal actual así como conocer y concientizar el apego a su tratamiento médico.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le informara de su resultado de su encuesta y posibles soluciones terapéuticas.
Participación o retiro:	El retiro no afectará la atención médica que recibe en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El uso de la información será anónimo y confidencial.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	No 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):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Informar sobre los resultados obtenidos en las encuestas para la intervención necesaria (psicoterapia, terapia de pareja o atención psiquiátrica) y mejorar el estado de salud en los derechohabientes hipertensos con una valoración integral del equipo de salud.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	Dra. Luz Dalid Terrazas Rodríguez, Coordinador Clínico de educación e investigación en Salud UMF16 Querétaro, Matricula 11048859, Tel: 4421 85 93 86, ext. 51503, correo electrónico: luzdalidterrazas@hotmail.com
Colaboradores:	Médico residente: Dianay Mendoza Ramírez, Cel. 44 23005705 Matricula: 99238258, correo electrónico: meradi07@gmail.com

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 padre, madre o cuidador:	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento:
Nombre y firma testigo:	Testigo:

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013