



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



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

TESIS

**SATISFACCIÓN MARITAL Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL DE LA
PRESION ARTERIAL SISTÉMICA.**

Tesis para obtener el grado de:
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA**

JOSE ANTONNIO CARRANZA PEÑA

ASESORA

DRA. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ

MAESTRA EN CIENCIAS EN FARMACOLOGÍA CLÍNICA

CO-ASESORES

DRA. FANNY BARRIOS YÁÑEZ

MEDICO FAMILIAR

CO-ASESOR ESTADISTICO

MAT. CARLOS GOMEZ ALONSO

COORDINADOR ANALISTA “A” CENTRO DE INVESIGACION BIOMEDICA IMSS

MORELIA, MICHOACÁN, MÉXICO FEBRERO 2015



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN

DRA. OLIVA MEJIA RODRIGUEZ
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN MICHOACÁN

DRA. WENDY LEA CHACON PIZANO
COORDINADORA AUXILIAR MEDICO DE EDUCACIÓN

DR. RUBEN RICARDO GARCÍA JIMÉNEZ
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80

DRA. MAYRA EDITH VIEYRA LÓPEZ
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF No. 80

DRA. ANA ITANDEHUI MARTÍNEZ PIÑON
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR UMF No.



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHAVEZ”
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

DR. DANIEL ZALAPA MARTINEZ

JEFE DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS “DR. IGNACIO CHÁVEZ”
UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

DR. RAYMUNDO ALAIN OROZCO

COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS “ DR. IGNACION CHÁVEZ”
UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO.

Este trabajo se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Morelia Michoacán, México.

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

DR. JOSÉ ANTONIO CARRANZA PEÑA

MEDICO RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

TUTOR:

DRA. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN FARMACOLOGÍA CLÍNICA
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN MICHOACÁN

CO - TUTOR

DRA. FANNY BARRIOS YÁÑEZ

MEDICO FAMILIAR

CO - TUTOR

MAT. CARLOS GOMEZ ALONSO

COORDINADOR ANALISTA "A" CENTRO DE INVESIGACION BIOMEDICA IMSS

MÉXICO

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1602
H GRAL REGIONAL NUM 1, MICHOACÁN

FECHA 25/07/2013

M.C. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ

P R E S E N T E

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

SATISFACCIÓN MARITAL Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL

que usted 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 **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro

R-2013-1602-26

ATENTAMENTE

DR.(A). MARIO ALBERTO MARTÍNEZ LEMUS

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1602

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

Dra. Oliva Mejía Rodríguez, gracias por la confianza que me brindo al invitarme a participar en este proyecto, así como por enseñarme y hacerme ver con paciencia y calidez el lado interesante de la investigación, gracias por su constancia y entrega ante nosotros ya que siempre está al pendiente de la residencia, y sin usted esto no hubiera sido posible, admiro su entrega y pasión con que hace su trabajo.

Dra. Mayra Edith Vieyra López, gracias por demostrarme que se puede ser un excelente médico sin importar la especialidad o el área en donde nos desempeñemos, por darnos ese apoyo para tener una mejor residencia, por esas palabras de aliento cuando fueron necesarias.

Dra. Fanny Barrios Yáñez, gracias por compartir esos conocimientos en el área operativa como en otros ámbitos.

Mat. Carlos Gómez Alonso, por compartir ese conocimiento en el área de la investigación, por hacer que las cosas complicadas parecieran mas fáciles, por estar ahí en todo momento que fue necesario, por la amistad brindada en este tiempo.

A mis compañeros, por esa amistad que me brindaron durante este tiempo, por compartir en tiempo de alegría, de tristeza por hacer un buen equipo de trabajo, a pesar de lo cansados o enfadados siempre estuvo primero el bienestar de los pacientes, gracias por demostrar el profesionalismo y el buen equipo que formamos.

Al personal de la unidad de Medicina Familiar No. 80, por ser parte de mi formación, por compartir sus conocimientos, por brindarme el apoyo necesario durante este tiempo.

DEDICATORIA

Dedico mi proyecto de investigación a dos seres humanos maravillosos los cuales me han brindado su apoyo incondicional mis padres José Sergio Carranza Castro y Rosa Peña Santana:

Gracias mamá por darme la vida y ser fuente de inspiración, por ser un ejemplo de fortaleza, gracias por mostrarme día a día que eres una gran mujer y por darme tanto amor.

Gracias papá por ser un ejemplo a seguir, siempre te he admirado, gracias por enseñarme el buen camino en la vida, por compartir tus enseñanzas en el área medica como en lo personal.

A mis hermanos, Alejandra, Ricardo, Sergio y Gregorio, por estar conmigo y enseñarme que los grandes esfuerzos en la vida tienen una gran recompensa, por apoyarme en cada una de las tareas, por esas palabras de aliento y también por las llamadas de atención cuando fueron necesarias.

A Shaindel por mostrarme que podemos ser mejores individuos cuando las cosas las hacemos con pasión, por darme siempre palabras de aliento, gracias por el apoyo en la realización de este proyecto.

ÍNDICE

Resumen.....	2
Abreviaturas	4
Relación de tablas y figuras	5
Introducción.....	6
Antecedentes	8
Planteamiento del problema	19
Justificación	20
Hipótesis y objetivos	21
Materiales y métodos	22
Resultados.....	32
Discusión	44
Conclusiones	46
Sugerencias	47
Referencias	48
Anexos	54

RESUMEN

La hipertensión arterial actualmente es la séptima causa de muerte en México, con mayor prevalencia en mujeres que en hombre. Según la Norma Oficial Mexicana la hipertensión arterial es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de la presión arterial a cifras $\geq 140/90$. Es producto del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico. Sin embargo, la HTA puede evolucionar dependiendo de la relación satisfactoria o insatisfactoria que se da en la pareja.

Objetivo Conocer el grado de satisfacción marital en mujeres hipertensas y su relación con el control de la presión arterial.

Materiales y métodos: Se trata de un estudio descriptivo, transversal. Se estudió a cien mujeres con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica, con un rango de edad de 25 a 60 años, se registraron las características de las pacientes, se clasificaron dentro de la medida de control o descontrol según el JNC VII y se aplicó el inventario multifacético de satisfacción marital.

Resultados: La edad promedio fue de 51.29 ± 5.27 años, se relacionaron los dominios del IMSM encontrándose el valor más alto el funcionamiento con la familia $r = .916$ y los dominios con menor correlación fueron físico-sexual y funcionamiento con $r = .429$. En el grupo de descontrolados el puntaje de satisfacción marital se asoció a una PAS en un 1.7% de varianza, mientras que en el grupo de los controlados es de un 2.8%.

Conclusiones: La presión arterial controlada en pacientes hipertensas se asoció con altos puntajes en el Inventario Multifacético de Satisfacción Marital.

Palabras clave: hipertensión; presión arterial; satisfacción marital,

ABSTRACT

Hypertension is currently the seventh leading cause of death in Mexico, with higher prevalence in women than in men. According to Norma Oficial Mexicana hypertension is a syndrome of multiple etiology characterized by a persistent elevation of blood pressure $\geq 140/90$. Is the result of an increase in peripheral vascular resistance and systemic vascular result in damage. However, the HTA may change depending on the satisfactory or unsatisfactory relationship between the partners.

Objective: Knowing the degree of marital satisfaction in hypertensive women and their relation to the control of blood pressure.

Materials and methods: This is a descriptive and cross-sectional study. We have studied a hundred women diagnosed with hypertension, with an age range of 25-60 years, patient characteristics, classified within the control measure or uncontrolled hypertension according to JNC VII were recorded and applied the inventory of many facets of marital satisfaction.

Results: The average age was 51.29 ± 5.27 years, were related to the search IMSM higher value work and family domains and $r = 0.916$ domains were correlated with lower physical functioning sexualll and $r = 0.429$. In-group score uncontrolled marital satisfaction was associated with PASM 1.7 % of the variance, while the control group is 2.8 %.

Conclusions: The controlled blood pressure in hypertensive patients was associated with higher scores on the Multifaceted Inventory of Marital Satisfaction.

Keywords: hypertension; blood pressure; marital satisfaction

ABREVIATURAS

GBD Gestor de base de datos

HTA Hipertensión arterial sistémica

IMSM Inventario Multifacético de Satisfacción Marital

JNC VII Joint Nacional Committee (séptimo informe del Joint Nacional Committee sobre prevención detección evaluación y tratamiento de la Hipertensión arterial).

SINAIS Sistema Nacional de Información en Salud

SPPS Statistical Package for the Social Sciences

PAS: Presión Arterial Sistólica

RELACION DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla I.- Asociación de la escolaridad con hipertensión descontrolada	33
Tabla II.- Relación del número de Hijos con Hipertensión descontrolada.....	34
Tabla III.- Fiabilidad del Inventario Multifacético de Satisfacción Marital (IMSM)	35
Tabla IV.- Correlación de los dominios del Inventario Multifacético de Satisfacción Marital (IMSM)	36
Figura 1.- Distribución de frecuencia por edad	32
Figura 2.- Correlación del puntaje total del Inventario Multifacético de Satisfacción Marital y la presión arterial sistólica	37
Figura 3.- Correlación del dominio físico sexual con la presión arterial sistólica.....	38
Figura 4.- Correlación del dominio familia con la presión arterial sistólica	39
Figura 5.- Correlación de la interacción con la presión arterial sistólica	40
Figura 6.- Correlación del dominio funcionamiento con la presión arterial sistólica.....	41
Figura 7.- Correlación del dominio diversión con la presión arterial sistólica	42
Figura 8.- Correlación del dominio hijos con la presión arterial sistólica	43

INTRODUCCIÓN.

La vida en pareja evoca la plena realización del ser humano, esperando que la vida conjunta se enriquezca con todo aquello que pueda dar amor. El hombre y la mujer se crean expectativas de su relación de pareja, esperan que todas sus necesidades sean satisfechas a lo largo de su relación matrimonial, encontrando en ésta, parte o su total realización individual. En la medida en que dichas necesidades sean satisfechas se puede hablar de la satisfacción o insatisfacción marital.

La hipertensión arterial actualmente es la séptima causa de muerte en México con mayor prevalencia en mujeres que en hombre, no obstante en el estado de Michoacán cada año se presentan 20 mil nuevos casos, lo cual indica que las cifras van en aumento. La Organización Mundial de la Salud define a la hipertensión arterial como, “la elevación crónica de la presión sanguínea sistólica, de la diastólica, o de ambas, en las arterias”.

El sector de la población que padece hipertensión arterial está bajo dos condiciones; la medida de control y la de descontrol.

Sin embargo, la HTA se puede desarrollar o evolucionar dependiendo de la relación satisfactoria o insatisfactoria que se da en la pareja, a partir de la experiencia durante el matrimonio.

La satisfacción que tienen los miembros de una pareja en cuanto a su relación, conceptualizada como satisfacción marital, la cual abarca tales rubros y esquemas como son: la comunicación, la interacción, los aspectos físicos-sexuales, los hijos, las diversiones, así como, la toma de decisiones, que en conjunto lleva a percibir la relación marital como satisfactoria o insatisfactoria. No obstante, en ocasiones estas áreas se alteran y se deteriora la relación, teniendo como resultado la generación de enfermedades (alcoholismo, hipertensión arterial, depresión, trastornos de ansiedad, etc.)

Actualmente no se habían realizado estudios que vincularán las variables satisfacción marital, hipertensión arterial, sin embargo se han analizado como enfermedades psicosomáticas debido al estrés. Por ello era importante conocer si ambas están vinculadas, para poder tomar medidas preventivas y disminuir los casos de HTA, que cada vez afectan más a la población mexicana.

ANTECEDENTES

El Censo de Población y Vivienda 2010 contabilizó a 4 351 037 personas residentes en el territorio michoacano, se contabilizaron 2 102 109 hombres que representan el 48.3% y 2 248 928 mujeres siendo el 51.7%, lo que significa que hay 93 hombres por cada cien mujeres. En 2010 la población menor de 15 años representó el 30.3% del total, mientras que la que se encuentra en edad laboral 15-64 años, constituye el 62.3% y la población en edad avanzada representó 7.4% de los habitantes del estado. ¹

En la actualidad los datos estadísticos presentados por el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) y la Secretaría de salud (2008), basado en la lista GBD (gestor de base de datos) de 165, se reveló que la hipertensión arterial fue la séptima causa de muerte en México con una tasa del 14.7%, con un índice de 8.898 muertes en mujeres a nivel nacional, por el contrario, en los hombres se registran 6.226 muertes, no obstante; la tasa de mortalidad aumentó a 159.1 en los adultos mayores de 65 años. ^{2,3}

La elevada prevalencia de la HTA en la población general y la importancia de su detección temprana y de su tratamiento, así como de lograr un adecuado control de HTA y de otros factores de riesgo, con frecuencia asociados a la HTA, hacen que estos pacientes presenten un elevado costo sanitario. ⁴

Las enfermedades hipertensivas ocupa la quinta causa de muerte dentro de las 10 principales causas de muerte en mujeres con un 3.73% ⁴La 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.

La hipertensión arterial es un importante factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y renales. La mortalidad por estas complicaciones ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas. Así pues, las enfermedades del corazón, la enfermedad cerebrovascular y las nefropatías se encuentran entre las primeras causas de muerte. ⁴

La HTA es un condicionante de riesgo, tanto por sí misma como por su frecuente coexistencia con otros factores de riesgo; así, por ejemplo, en el 11% de los pacientes con síndrome metabólico, la HTA es el principal determinante del riesgo asociado a él ⁵.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978) designa que la hipertensión arterial (HTA) es la elevación crónica de la presión sanguínea sistólica, de la diastólica, o de ambas, en las arterias. Cuanta más alta se mantiene la presión, sistólica o diastólica, mayores son la morbilidad y la mortalidad por enfermedades cardiovasculares.

Según la Norma Oficial Mexicana la hipertensión arterial es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de la presión arterial a cifras $\geq 140/90$. Es producto del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico. ⁶

El sector de la población que padece hipertensión arterial está bajo dos condiciones; la medida de control, y la de descontrol. Se estima que un billón de personas en el mundo padece de hipertensión arterial⁷. Al respecto, el estudio PRESCAP (SEMERGEN) indica que la obesidad, el consumo de alcohol, el sedentarismo y la edad son los mejores predictores de un control inadecuado de la presión arterial. ⁸

La hipertensión es un enfermedad crónica y asintomática, lo que requiere la adhesión a la medicación prescrita para reducir los riesgos de accidente cerebrovascular, enfermedad cardiovascular y enfermedad renal⁹, los pacientes que fueron diagnosticados recientemente como hipertensos tienen empeoramiento de su vida marital y en el hogar al año siguiente del diagnóstico, independientemente de su estado de absentismo o el tratamiento. ¹⁰

Si tenemos la intención de reducir o prevenir las consecuencias psicológicas negativas del diagnóstico de la hipertensión, es necesario poner a disposición información sobre los riesgos de la hipertensión ya que tenemos proporcionar esta información de manera neutral empática¹¹.

Los factores genéticos, están condicionados por una vulnerabilidad biológica heredada con un historial familiar de HTA (por los padres). De esta manera, los hijos tienen una predisposición genética a desarrollar enfermedades y tienden a repetir ciertos patrones familiares al momento de elegir a una pareja. Los cambios en el estilo de vida y la alimentación han incrementado la prevalencia de obesidad y dislipidemias estando estas relacionadas con los factores de riesgo para hipertensión arterial. ¹²

La hipertensión se vuelve más común en mujeres que en hombres mayores de 55 años y es particularmente frecuente entre las mujeres negras,¹³ convivir con hipertensión arterial es algo que enfrentan estas mujeres, desde el momento que son diagnosticadas, hasta tener que coexistir diariamente con la enfermedad, situación que desencadena sentimientos de angustia y miedo, lo cual es un proceso de difícil adaptación.¹⁴

Podemos revelar que el diagnóstico de la hipertensión arterial, para las mujeres genera sentimientos que conducen a alteraciones emocionales que repercuten en el control de la presión arterial. ¹⁴

Son muchos los factores fisiopatológicos que han sido considerados en la génesis de la hipertensión esencial: el incremento en la actividad del sistema nervioso simpático (SNS), tal vez relacionado con excesiva exposición o respuesta al estrés psicosocial 'cultural', es decir del impacto de la vida moderna; la sobreproducción de hormonas ahorradoras de sodio y vasoconstrictoras; la alta ingesta de sodio; la inadecuada ingesta de potasio y calcio; el incremento en la secreción o la inapropiada actividad de la renina, con resultante incremento en la producción de angiotensina II y aldosterona (SRAA); la deficiencia de vasodilatadores, tales como la prostaciclina, el óxido nítrico (ON) y los péptidos natriuréticos.¹⁵

Múltiples factores se han relacionado con la hipertensión arterial pero el elemento básico es la disfunción endotelial y la ruptura del equilibrio entre los factores vasoconstrictores y vasodilatadores. Así como también factores hormonales (el sistema de captación y descarboxilación de los precursores de grupo amino digestivo y el síndrome anémico).¹⁶

El riñón es el único sitio conocido en donde la prorenina es convertida en renina y la única fuente de renina plasmática. El hígado es el lugar más importante de expresión del gen del angiotensinógeno, pero el RNAm del angiotensinógeno se expresa en varios lugares extrahepáticos, incluidos el cerebro, grandes arterias, el riñón, tejido adiposo y el corazón. Se ha estimado que más del 85% de la angiotensina I se forma dentro de los tejidos, más que en el plasma. Una vez obtenida la angiotensina I a partir del angiotensinógeno por la acción de la renina, es convertida proteolíticamente en angiotensina II por la enzima convertidora de angiotensina, principalmente a nivel pulmonar. Sin embargo, ahora se sabe que muchos tejidos, incluidos vasos sanguíneos, riñón, corazón y cerebro son capaces también de generar en forma local angiotensina II a través de vías no dependientes de la enzima convertidora de angiotensina (vías no-enzima convertidora angiotensina) como la vía de la quinasa, carboxipeptidasa, catepsina G, (teniendo como sustrato la angiotensina I) y a través de la vía de catepsina, tonina y activador del plasminógeno.¹⁶

La angiotensina II posee acciones presoras rápidas y lentas. La “respuesta rápida” a la angiotensina II se caracteriza por una contracción inmediata del músculo liso arteriolar, que alcanza su máximo en segundos y desaparece en dos a tres minutos. Por el contrario, la “respuesta lenta” estaría involucrada en la producción de la hipertensión experimental y humana. Consiste en una elevación progresiva de la presión arterial por infusión continua de dosis subpresoras de angiotensina II (inferiores al umbral de vasoconstricción aguda).¹⁸

La hipertensión se desarrolla entre 4 y 7 días. Solo hay un aumento transitorio de la angiotensina II plasmática, que luego se mantiene dentro de límites comparables a los previos a la infusión. Esto es muy similar a lo que se comprueba en la hipertensión esencial establecida, que se caracteriza por un aumento aislado de la resistencia periférica.¹⁸

No existe una definición estándar ni un consenso sobre la satisfacción marital, cada investigador lo define de un modo diferente de acuerdo a las variables que considere importante para él, las variables comúnmente utilizadas son la felicidad del individuo, la percepción de la relación, la interacción en esta, la igualdad de recursos y obligaciones, el sexo y el placer o displacer percibido, etc. De igual manera existen varios términos para nombrar a este concepto: Ajuste marital, armonía marital, satisfacción marital, felicidad marital, ajuste didáctico marital, etc. Sin embargo el fondo de todos estos términos son usados para detonar el grado de satisfacción que el individuo encuentra dentro de su relación con su pareja.

Dentro de los estudios que se han realizado sobre este tema, el término "satisfacción marital", ha tomado diversos significados entre los más destacados son los siguientes:

Locke y Wallace (1959), definen el ajuste marital en términos de acomodación al cónyuge, lo cual sugiere un proceso de la diada, más que una actitud del individuo y es unidimensional.¹⁹

Por otro lado Hicks y Platt (1970), definen a la satisfacción marital como una evaluación global y subjetiva, que un sujeto hace de su cónyuge y su relación.²⁰

Burr (1970) define la satisfacción marital como la relación subjetiva experimentada al matrimonio de uno, evaluando aspectos específicos de la vida matrimonial.²¹

Berger y Kellner (1970), definen a la satisfacción marital como una realidad construida por los miembros de la diada marital, sugiriendo que no es lo que sucede en el matrimonio, sino cómo lo definen los miembros.²²

Estudios anteriores han encontrado que las mujeres tiene menor satisfacción que los hombres, ya que en las evaluaciones sus puntuaciones tienden a presentar niveles más bajos de satisfacción que las de los hombres.²³⁻²⁴⁻²⁵

La satisfacción marital es la actitud hacia la interacción marital y aspectos del cónyuge o la evaluación subjetiva de la relación en una pareja de casados.²⁶

El concepto de satisfacción marital se ha definido como la percepción de la interacción marital y los aspectos de la pareja también puede ser explicada como la opinión subjetiva que los cónyuges tienen sobre su relación y su pareja. Sin embargo, este concepto puede utilizarse para describir las acciones que ejecuta la pareja en su relación y que son placenteras para ellos.²⁷

Existen autores que coinciden con la idea de que los miembros de una pareja estarán satisfechos con su relación, solo cuando en ésta se cumplan las expectativas que se tenían con respecto a la forma de convivencia mutua.²⁸⁻²⁹⁻³⁰⁻³¹

La satisfacción marital disminuye conforme aumenta el número de hijos y para las mujeres esta disminución es más severa cuando los hijos son jóvenes.

Factores como la ansiedad, el estrés marital, y la exposición a la vida temprana adversidades se han relacionado con el riesgo cardiovascular en las mujeres.³²

Aunque existen estudios donde no se encontraron niveles clínicos de ira ni de ansiedad ni depresión en los pacientes con diagnóstico de hipertensión con estas personas se evidenciaron mecanismos de supresión de la ira.³³

Sin embargo, la HTA puede evolucionar dependiendo de la relación satisfactoria o insatisfactoria que se da en la pareja, a partir de la experiencia durante el matrimonio.

La probabilidad de riesgo hipertensivo se incrementa en función de la combinación de antecedentes familiares con los rasgos de personalidad y determinados factores psicológicos.³⁴

La satisfacción que tienen los miembros de una pareja en cuanto a su relación, conceptualizada como satisfacción marital, abarca tales rubros y esquemas como son: la comunicación, la interacción, aspectos físicos-sexuales, los hijos, diversiones, así como la toma de decisiones que en conjunto conllevan a percibir la relación marital como satisfactoria o insatisfactoria.³⁵

Se utilizó el Inventario Multifacético de Satisfacción Marital (IMSM) validado y estandarizado en la ciudad de México.³⁵

El cual es un instrumento de 47 ítems con una escala de respuesta tipo Likert con un rango de 1 (me disgusta mucho) a 5 (me gusta mucho). Está constituido por seis factores que son: interacción conyugal (la frecuencia con que mi pareja se interesa en mis problemas), físico-sexual (la forma en que mi pareja aborda nuestras conversaciones), organización-funcionalidad (la contribución de mi pareja en los gastos familiares), familia, diversión (la frecuencia con la que mi pareja propone que se distribuyan las tareas familiares) e hijos (la forma en que mi pareja educa a nuestros hijos).

En el estudio donde se validó ese cuestionario se seleccionaron los 10 ítems de mayor peso factorial de los 47 del IMSM dentro de cada uno de los factores. En el análisis de confiabilidad, el Inventario tuvo un $\alpha = 0.90$, lo cual nos indica que el instrumento es confiable y adecuado para la muestra que participó además de que cada reactivo es útil para mantener una confiabilidad alta.

Los reactivos 5, 6, 7, 8 y 10 resultaron en el factor uno que se refiere a la satisfacción de organización y funcionalidad (estructura de la relación y establecimiento de las funciones y reglas dentro de la relación), mientras que los reactivos 1, 2, 3, 4 y 9 se refieren a la interacción conyugal (áreas afectiva, emocional y de comprensión). Los seis factores que evalúa este instrumento son: Interacción (14 ítems), físico-sexual (11 ítems), organiza- Funciona (6 ítems), familia (4 ítems), diversión (6 ítems), hijos (6 ítems). Los resultados muestran que la validez y confiabilidad de la escala son apropiadas. La escala es efectiva, útil, y fácil de aplicar en la población mexicana.³⁵

No obstante, Ríos J. (2006), establece que: “existen Modelos para la Estabilidad de la Relación, mencionando la dinámica que caracteriza a la pareja inestable-insatisfactoria, en la que se presenta un conflicto permanente con claras manifestaciones externas del mismo.³⁶Sus miembros son conscientes de la realidad que viven, pero no hacen nada por modificarla, ya que la preferencia electiva del mecanismo de ajuste se polariza en conductas igualmente conflictivas bajo formas de agresividad, rigidez, alcoholismo y disfunciones sexuales”.³⁶

El estrés y la frustración podría crear un efecto adverso bioquímicamente por medio de catecolaminas y cortisol, que puedan menoscabar el control de la presión arterial, así como exacerbar disfunción sexual⁽³⁷⁾. Existen estudios que demuestran que el manejo de estrés es una alternativa no farmacológica coadyuvante en el control de la hipertensión arterial, recomendable en poblaciones más grandes.³⁸

Hay pruebas de que el sufrimiento de la pareja, conceptualizado como síntomas físicos, problemas psicológicos, y la angustia existencial o espiritual, influye directamente en la depresión y la prevalencia de enfermedad cardiovascular³⁹. En los últimos años se ha producido un incremento de la investigación acerca del valor pronóstico de los estados emocionales negativos sobre la aparición y evolución de la enfermedad coronaria⁴⁰.

En otras enfermedades crónicas como la diabetes, las investigaciones determinaron que la inclusión de un programa de inteligencia emocional incrementó la calidad de vida y el bienestar de los pacientes. ⁴¹

La creciente evidencia sugiere que tanto los individuos mayores y jóvenes con depresión significativa están en mayor riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular. ⁴²

Wei y wang encontraron que el 12 % de los hipertensos presentaban síntomas de ansiedad. ⁴³, recordando el rol que juega la mujer hoy en día en el cuidado de sus hijos o esposos, el estrés elevado causado por la exposición a un ser querido el sufrimiento puede ser una vía al riesgo de contraer la enfermedad cardiovascular. ⁴⁴

El estrés inducido tiene un efecto negativo sobre la presión arterial ambulatoria, de manera que los pacientes que se someten a los mensajes negativos a menudo tienen presión arterial elevada 24 horas después del estímulo. ⁴⁵

La depresión y el apoyo social desempeñan un papel mucho mayor en la satisfacción con la calidad de vida que en las limitaciones observadas en las funciones físicas básicas. ⁴⁶

La depresión es un factor de riesgo importante para los eventos cardiovasculares adversos en las mujeres, aumentando el riesgo de una mujer de al menos el 50%. ⁴⁷ Además, la depresión es uno de los predictores más fuertes de la falta de adherencia a tratamiento médico, y con una importante relación con los hábitos de vida tales como fumar y vida sedentaria. ⁴⁸

Estudios sugieren que la persistencia de la presión sanguínea aumentada en respuesta al estrés puede ser una característica más sobresaliente en la comprensión de su impacto potencial en la regulación cardiovascular a largo plazo. ⁴⁹

Los pacientes hipertensos usan una variedad de métodos de auto-cuidado, incluyendo la monitorización en casa, así como la adherencia a la medicación prescrita. Es importante reconocer la conducta de autocuidado de los pacientes hipertensos, con el fin de evaluar el daño potencial, y fomentar los métodos eficaces de auto-cuidado.⁵⁰

Podemos considerar al alargamiento pasivo como un importante método no-medicamentoso para el tratamiento de la hipertensión arterial.⁵¹ La terapia cognitivo conductual es eficaz para el manejo de la hipertensión arterial.⁵² Algunos estudios destacan la importancia de la evaluación de factores psicosociales para optimizar el tratamiento de la hipertensión.⁵³

Aunque los mecanismos no están claros, un programa basado en el grupo de intervención psicosocial para las mujeres con enfermedad coronaria puede prolongar la vida independiente de otros factores pronósticos⁵³

Es de primordial importancia para el médico familiar observar la mayor prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular, independientemente de la estructura familia,⁵⁴ la alta prevalencia de depresión mayor en población hipertensa obliga a los profesionales de la salud a estar atentos a las manifestaciones clínicas que sugieran su presencia en este grupo de usuarios.⁵⁵

Es importante explorar las dinámicas de vida de personas con enfermedades crónicas en sus diferentes áreas de expresión, y comprender como sus actores participan en sus procesos de salud , como vía para potenciar el bienestar, la salud y la calidad de vida.

La asociación entre un control glucémico mayor y la satisfacción marital se comprobó en adultos tratados con insulina.⁵⁶

La artritis reumatoide tiene un impacto negativo sobre la satisfacción marital, lo cual puede repercutir en el bienestar y evolución de los pacientes con dicha enfermedad.⁵⁸

Se han descrito factores relacionados con el descontrol de la hipertensión arterial, en orden de importancia son: tomar más de dos fármacos antihipertensivos, recibir atención de un médico general, ser atendido por un médico con más de 20 años en el servicio, ser atendido en el turno matutino, la edad, el IMC y los niveles séricos de creatinina.⁵⁸

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La satisfacción marital definida por algunos autores como la felicidad del individuo ante su pareja, incluye rubros como la percepción de la relación la interacción en esta la igualdad de recurso y obligaciones, siendo que el individuo con mayor índice de insatisfacción marital tiende a tener mayores niveles de estrés lo cual nos lleva a un aumento de las cifras de tensión arterial desencadena por las reacciones bioquímicas inducidas por el mismo, por lo cual la presencia de insatisfacción marital nos llevaría a un mayor número de pacientes hipertensas descontroladas.

En la práctica clínica del médico familiar es poco frecuente el reconocer el grado de la satisfacción marital de los derechohabientes y así como la relación que existe entre la baja satisfacción marital y el descontrol o mal apego al tratamiento médico establecido.

El interés de la presente investigación es identificar el grado de satisfacción vivida en pareja para el bienestar mental y físico, teniendo por objetivo identificar la correlación existente entre, el nivel de control o descontrol de la HTA por lo cual nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación de la satisfacción marital con el descontrol de la presión arterial?

JUSTIFICACIÓN

Este estudio fue muy conveniente que se llevara a cabo ya que actualmente no se habían realizado estudios que vincularan las variables: satisfacción marital y la hipertensión arterial.

Este estudio ayudó a conocer si existía relación entre el grado de satisfacción marital y los niveles de presión arterial en mujeres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Beneficia a nuestra sociedad en general, en general a las pacientes hipertensas, ya que se identificó que existe relación entre la satisfacción marital y la presión arterial, se puede realizar estrategias para beneficiar su estado de salud.

Nos ayuda a conocer el rol que la pareja asume con la paciente con hipertensión arterial sistémica. Aportó nuevo conocimiento médico en área biopsicosocial en la hipertensión arterial sistémica.

Al finalizar el estudio se les hará de su conocimiento a todos los médicos de la UMF 80, sobre la finalidad identificar si la satisfacción marital influye en el control o descontrol de la HTA, para poder tomar medidas preventivas y disminuir los casos de complicaciones por hipertensión

Es factible realizar este estudio ya que actualmente no se cuenta con estudios realizados en el Instituto Mexicano del Seguro Social que evalué el impacto de la satisfacción marital en el control o descontrol de la hipertensión arterial sistémica.

De ser comprobada la hipótesis se podrá recomendar al médico familiar el realizar investigación sobre el estado marital de las pacientes hipertensas para así llevar a cabo conjuntamente con el psicólogo una estrategia para evitar el descontrol de la presión arterial y por ende las múltiples complicaciones de esta patología.

HIPÓTESIS

La satisfacción marital se relaciona con un mejor control de la presión arterial.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

- Conocer el grado de satisfacción marital en mujeres hipertensas derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social y su relación con el control de la presión arterial.

Objetivo específico:

- Identificar el grado de satisfacción marital en relación a la presión arterial.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de investigación: Observacional.

Método de observación: Transversal.

Tipo de análisis: Descriptivo.

Temporalidad: Retrospectivo.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión.

1. Mujeres de 25 a 60 años de edad.
2. Ser derechohabientes de la UMF 80.
3. Que vivan en matrimonio o en pareja.
4. Que estén de acuerdo en participar voluntariamente y contestar el cuestionario.
5. Firmar el consentimiento informado.

Criterios de no inclusión:

1. Pacientes con diagnóstico de otras enfermedades crónico degenerativas.
2. Pacientes divorciadas.
3. Que no deseen participar en la contestación del cuestionario.
4. Pacientes que no sepan leer ni escribir.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes que no deseen continuar en el estudio de manera voluntaria.
2. Cuestionarios incompletos o mal requisitados.

VARIABLES

Variables Independientes:

- Satisfacción Marital.

Variable Dependiente

- Presión arterial.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Variable	Descripción	Tipo	Medición
Edad	Años de vida del paciente	Cuantitativa	Años
Peso	Fuerza con que la tierra atrae a los cuerpos	Cuantitativa	kilogramos
Talla	Estatura de una persona, medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza.	Cuantitativa	Metros
Índice de masa corporal	Relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad.	Cuantitativa	Kilogramo/metro ² .
Hipertensión arterial sistémica	Aumento persistente de la tensión arterial sistólica y o diastólica medidas en ocasiones espaciadas igual o superiores a 140/90 .	Cuantitativa	Milímetros de Mercurio (mmHg)

Glucosa	<p>Glúcido monosacárido formado por 6 carbonos. Es una de las moléculas orgánicas más abundantes en los seres vivos; además de molécula estructural, es utilizada como combustible universal y su oxidación produce energía en forma de ATP, CO₂ y H₂O.</p>	Cuantitativa	Miligramos/decilitro mg/dl
Urea	<p>Compuesto que se sintetiza en el hígado, se elimina principalmente por el riñón, corresponde con el producto final de la degradación de las proteínas.</p>	Cuantitativa	Miligramos/decilitro mg/dl

Creatinina	Metabolito nitrogenado producto de la degradación de la creatina por deshidratación; se encuentra en la orina.	Cuantitativa	Miligramos/decilitro mg/dl
Ácido úrico	Producto final del catabolismo de las purinas. La mayor parte del ácido úrico se elimina por la orina y el resto es vertida al intestino y degradada por las bacterias.	Cuantitativa	Miligramos/decilitro mg/dl
Colesterol	Lípido esteroide presente en todos los tejidos animales. Es el precursor de diferentes hormonas esteroide, interviene en la formación de todas las membranas citoplasmáticas.	Cuantitativa	Miligramos/decilitro mg/dl

Triglicéridos	Los triglicéridos son la principal forma de almacenamiento de energía en las células. Son lípidos formados por una molécula de glicerol esterificado con tres ácidos grasos	Cuantitativa	Miligramos/decilitro mg/dl
Satisfacción marital	Abarca rubros y esquemas como son: la comunicación, la interacción, los aspectos físicos-sexuales, los hijos, las diversiones, así como, la toma de decisiones,	Cualitativa	En conjunto llevan a percibir la relación marital como satisfactoria o insatisfactoria

TAMAÑO DE MUESTRA PARA POBLACION FINITA

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2} \quad (*)$$

Dónde:

n: es el tamaño de la muestra a obtener

N: población finita ó número de casos

e²: error de estimación que está en condiciones de aceptar

Para el caso que nos importa la Población Adscrita de pacientes mujeres con diagnóstico de Hipertensión es de N = 384

El error que estamos dispuestos a tolerar es de un 10 % (0.10) en error de muestreo entre entrevistar a los 384 derechohabientes y el tamaño que arroje la fórmula de cálculo.

Sustituyendo en la fórmula * queda:

$$n = \frac{384}{1 + 384(0.10)^2}$$

$$n = \frac{384}{1 + 384(.01)}$$

$$n = \frac{384}{4.84}$$

$$n = 79.33$$

$$n = 79$$

La tabla es una tabulación de esta fórmula. Dicha tabla confeccionada por la New York State Division of Housing, citada en Yamane T.: "Estadística". Harla(1979), p.743; la derivación de la fórmula se puede encontrar en la misma cita, p.378 ⁵⁹

Descripción Operativa del Estudio:

Se identificaron a las pacientes derechohabientes con hipertensión arterial que acudieron a la consulta de medicina familiar de unidad de medicina familiar numero 80 en los turnos matutino y vespertino durante el periodo de Junio 2013 a Diciembre 2014. Se les otorgó una cita a los pacientes que reunieron los criterios de selección en un consultorio ex profeso en donde siempre el mismo investigador solicito firmar el consentimiento informado (anexo 1). Fue aplicado el Inventario Multifacético de Satisfacción Marital (IMSM). De Cortes, Reyes, Díaz, Rivera y Monjaraz. Validado y estandarizado en la ciudad de México con el cual se obtuvo el grado de satisfacción marital de acuerdo al puntaje obtenido del IMSM. (anexo 2).

Se realizó la historia clínica correspondiente, para después tomar la presión arterial sistémica de acuerdo a lo descrito en la NOM 030-SSA2-1999, colocando al paciente en posición de sentado, con buen soporte en la espalda y con el brazo izquierdo descubierto, descansado sobre una superficie de tal manera que la arteria quede a la altura del corazón, se colocó el brazalete a 2.5 cm por arriba del pliegue del codo, dejando la parte media del brazalete hacia la parte interna del brazo, se localizó la arteria radial o humeral, se palpa el pulso y se insufla rápidamente el manguito observando el manómetro hasta que desaparece el pulso, se insufla nuevamente 30 mmg/hg por arriba de la cifra captada en la palpación, se coloca la cápsula del estetoscopio sobre la arteria humeral en el pliegue del codo, se descomprime lentamente el manguito y en el momento en que se escuchó la primera pulsación, marca la presión sistólica, se continúa descomprimiendo lentamente el manguito con lentitud y se encontrará la presión diastólica en el momento que el pulso desapareció.

Posteriormente se realizaron revisiones de expedientes clínicos en el sistema de información en Medicina Familiar (SIMF) buscando el número de ingresos a Urgencias, aumento de las dosis de medicamento, seguimiento de la prescripción médica, cifras de glucosa, urea, creatinina, colesterol, triglicéridos, o en su defecto se tomaron muestras de laboratorio para recabar estas. Las variables se recogieron en un formato especial (anexo 3).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El procesamiento de los datos se llevó a cabo con el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS Ver 18.0). El estadístico de contraste fue el no paramétrico Chi cuadrada, se graficaron mediante el coeficiente de correlación de P de Pearson para la presión arterial. Se presentaron tablas de contingencia asociadas y gráficos de dispersión de puntos así como gráficos de barras en porcentajes. Las cifras estadísticamente significativas fueron las que asociaron a un P_valor <0.05.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La metodología propuesta en éste estudio, está de acuerdo con las normas éticas, el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su título segundo, capítulo 1, artículo 13.- El cual declara que toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Artículo 14.- La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases: se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen, contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal. Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

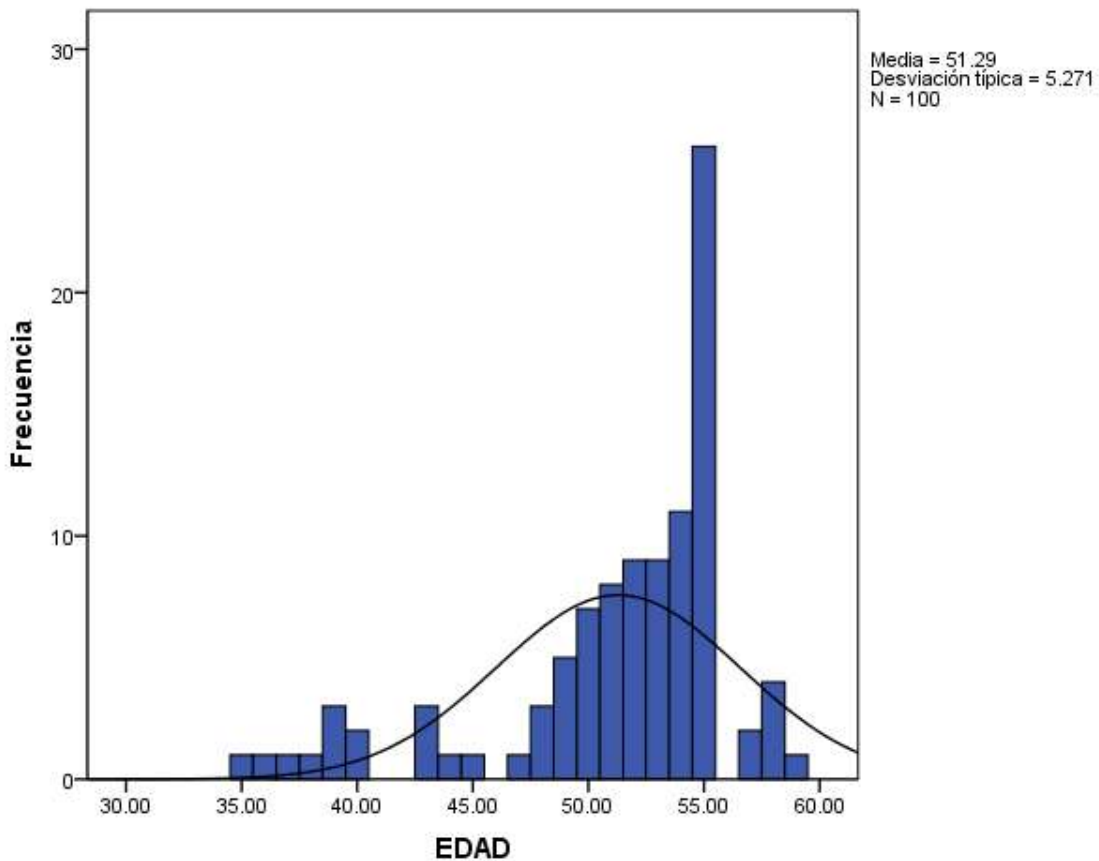
Se respetan los principios contenidos en el código Nuremberg 1947, en cuanto a que, el resultado obtenido en éste estudio, será únicamente para beneficio de la sociedad, se contará con la participación de personas científicamente calificadas y los participantes en éste estudio están en libertad de retirarse del mismo si así lo desean. La declaración de Helsinki de 1964 y sus enmiendas, donde 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), mi deber como investigador es solamente hacia el paciente (Artículos 2, 3 y 10) y mientras se lleve a cabo la investigación (Artículo 6), el bienestar del sujeto estará 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).

El informe Belmont 1979, el cual explica y unifica los principios éticos básicos: el respeto a las personas, protegiendo la autonomía de todas las personas y tratándolas con cortesía, respeto y teniendo en cuenta el consentimiento informado; la beneficencia, maximizar los beneficios para el proyecto de investigación; la justicia usar procedimientos razonables, no explotadores y bien considerados para asegurarse que se administran correctamente (en términos de costo-beneficio).

El protocolo cumplió con los lineamientos internacionales en materia de investigación estipulados en la Declaración de Helsinki y en la Norma Oficial Mexicana en Materia de Investigación Clínica. Fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación N° 1602, ubicado en el HGR No1 del IMSS en Morelia Michoacán y re registro con el número R-2013-1602-26. Se solicitó la firma en el consentimiento informado por parte de cada uno de los participantes.

RESULTADOS

Se incluyeron a 100 mujeres de 25 a 60 años de edad adscritas a la Unidad de Medicina Familiar 80 de Morelia, Michoacán, que cumplieron con los criterios de selección. El promedio de edad fue de 51.29 ± 5.27 años. En la figura 1 se muestra la distribución de la frecuencia de edades.



Fi

Figura 1. Distribución de frecuencia por edad.

En la tabla I se observa que el nivel de escolaridad en el grupo de controlados prevaleció la escolaridad primaria con 42 (42%) mientras que en el grupo de descontrolados fue la secundaria con 9 (9%).

TABLA No I. Asociación de la escolaridad con hipertensión descontrolada.

VARIABLE	Hipertensión arterial controlada n = 82 F (%)	Hipertensión arterial descontrolada n = 18 F (%)	Ch ²	Sig.
Escolaridad				
Analfabeta	4(4.0)	-	5.101	.277
Primaria	42(42.0)	8(8.0)		
Secundaria	22 (22.0)	9 (9.0)		
Bachillerato	9 (9.0)	1 (1.0)		
Licenciatura	5 (5.0)	-		

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

En la tabla II se muestran las variables en relación al número de hijos y el control o descontrol de la tensión arterial, encontrándose en ambos grupos el predominio de las mujeres multigestas, el porcentaje más elevado en las pacientes hipertensas predominó con tres hijos con el 27 (27%) y el porcentaje más bajo con 6 hijos que corresponde al 2 (2%), en las pacientes descontroladas el porcentaje más elevado se encontró en las mujeres con tres y cinco hijos con un 5 (5%) y el más bajo con uno y seis hijos con un 1 (1%), en esta relación no se encontró ninguna significancia estadística.

TABLA No II. Relación del número de hijos con hipertensión descontrolada.

VARIABLE	Hipertensión arterial controlada n = 82 F (%)	Hipertensión arterial descontrolada n = 18 F (%)	Ch ²	Sig.
No. de Hijos				
1	-	1 (1.0)	7.587	.180
2	18 (18.0)	3 (3.0)		
3	27 (27.0)	5 (5.0)		
4	23 (23.0)	3 (3.0)		
5	12 (12.0)	5 (5.0)		
6	2 (2.0)	1 (1.0)		

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

En la tabla III se muestra el coeficiente de confiabilidad del inventario multifacético de satisfacción marital el cual fue de .854 y se confirmó con el método de mitades obteniéndose un coeficiente de .849.

TABLA No III. Fiabilidad del Inventario Multifacético de Satisfacción Marital (IMSM)

F A C T O R	REACTIVOS	Alpha de Cronbach	Método de mitades
Interacción	13,14,15, 16, 17, 18, 19 , 20, 21, 22, 23, 24, 40, 41	.597	.569
Físico-sexual	1,2,3,4,5,6,7,8, 9,10,11,12	.716	.762
Organiza-Funciona	27, 28, 29, 30, 38, 39	.284	.259
Familia	31, 32, 33, 34	.328	.316
Diversión	35, 25, 37, 26, 36, 42	.922	.863
Hijos	43, 44, 45, 46, 47	.694	.654
G L O B A L	47	.854	.849

Tabla IV.

Se correlacionaron los dominios del Inventario Multifacético de Satisfacción Marital (IMSM) encontrándose que el dominio funcionamiento fue el que mas se correlaciona con el dominio familia $r = .916$, contrariamente es el funcionamiento el que menos se correlaciona con el dominio físico sexual con un $r = .429$.

Tabla IV. Correlación de los dominios del Inventario Multifacético de Satisfacción Marital (IMSM).

	Interacción	Físico-Sex.	Funcionamiento	Familia	Diversión	Hijos
Interacción Correlación de Pearson						
Sig. (bilateral)	1	.480	.867	.871	.744	.821
N		.000	.000	.000	.000	.000
	100	100	100	100	100	100
Físico-Sex. Correlación de Pearson						
Sig. (bilateral)		1	.429	.463	.450	.440
N			.000	.000	.000	.000
		100	100	100	100	100
Funcionamiento Correlación de Pearson						
Sig. (bilateral)			1	.916	.798	.859
N				.000	.000	.000
			100	100	100	100
Familia Correlación de Pearson						
Sig. (bilateral)				1	.847	.864
N					.000	.000
				100	100	100
Diversión Correlación de Pearson						
Sig. (bilateral)					1	.824
N						.000
					100	100
Hijos Correlación de Pearson						
Sig. (bilateral)						1
N						100

En la figura 2 Se muestra que en el Grupo de descontrolados el puntaje de satisfacción marital lo asocian a una PAS en un 1.7% de varianza, además en general los valores de PAS son más altos en los descontrolados que el grupo de controlados en donde tienen presiones arteriales sistólicas más bajas, y además, el porcentaje de varianza compartida por este grupo entre satisfacción marital y PAS es bajo 2.8%. También se observa en el grafico que los valores más altos de satisfacción marital pertenecen al grupo de controlados.

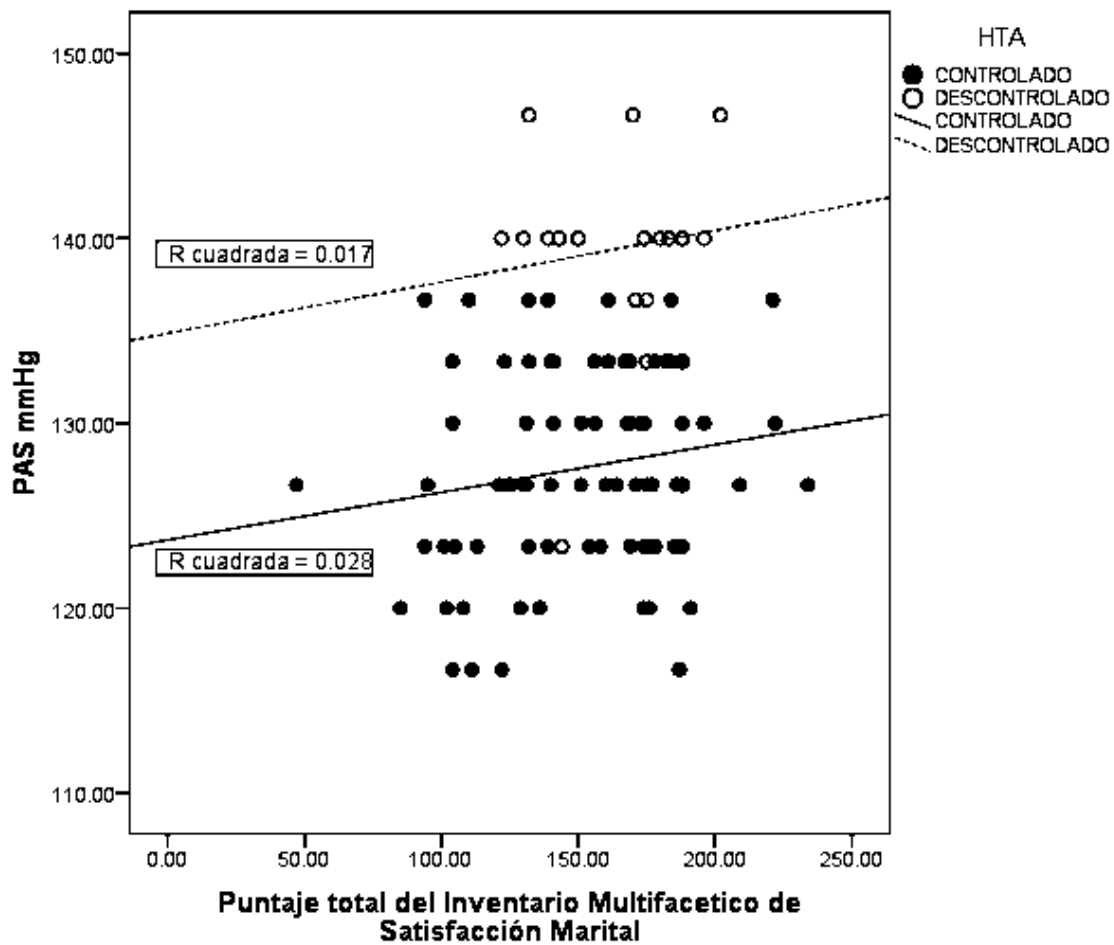


Figura 2. Correlación del puntaje total del Inventario Multifacético de Satisfacción Marital y la presión arterial sistólica.

Figura 3 se observa que en el punto inicial la presión arterial sistólica es mucho más alta en los descontrolados además, el dominio físico sexual estos lo tienen en un porcentaje de 0.7%, contrariamente los controlados logran expresar más su dominio físico sexual así como que tienen más factor de cambio 1.5%.

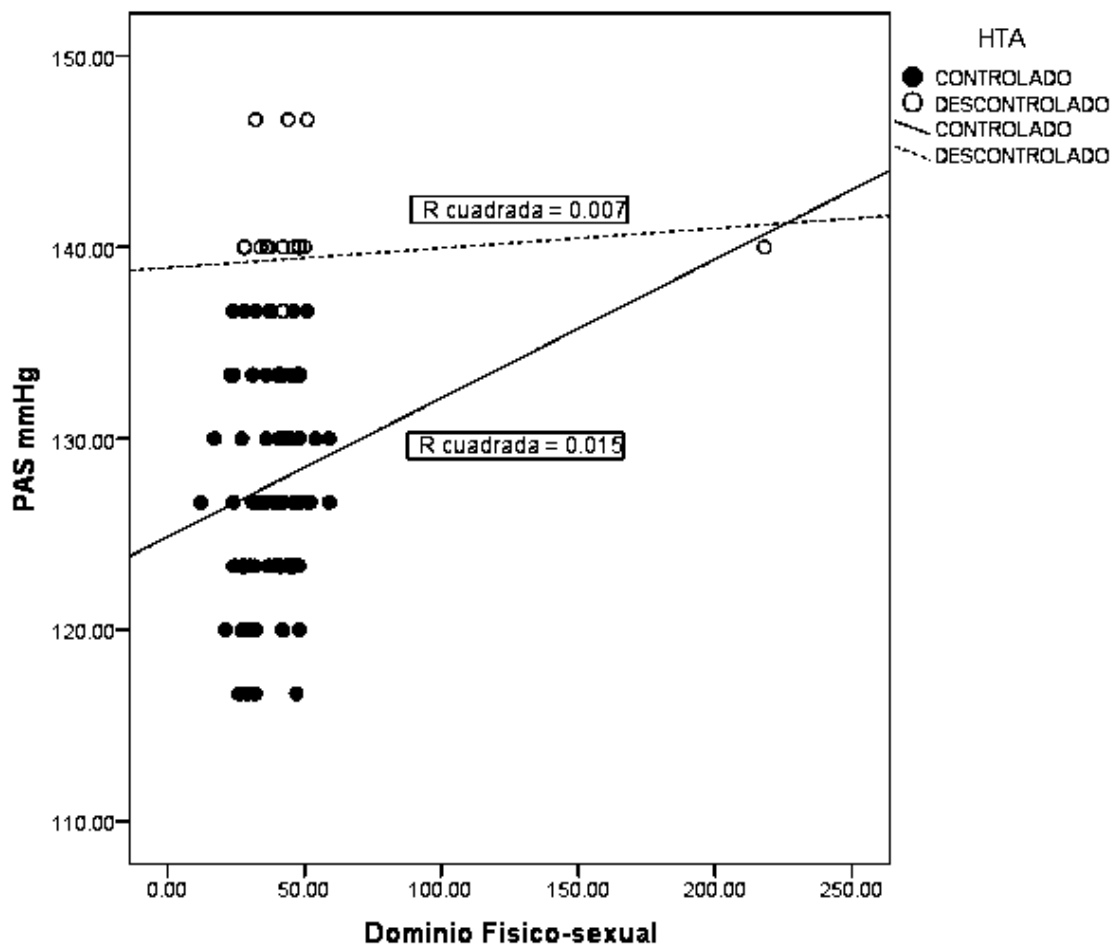


Figura 3. Correlación del dominio físico sexual con la presión arterial sistólica.

En la figura 4 se demuestra el dominio de familia en donde se observa que el grupo de los descontrolados tienen en una variabilidad alta, la cual es de 9.4%, cuando el controlado tan solo tiene un 3.7%.

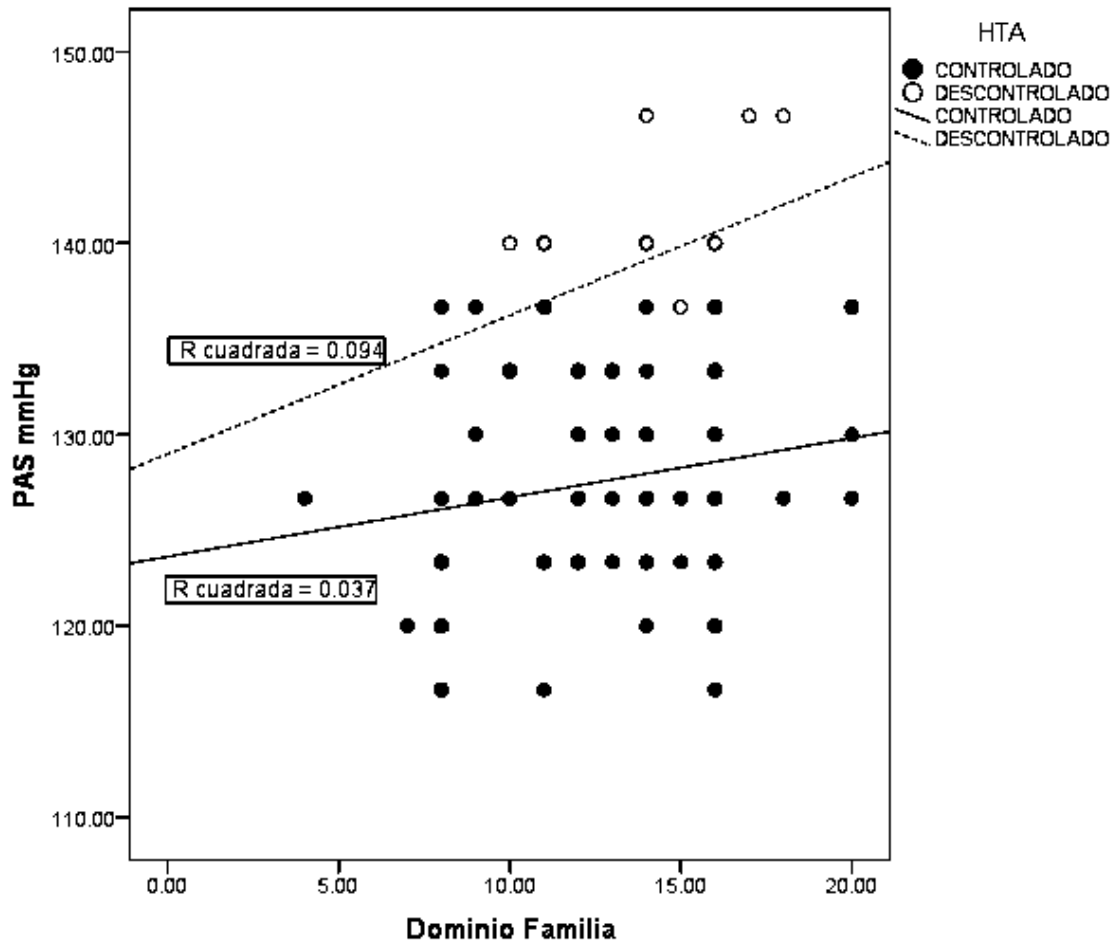


Figura 4. Correlación del dominio familia con la presión arterial sistólica.

Figura 5. El dominio de la interacción en los descontrolados comparte un porcentaje de varianza de 5.6% con la presión arterial sistólica media además que su tendencia es negativa, caso contrario con el grupo de los controlados con un 1.4%.

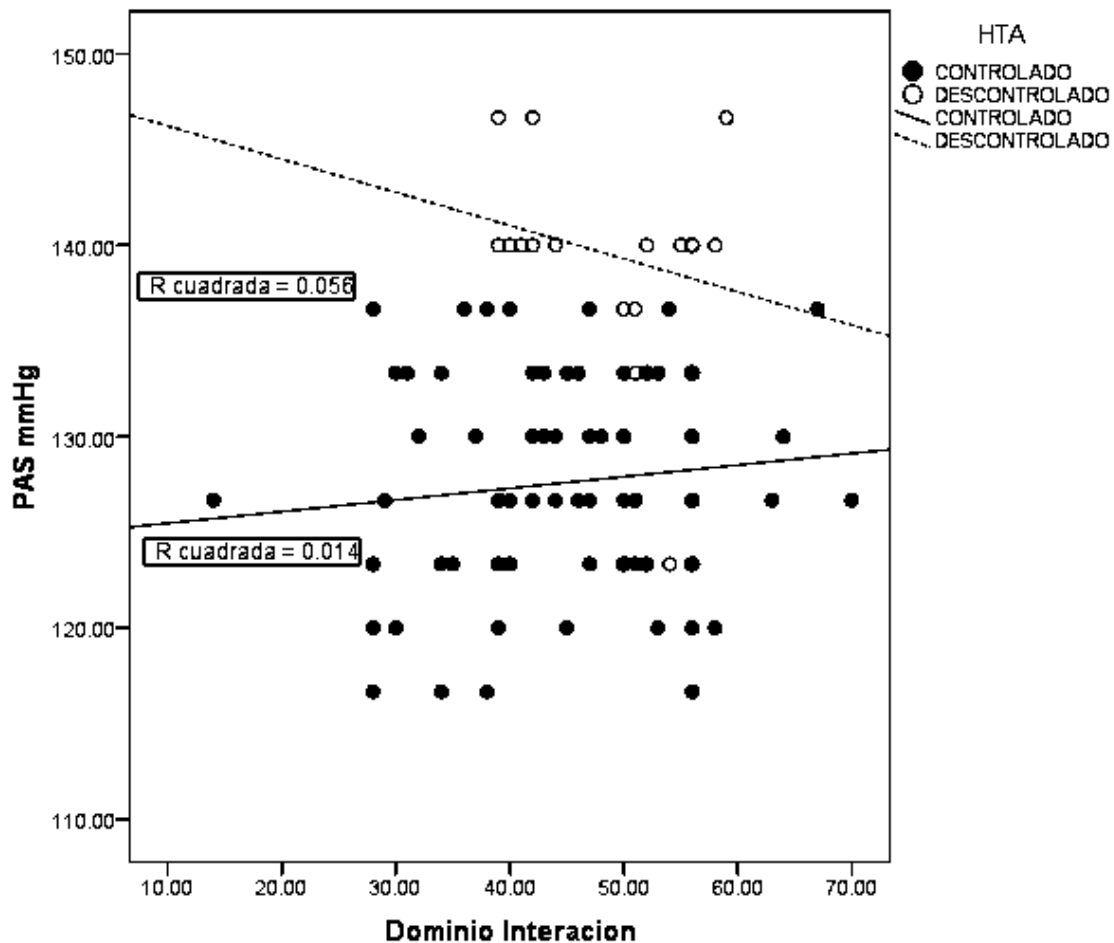


Figura 5. Correlación del dominio interacción con la presión arterial sistólica.

En la figura 6 se muestra el dominio del funcionamiento, donde el grupo de los descontrolados y los controlados muestra un funcionamiento con un porcentaje de varianza de 2.5%.

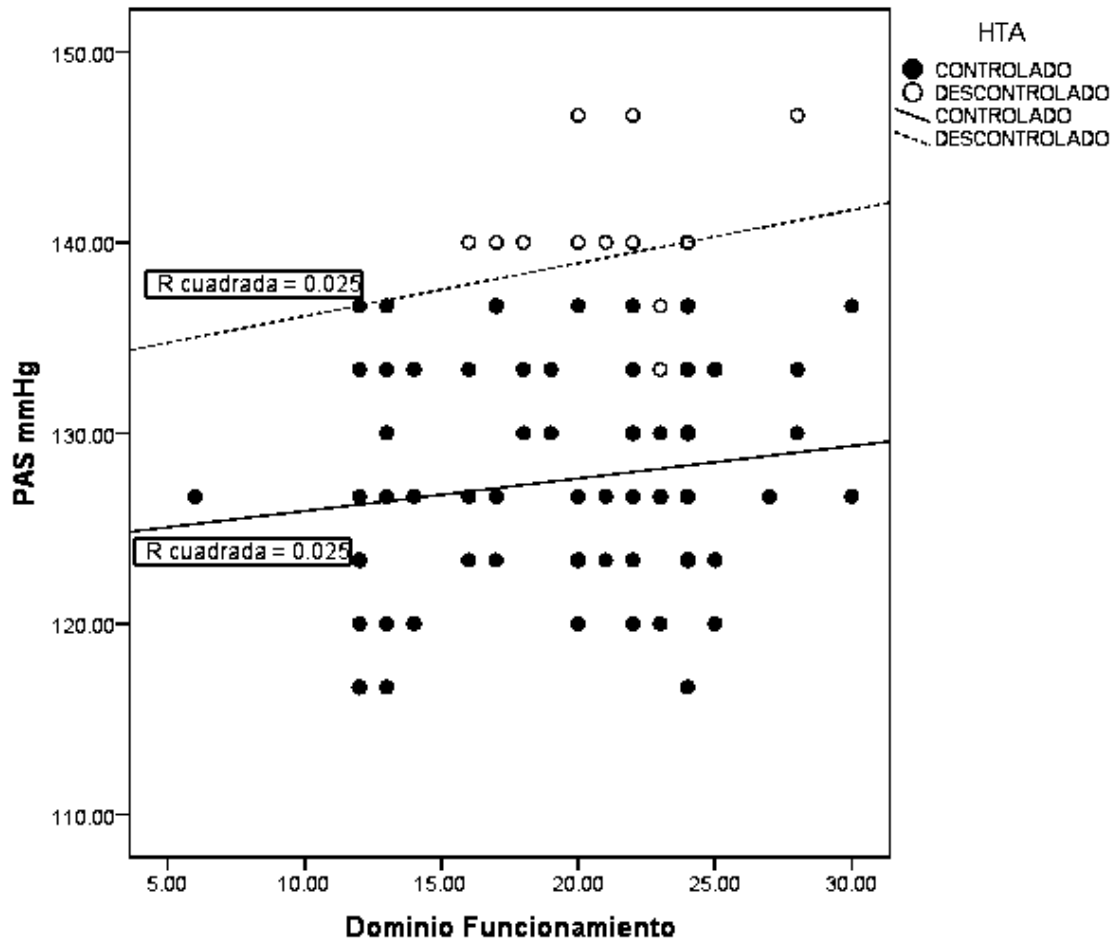


Figura 6. Correlación del dominio funcionamiento con la presión arterial sistólica.

La figura 7 representa la diversión en relación a la presión arterial sistólica, donde el grupo de los descontrolados mostro una dispersión con un porcentaje de 6.5% en comparación al grupo de controlados el cual expresa un porcentaje de 4.6%.

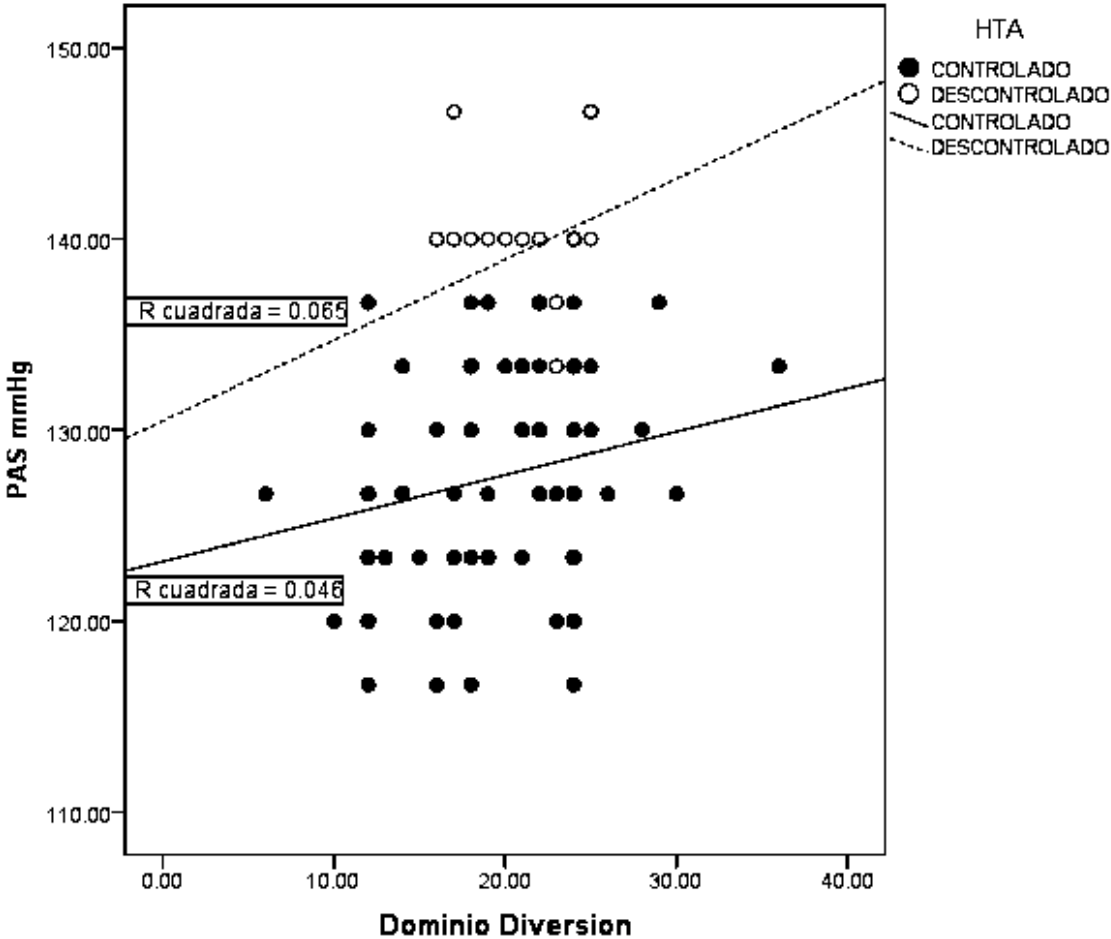


Figura 7. Correlación del dominio diversión con la presión arterial sistólica.

En el figura 8 referente al dominio de los hijos se observa que en el punto inicial la presión arterial sistólica es mucho más alta en los descontrolados además, el dominio hijos estos lo tienen en un porcentaje de 0.4%, contrariamente los controlados logran expresar más su dominio con un factor de cambio 3.9%.

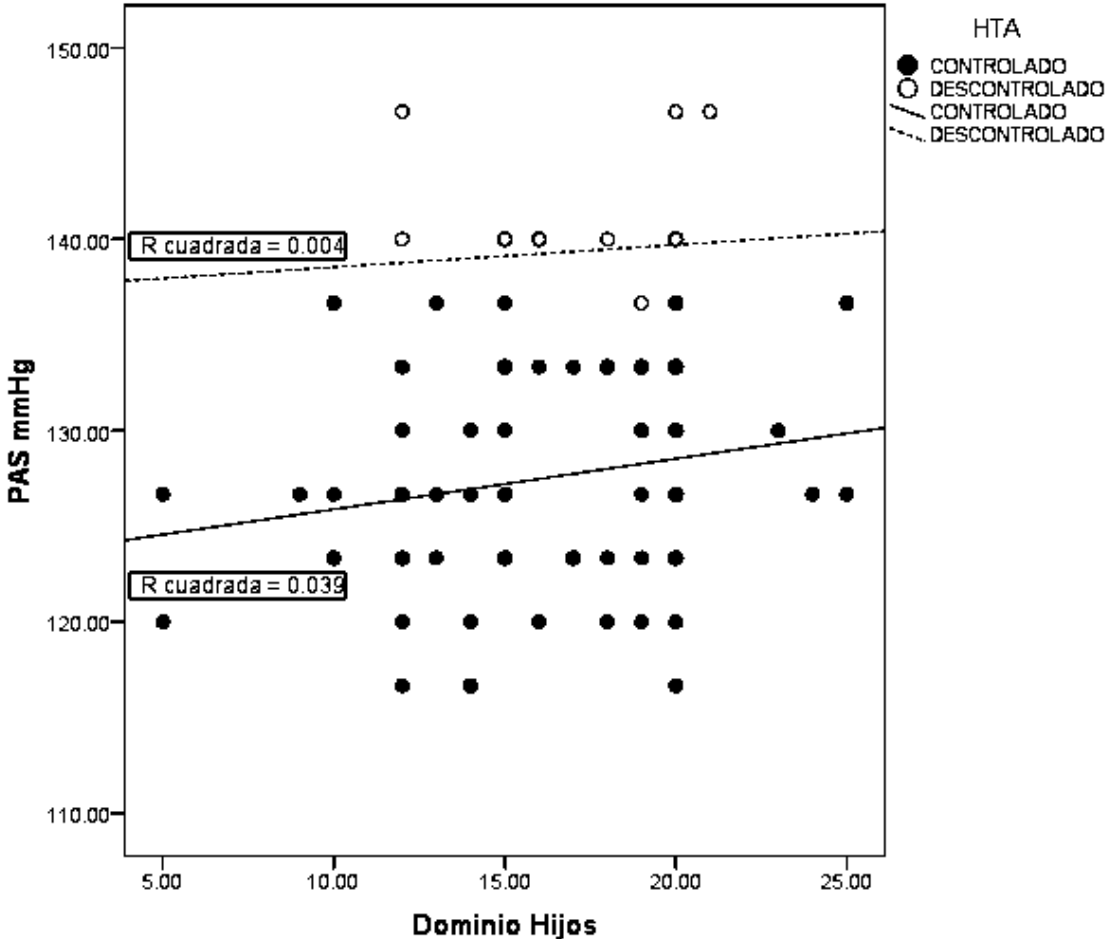


Figura 8. Correlación del dominio hijos con la presión arterial sistólica.

DISCUSION

La hipertensión arterial por su prevalencia, las complicaciones crónicas, las médicas y psicológicas es considerada un problema de salud, siendo actualmente la séptima causa de muerte en México, con una mayor prevalencia en mujeres que en los hombres.

La vida en pareja evoca la plena realización del ser humano, esperando que la vida conjunta se enriquezca con todo aquello que pueda dar amor. El hombre y la mujer se crean expectativas de su relación de pareja, esperan que todas sus necesidades sean satisfechas a lo largo de su relación matrimonial, encontrando en ésta, parte o su total realización individual. En la medida en que dichas necesidades sean satisfechas se puede hablar de la satisfacción o insatisfacción marital.

Este es el primer estudio que se realiza en la sede de la Unidad de Medicina Familiar No 80 donde se evaluó la relación de la satisfacción marital con la presión arterial sistémica en mujeres de 25 a 60 años de edad, mediante la aplicación del Instrumento Inventario Multifacético de Satisfacción Marital.

Los datos obtenidos mostraron que los valores más altos de satisfacción marital pertenecen al grupo de controlados.

Los resultados del presente estudio muestran que las pacientes hipertensas del grupo de descontrol tenían un grado de afectación en la relación marital, siendo más marcado en 2 de los 6 dominios del Inventario Multifacético de Satisfacción Marital, el dominio físico sexual que se refiere a las expresiones corporales tales como caricias, abrazos, besos y relaciones sexuales y el dominio del funcionamiento que se refiere a la parte estructural, instrumental, la toma de decisiones, solución de problemas y función de la pareja.⁶⁰.

El presente estudio coincide con otros tales como el de Brian Baker y Cols. el cual demuestra que el ajuste marital tiene que ver con el aumento o la disminución de la presión arterial sistémica ⁶¹; esto ratifica que el descontrol de la presión arterial debe vincularse con la satisfacción marital, lo cual se relaciona con lo descrito por Helmers K quien mencionó que existe una asociación entre la cohesión marital y la presión arterial sistémica y sugiere que los factores de pareja pueden tener un papel en el mantenimiento de la presión arterial en la hipertensión⁶².

En la relación marital la calidad y la cantidad del contacto entre los cónyuges se relacionaron con un mejor resultado en la hipertensión⁶³, lo cual podemos observar en el presente estudio ya que el dominio físico-sexual fue uno de los más afectados en la puntuación de la satisfacción marital.

Nuestro estudio tiene algunas limitaciones como lo son el número de pacientes descontroladas ya que fue menor en comparación al grupo de las controladas.

A pesar de estas limitantes en nuestro estudio encontramos que el descontrol de la presión arterial se asocio con bajos puntajes de satisfacción marital.

CONCLUSIONES.

De acuerdo con los datos en esta investigación podemos concluir lo siguiente:

1. La presión arterial controlada en pacientes hipertensas se asoció con puntajes mas altos del Inventario Multifacético de Satisfacción Marital.
2. Las mujeres hipertensas controladas o descontroladas tienen bajos puntajes en los dominios físico sexual y en el funcionamiento.

SUGERENCIAS.

Se sugiere realizar estudios adicionales con la finalidad de conocer mejor las repercusiones en la pareja de las mujeres diagnosticadas con hipertensión, ya que se cuentan con diversas variables que pueden ampliar la información.

Instrumentar estrategias de intervención emocional que puedan mejorar la evolución de la hipertensión y por ende la calidad de vida de las pacientes y sus familias.

Finalmente se puede considerar la investigación en los familiares o parejas de las pacientes hipertensas para conocer cómo se afecta la calidad de vida o la satisfacción en el núcleo familiar.

REFERENCIAS

1. INEGI (2010) Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010. Michoacán de Ocampo.
2. SINAIS (2008) recuperado en: <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/> datos estadísticos pagina, día de consulta 9 de agosto del 2012
3. INEGI, (2008). Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud, Principales causas de mortalidad en mujeres. CONAPO 2006.
INEGI, (2007) Base de datos de defunciones 2006, diez principales causas de mortalidad en Hombres, Secretaria de Salud y Proyecciones de la Población de México, 2005-2050. Consejo nacional de población, recuperado en: www.sinais.salud.gob.mx/.../diezprincausasmort2007_CNEGySR.xls.
4. Gómez DO, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. Salud Publica Mex. 2011;53:220-232.
5. Mejide CL, Rey GJ, Fernandez MM, Bravo RJ, Amaro A, Gonzalez QA, Gude F. Prevalencia del síndrome metabólico y de la enfermedad cardiovascular. Estudio en una población rural. Cad Aten Primaria.2006;13:75-80.
6. NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.
7. Leon PM, García GM, Velilla N, Fernández FG, Arias M. Analisis clinico de las crisis hipertensivas tratadas en el servicio de urgencias de un hospital
8. Roca CA. Control de la hipertensión arterial: la asignatura pendiente. Hipertensión. 2007;24(1):1-3.
9. Hamilton GA. Measuring adherence in a hypertension clinic trial. Euro J Cardiovasc Nurs 2003;2:219–228.
10. Mossey JM. Psychosocial consequences of labeling in hypertension. Clin Invest Med.1981;4:201–207.
11. Ogedegbe G. Labeling and hypertension: it is time to intervene on its negative consequences. Hypertension 2010 Sep; 56(3):344-5.
12. Martínez A, Chávez R. Prevalencia y comorbilidad de dislipidemias en el primer nivel de atención. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2007;45(5):469-475.

13. Lloyd JD, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, et al. Heart disease and stroke statistics 2010 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2010;121:e46–e215.
14. Reza CG, Castro MEM, Solano GS, Torres DG, Martínez VG. El impacto del diagnóstico: experiencia descrita por mujeres con hipertensión arterial. *Esc Anna Nery* 2010;14(1):33-38.
15. Gamboa RA. Fisiopatología de la hipertensión arterial esencial. *Acta Med Per.* 2006;23(2).
16. Wagner GP. Fisiopatología de la hipertensión arterial. *An Fac med.* 2010;71(4): 225-9.
17. Santeliz HC, Romano EL, González CA, Hernández HH. El sistema renina-angiotensina-aldosterona y su papel funcional más allá del control de la presión arterial. *Rev Mex Cardiol.* 2008;19(1):21-29.
18. Feldstein CA, Romero JC. El sistema renina angiotensina en la hipertensión esencial. *Rev Lat Hipertensión.* 2007;2(2):49-58.
19. Locke H, Wallace K. Short Marital Adjustment and Prediction Test: Their Reliability and Validity. *J Marriage Fam.* 1959; 21:251-255.
20. Hicks MW, Platt M. Marital happiness and stability, a review of the research in the sixties. *J Marriage Fam.* 1970;533-574.
21. Burr W. Satisfaction with various aspects of marriage over the life cycle: A random middle class sample. *J Marriage Fam.* 1970;32:29-37.
22. Berger J, Kellner H. Marriage and the construction of reality. En J. Dreitzel. *Recent Sociology.* 1970;2.
23. Faulkner RA, Davey M, Davey A. Gender-related predictors of change in marital satisfaction and marital conflict. *Am J Fam Therap.* 2005;33:61-83.
24. Ojeda GA, Melby CL, Sánchez SV, Rodarte LM. Correlación entre rasgos de masculinidad–feminidad y satisfacción marital en migrantes mexicanos por encima de las fronteras: como los inmigrantes están cambiando el panorama religioso. *Red Internacional de Migración y Desarrollo.* 2007;008:48-65. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/>

25. Villamizar CD. Las representaciones de las relaciones de pareja a lo largo del ciclo vital: significados asociados y percepción del cambio evolutivo [tesis].2009. Recuperado de <http://www.tesismonografias.net/representaciones-de-lasrelaciones-de-pareja/1/>
26. Berko SO. Influencia del nivel socioeconómico sobre la satisfacción marital y el autoconcepto en parejas mexicanas [tesis maestría]. Instituto Mexicano de la Pareja, México.2000. Recuperado de internet de http://www.ametep.com.mx/investigaciones/maestria_oshra.htm
27. Miranda P, Ávila R. Estimación de la magnitud de la satisfacción marital en función de los años de matrimonio. Rev Intercont Psicol Educ. 2008;10(2):57-77.
28. Amaya GJ, Prado ME. ¿Qué hago si mi media naranja es toronja? México:Trillas;2005.
29. Chapman G. Los cinco lenguajes del amor. Unilit: Argentina;1995.
30. Keitley J. Affection marital satisfaction. Recuperado de <http://family.jrank.org/pages/51/Affection-Marital-Satisfaction.html>
31. Peleg O. The relation between differentiation of self and marital satisfaction: What can be learned from married people over the course of life?. Am J Fam Therap. 2008;36:388-401.
32. Roest AM, Martens EJ, de Jonge P, Denollet J. Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis. J Am Coll Cardiol. 2010;56:38–46.
33. Gaviria AM, Vinaccia S, Quiceno JM, Taborda M, Ruiz N, Francis LJ. Emociones negativas en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. Rev Div Perspect Psicol.2009;5(1):37-46.
34. Battaglia ME, Labiano LM, Brusasca C. Variables Psicológicas Asociadas al Estatus Hipertensivo. Rev Intercont Psicol Educ.2007;9:181-196.
35. Oropeza LR, Armenta HC, García AA, Padilla GN, Díaz LRn. Validación de la Escala de Evaluación de Relaciones en la Población Mexicana. Psicol Iberoamericana.2010;18:56-65.

36. Ríos GJ. La Pareja: Modelos de Relación y Estilos de Terapia, Aproximación sistémica. Madrid: Editorial CCS;2006.
37. Kochar MS, Mazur LI, Patel A. What is causing your patient's sexual dysfunction? Uncovering a connection with hypertension and anti-hypertensive therapy. *Postgrad Med.*1999;106(2):149-157.
38. Cerezo RS. et al . efectos de una intervención de manejo de estrés en mujeres con hipertensión arterial sistémica. *Act Colom Psicol.* 2009;12(1). Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552009000100008&lng=en&nrm=iso. access on 09 Aug. 2012.
39. Monin JK, Schulz LM, Jennings JR, Lingler JH, Greenberg MS. Spouses' cardiovascular reactivity to their partners' suffering". *J Gerontol.*2010;65(2):195-201.
40. Laham M. Psicocardiología: su importancia en la prevención y la rehabilitación coronarias. *Suma Psicol.*2008;15(1). Disponible en http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-43812008000100009&lng=pt&nrm=iso. acessos em 10 ago. 2012
41. Yalcin BM, Karahan TF, Ozcelik M, Igde FA. The effects of an emotional intelligence program on the quality of life and well-being of patients with type 2 diabetes mellitus. *The Diabetes Educ.*2008;34:1013-1024.
42. Marzari C, Maggi S, Manzato E, Destro C, Noale M, Bianchi D. Depressive symptoms and development of coronary heart disease events: the Italian longitudinal study on aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.*2005;60:85-92.
43. Wei TM, Wang L. Anxiety symptoms in patients with hypertension: a community-based study. *Int J Psychiatr Med.*2006;36(3):315-322.
44. Schulz R, Beach SR, Hebert RS, Martire LM, Monin JK, Tompkins CA, Albert SM. Spousal suffering and partner's depression and cardiovascular disease: The Cardiovascular Health Study. *Am J of Geriatric Psych.*2009;17:1354-1372.
45. Trivedi RB, Ayotte B, Edelman D, Bosworth HB. The association of emotional well-being and marital status with treatment adherence among patients with hypertension. *J Behav Med.*2008;31:489–97.

46. De Leon CF, Grady KL, Eaton C, et al. Quality of life in a diverse population of patients with heart failure: baseline findings from the Heart Failure Adherence and Retention trial (HART). *J Cardiopulm Rehabil Prev.*2009;29:171-178.
47. Whang W, Kubzansky LD, Kawachi I, Rexrode KM, Kroenke CH, Glynn RJ et al. Depression and risk of sudden cardiac death and coronary heart disease in women: results from the Nurses' Health Study. *J Am Coll Cardiol.*2009;53:950-958.
48. Whooley MA, de Jonge P, Vittinghoff E, Otte C, Moos R, Carney RM et al. Depressive symptoms, health behaviors, and risk of cardiovascular events in patients with coronary heart disease. *JAMA.*2008;300:2379-2388.
49. Trivedi R, Sherwood A, Strauman TJ, Blumenthal JA. Laboratory-based blood pressure recovery is a predictor of ambulatory blood pressure. *Biol Psychol.*2008;77:317–323.
50. Gohar F, Greenfield SM, Gareth BD, Lip GYH, Jolly K. Self-care and adherence to medication: a survey in the hypertension outpatient clinic. *BMC Complement Altern Med.*2008;8(1).
51. Carielo AA, Teixeira BD, Acosta GJ, Bezerra da SE, Bacelar SM, Estélio H. Efectos crónicos de un programa de alargamiento pasivo sobre los valores de la presión arterial sanguínea y el estrés en adultos con hipertensión arterial. *Rev Int Cienc Deporte.* 2007;3(8):1-11.
52. Arrivillaga M, Varela MT, Cáceres DE, Correa D, Holguín LE. Eficacia de un programa cognitivo conductual para la disminución de los niveles de presión arterial. *Pensamiento Psicol.*2007;3:33-49.
53. Orth GK, Schneiderman N, Wang HX, Walldin C, Blom M, Jernberg T. Stress reduction prolongs life in women with coronary disease: The Stockholm Women's Intervention Trial for Coronary Heart Disease (SWITCHD). *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.*2009;2:25–32.
54. Huerta D, Bautista L, Irigoyen A, Arrieta R. Estructura familiar y factores de riesgo cardiovascular en pacientes con Hipertensión Arterial. *Archiv Med Fam.*2005;7:87-92.

55. Dois CA, Cazenave. Pesquisa de depressión mayor en hipertensos consultantes de la atención primaria. *Rev Med Chile*.2009;137:475-80.
56. Trief P, Himes C, Orendorff R, Weinstock R. The marital relationship and psychosocial adaptation and glycemic control of individuals with diabetes. *Diabetes Care*.2001;24(8):1384-1389.
57. Leonor A, Fabris B, Casarrubias R, Gutierrez C, et-al. Satisfacción marital en pacientes con artritis reumatoide. Estudio comparativo con otras enfermedades crónicas y controles sanos. *Rev Med IMSS*.2004;42 (2):131-136
58. Mejía RO, Paniagua SR, Valencia OM, et-al. Factors associated with uncontrolled hypertension. *Salud pública Méx*.2009;51(4):291-297.
59. Cañedo DL. Investigación clínica. Ed Interamericana.1987:171-183.
60. Cortés S, Reyes D, Diaz-Loving R, Rivera S, Monjaraz J. Elaboración y análisis psicometrico del Inventario Multifacetico de Satisfacción Marital. *La Psicología Social en México*. 1994; 5: 123-130.
61. Baker B, Paquette M, Szalai JP, et al. The Influence of Marital Adjustment on 3-Year Left Ventricular Mass and Ambulatory Blood Pressure in Mild Hypertension. *Arch Intern Med*. 2000;160(22):3453-3458.
62. Helmers K, Baker B, O'Kelly B, Sakinofsky I, Abelsohn A, Sheldon T. Marital cohesion and ambulatory blood pressure in early hypertension. *American Journal of Hypertension*. 1999; 12(2):227-230.
63. Baker B, Szalai JP, Paquette M, Tobe S. Marital support, spousal contact and the course of mild hypertension. *J Psychosom Res*. 2003 Sep;55(3):229-33.

Anexo 1



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Morelia, Michoacán a ____ de _____ del 20__

Por medio de la presente autorizo participar en el protocolo de investigación titulado: Satisfacción marital y su relación con el descontrol de la hipertensión arterial. Registrado en el comité de bioética con el numero R-2013-1602-26.

El objetivo de este estudio es identificar si existe relación entre el nivel de control o descontrol de la hipertensión arterial y el nivel de satisfacción marital.

Se me ha explicado que mi participación consiste en contestar encuestas con la finalidad de obtener datos generales sobre pacientes con hipertensión arterial e identificar el nivel de la satisfacción marital, mis respuestas serán codificadas, utilizando un número de identificación y por lo tanto serán anónimas.

Se me ha informado que toda la información que proporciono será confidencial, y no se usara para otros propósitos fuera de esta investigación.

El investigador responsable se ha comprometido a darme, información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiese ser ventajoso para mi, así como responder cualquier pregunta y aclarar dudas que le plantee acerca de los procedimientos que se lleven a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi manejo.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere, sin que afecte la atención médica que recibo en el instituto.

Nombre y firma del participante.

Nombre y firma del investigador.

Testigo.

Testigo.

ANEXO 2

Inventario Multifacético De Satisfacción Marital
(Cortes, Reyes, Díaz, Rivera y Mojaras; 1994)

A continuación encontrará una serie de afirmaciones relacionadas con su pareja. Por favor marque con una cruz el espacio de número que mejor describa su realidad.

1. Totalmente en desacuerdo	4. Acuerdo
2. Desacuerdo	5. Totalmente de acuerdo
3. Indeciso	

	Totalmente en	Desacuerdo	Indeciso	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Me gusta la forma en que mi pareja se interesa en mí.					
2. Me gusta la forma en que mi pareja me besa.					
3. Me gusta la frecuencia en que mi pareja toma decisiones.					
4. Me gusta la forma en que mi pareja pone atención en mi apariencia.					
5. Me gusta la forma en que mi pareja toma decisiones.					
6. Me gusta la frecuencia con que mi pareja educa a los hijos.					
7. Me gusta la frecuencia en que mi pareja me abraza.					
8. Me gusta la frecuencia con que mi pareja me besa.					
9. Me gusta la manera en que mi pareja soluciona los problemas.					
10. Me gusta la forma en que mi pareja me demuestra comprensión.					
11. Me gusta la forma en que mi pareja distribuye el dinero.					
12. Me gusta la forma en que mi pareja educa los hijos.					
13. Me gusta la forma en que mi pareja propone tareas.					
14. Me gusta cómo se divierte mi pareja.					
15. Me gusta la frecuencia con que mi pareja me demuestra comprensión.					
16. Me gusta la forma en que mi pareja me protege.					
17. Me gusta la forma en que mi pareja platica conmigo.					
18. Me gusta la frecuencia con la que mi pareja me protege.					
19. Me gusta la forma con que mi pareja me acaricia.					
20. Me gusta que mi pareja proponga diversiones.					
21. Me gusta como mi pareja contribuye con los gastos.					
22. Me gusta la forma en que mi pareja me demuestra apoyo.					
23. Me gusta la forma de diversión de mi pareja.					
24. Me gusta la frecuencia con que mi pareja me acaricia.					
25. Me gusta la frecuencia con que mi pareja realiza tareas.					
26. Me gusta la forma con la que mi pareja me trata.					
27. Me gusta la forma en que mi pareja me abraza.					
28. Me gusta la frecuencia con que mi pareja me demuestra apoyo.					
29. Me gusta la frecuencia como mi pareja pone atención a mi apariencia.					
30. Me gusta la sensibilidad con la que mi pareja responde a mis emociones.					
31. Me gusta la forma en la que mi pareja demuestra interés por las relaciones sexuales.					

32. Me gusta el trato que mi pareja da a los hijos.					
33. Me gusta la forma como mi pareja me demuestra amor.					
34. Me gusta la forma en que mi pareja se interesa en los problemas.					
35. Me gusta la frecuencia con que mi pareja se interesa en mí.					
36. Me gusta la frecuencia con la que mi pareja demuestra interés en las relaciones sexuales.					
37. Me gusta la forma de atención de mi pareja a los hijos.					
38. Me gusta la frecuencia con que mi pareja me demuestra amor.					
39. Me gusta la frecuencia con que mi pareja se interesa en mis problemas.					
40. Me gusta los temas de conversación de mi pareja.					
41. Me gusta la forma con la que mi pareja propone tareas.					
42. Me gusta como mi pareja propone la educación de los hijos.					
43. Me gusta la frecuencia con que mi pareja platica conmigo.					
44. Me gusta la manera en la que mi pareja realiza las tareas.					
45. Me gusta la frecuencia con la que mi pareja responde a mis emociones.					
46. Me gusta la frecuencia con que mi pareja soluciona los problemas.					
47. Me gusta frecuencia en que mi pareja pone atención a los hijos.					

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

Anexo 3

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre: _____

Edad: _____

No. Afiliación: _____

Estado civil: _____

Escolaridad: _____

Numero de hijos: _____

Años de diagnostico de Hipertensión Arterial Sistemica: _____

Peso: _____

Talla: _____

TA: _____

IMC: _____

Glucosa: _____

Urea: _____

Creatinina: _____

Ácido úrico: _____

Colesterol Total: _____

Triglicéridos: _____