



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

**“ REDES DE APOYO Y CONTROL DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL SISTÉMICA QUE ACUDEN AL C.S. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA ”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA

PRESENTA

DR VICTOR HUGO ARELLANO BADILLO

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

DIRECTOR DE TESIS

**DRA. MARÍA ELOÍSA DICKINSON BANNACK
PROFESOR ASOCIADO MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM**

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**REDES DE APOYO Y CONTROL DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL SISTÉMICA QUE ACUDEN AL C.S. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA**

AUTOR: DR VICTOR HUGO ARELLANO BADILLO

AUTORIZACIONES

DRA CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
DE MEDICINA FAMILIAR
CENTRO DE SALUD "DR JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"

DR. ANTONIO FRAGA MOURET

DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

**REDES DE APOYO Y CONTROL DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL SISTÉMICA QUE ACUDEN AL C.S. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA**

AUTOR: DR. VICTOR HUGO ARELLANO BADILLO

DIRECTORA DE TESIS

**DRA. MARÍA ELOÍSA DICKINSON BANNACK
PROFESOR ASOCIADO MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**

ASESORA DE TESIS

DRA CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS

**PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
DE MEDICINA FAMILIAR
CENTRO DE SALUD "DR JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"**

**REDES DE APOYO Y CONTROL DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL SISTÉMICA QUE ACUDEN AL C.S. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA**

AUTOR: DR. VICTOR HUGO ARELLANO BADILLO

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DEDICATORIAS

A MIS PADRES

Quienes guiaron mi camino, que sin esperar nada a cambio pusieron todo su esfuerzo y trabajo para que saliera adelante, les agradezco la confianza que depositaron en mí, para poder concluir con mi formación profesional.

A MI ESPOSA E HIJAS

Quienes tuvieron la paciencia y comprensión para poder tolerar mi ausencia.

A MIS MAESTROS Y COMPAÑEROS

Quienes compartieron sus conocimientos y momentos de alegría en tiempos difíciles, por permitirme ser parte de un grupo de compañeros exitosos.

A LA DRA GONZÁLEZ

Quien además de ser mi profesora, es un gran apoyo en mi vida profesional que me brindó su tiempo para enseñar, escuchar y compartir momentos difíciles fuera del tiempo académico.

A LA DRA DICKINSON

Por su gran paciencia que tuvo hacia mi persona, brindandome conocimientos, y apoyo, disponiendo del tiempo necesario para trabajar en cualquier momento.

AGRADECIMIENTOS

No tengo palabras para demostrar mi agradecimiento, más sin embargo empiezo con el personal del Centro de Salud, que sin su apoyo el trabajo sería difícil, en especial con la Dra. Consuelo y Lili Castellanos quienes en todo momento me apoyaron, sin interés alguno, infinitamente agradecido, por haberme permitido ser parte de la historia del C.S.
“Dr. José Castro Villagrana”

A mis pacientes

Ya que fueron la herramienta para mi formación, su tiempo durante las consultas, su confianza que depositaron en mí y por haber participado en mi trabajo de investigación

A las Autoridades del Centro de Salud

Por haber autorizado y participado en mi formación académica, permitiéndome trabajar en mi estudio de investigación, proporcionando las facilidades para que se llevara a cabo.

REDES DE APOYO Y CONTROL DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA QUE ACUDEN AL C.S. “DR JOSÉ CASTRO VILLAGRANA”

AUTORES: ARELLANO BV, DICKINSON BM, GONZÁLEZ SC.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La hipertensión arterial es una enfermedad de etiología multifactorial. El 95% de los pacientes desconoce la causa. A pesar de los avances en la atención, los pacientes hipertensos se encuentran descontrolados, situación que depende de varios factores, impactando no solo al paciente, sino a los integrantes de la familia, por lo tanto el tratamiento y control de un paciente hipertenso, no solo involucra a este sino a los integrantes de la familia. La familia es la principal red de Apoyo.

OBJETIVO: Identificar la asociación entre redes de apoyo y el control de hipertensión arterial en pacientes en un primer nivel de atención.

MATERIAL Y METODOS: Se trabajo con muestra probabilística de 114 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial del C.S. “Dr. José Castro Villagrana”, se aplico el cuestionario MOS para evaluar redes de apoyo y sus dimensiones, los datos se analizaron a través de frecuencias y análisis de riesgo.

RESULTADOS: No se encontró asociación entre redes de apoyo global y el control del paciente hipertenso obteniéndose una $RM=1.02$ y $p=0.9$, al realizar el análisis desglosado de la red de apoyo se encontró que el apoyo afectivo es factor protector con una $RM=0.08$ y $P=0.000002$, mediante análisis estratificado se obtiene $RM_{MH}= 0.6$ IC 95% 0.4 a 0.9 con $p=0.03$.

CONCLUSION: No se identificó asociación entre redes de apoyo y el control del paciente hipertenso, sin embargo en el análisis por dimensiones, el apoyo afectivo se identificó como factor de protección.

Palabras clave: Redes de apoyo, hipertensión arterial sistémica, paciente.

SUPPORT NETWORKS AND CONTROL OF PATIENTS WITH SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION WHO GO TO CS "DR JOSE CASTRO VILLAGRANA"

ARELLANO BV, DICKINSON BM, GONZÁLEZ SC.

SUMMARY

INTRODUCTION: Hypertension is a multifactorial disease. 95% of patients the cause is unknown. Despite advances in care, patients are uncontrolled hypertension, a situation that depends on several factors, impacting not only the patient but the family members, so the treatment and control of a hypertensive patient, no but this involves only the members of the family. The family is the largest network of support.

OBJECTIVE: To identify the association between support networks and control of hypertension in patients in primary care.

MATERIAL AND METHODS: We work with probability sample of 114 patients diagnosed with hypertension CS "Dr. José Castro Villagrana "MOS questionnaire was applied to assess support networks and its dimensions, data were analyzed using frequencies and risk analysis.

RESULTS: No association was found between global networks of support and control in hypertensive patients obtaining a $RM = 1.02$ $p = 0.9$, to make the disaggregated analysis of the support network was found that emotional support is a protective factor with an $OR = 0.08$ and $P = 0.000002$, using stratified analysis is obtained $RMMH = 0.6$ 95% CI 0.4 to 0.9 with $p = 0.03$.

CONCLUSIONS: No association was found between support networks and control of hypertensive patients, however, the analysis by size, emotional support was identified as a protective factor.

Keywords: Networks of support, hypertension, patient.

CONTENIDO

ÍNDICE

1. MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES.....	1
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	34
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	36
1.4 OBJETIVO.....	39
1.4.1 GENERAL.	39
1.4.2 ESPECIFICOS.....	39
2. MATERIAL Y METODOS.....	40
2.1 TIPO DE ESTUDIO.....	40
2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	40
2.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.....	40
2.4 MUESTRA.....	40
2.4.1 TIPO DE MUESTREO.....	40
2.4.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	40
2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.....	41
2.6 VARIABLES.....	43
2.6.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES.....	43
2.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	44
2.8 MÉTODO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	45
2.9 PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO.....	46
2.9.1 DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE LA BASE DE DATOS.....	46
2.9.2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	46
2.10 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	47

2.11 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.....	48
2.12 CONSIDERACIONES ETICAS.....	48
3. RESULTADOS.....	53
4. DISCUSIÓN.....	67
5. CONCLUSIONES.....	72
6. REFERENCIAS.....	73
7. ANEXOS.....	78

1.MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA

CONCEPTO

La hipertensión esencial es un desorden muy heterogéneo, apuntando a una etiología multifactorial y anomalías poligénicas. El abordaje de la hipertensión arterial sistémica (HAS), es multidisciplinario. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el límite para definir a una persona como hipertensa, es ≥ 140 mm Hg en la presión sistólica y/o una elevación \geq de 90 mmHg en la diastólica.^{1,2,3,4,8}

EPIDEMIOLOGÍA

La hipertensión arterial es la enfermedad crónica del adulto de riesgo cardiovascular de mayor prevalencia mundial. El comité institucional de expertos en hipertensión arterial sistémica del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez señala que en México en el año 1993 se informó una prevalencia del 25%, sin embargo para el año 2000 la prevalencia informada de hipertensión arterial sistémica entre los 20 y 69 años fue del 30.05% es decir, más de 15 millones de mexicanos en dicho grupo de edad.²

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 informó una prevalencia de 31%, es decir que para 2007 se estimó que 17 millones de adultos mayores de

20 años serán portadores de HTAS. Los Estados del Norte de la república alcanzan cifras de prevalencia aún mayores. El 75% de los hipertensos, tienen menos de 54 años de edad. Por lo tanto, debemos desmitificar que la hipertensión es una enfermedad de gente adulta mayor.^{2,6,7}

CLASIFICACIÓN

Las guías sobre hipertensión del Comité Nacional Conjunto Americano (JNC) publicadas en 2003 agruparon las categorías de presión arterial normal y normal-alta en una única categoría denominada “prehipertensión”. Esto se basó en pruebas procedentes del estudio Framingham, según las cuales la probabilidad de que estos individuos desarrollen hipertensión es mayor que la de personas con una presión arterial menor de 120/80 mmHg (denominada presión arterial “normal”), para cualquier edad.¹

El Comité de la Sociedad Europea de Hipertensión ha decidido no utilizar esta terminología por los siguientes motivos: 1) el riesgo de desarrollar hipertensión fue claramente mayor en las personas con presión arterial normal-alta (130-139/85-89 mmHg) que en aquellas con presión arterial normal (120-129/80-84 mmHg), de ahí que existan pocas razones para agrupar las dos categorías en una; 2) dada la trascendencia negativa de la palabra hipertensión para el profano, el término “prehipertensión” puede originar ansiedad y ser motivo de solicitudes de visitas médicas y exploraciones innecesarias en la mayoría de los casos y 3) aunque los cambios en los estilos de vida recomendados por las

guías de 2003 del JNC 7 para todas las personas con prehipertensión pueden constituir una estrategia poblacional útil, en la práctica se trata de una categoría altamente variable, desde los sujetos en los que no se necesita ningún tipo de intervención (por ejemplo, un anciano con una presión arterial de 120/80 mmHg) hasta aquellos con un perfil de riesgo alto o muy alto (por ejemplo, diabéticos) en los que se precisa tratamiento farmacológico. Por lo que la Sociedad Europea señala la siguiente clasificación.¹

CLASIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE PRESIÓN ARTERIAL (mmhg)

categoría	sistólica		diastólica
optima	<120	y	<80
normal	120-129	y/o	80-84
Normal alta	130-139	y/o	85-89
Hipertensión grado 1	140-159	y/o	90-99
Hipertensión grado 2	160-179	y/o	100-109
Hipertensión grado 3	>o= 180	y/o	>o=110
Hipertensión Sistólica Aislada	>o=140	y	<90

Tomado de "guía Europea Hipertensión Arterial"¹

En la siguiente clasificación se incluye una nueva categoría de Prehipertensión, introducida recientemente, señala la necesidad de incrementar la educación para la salud para reducir los niveles de presión arterial y prevenir el desarrollo de hipertensión arterial en la población general.³

CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN ADULTOS

Clasificación PA	Presión arterial sistólica (mmHg)	Presión arterial diastólica mmHg
Normal	<120	Y 80
Prehipertensión	120-139	o 80-89
HTA: Estadio 1	140-159	o 90-99
HTA: Estadio 2	>160	o >100

Tomado de Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood pressure³

ETIOLOGÍA

En relación con la etiología de la enfermedad, hay dos grupos principales de pacientes con hipertensión arterial. El primero incluye a pacientes con hipertensión arterial secundaria que presenta una causa bien definida de la enfermedad, comprende entre 3 y 5% de la población adulta con hipertensión arterial; las causas más importantes de estos casos son los trastornos renales y la hipertensión renovascular.

El segundo grupo corresponde a la hipertensión arterial primaria o esencial, en la que se desconoce la etiología; a este grupo pertenece hasta 95% de los adultos con hipertensión.²⁹

FISIOPATOLOGÍA

La etiología de la hipertensión arterial sistémica se desconoce, así como los mecanismos responsables de su desarrollo, existen varias teorías que tratan de explicar el proceso fisiopatológico de la Hipertensión arterial sistémica.²⁹

OXIDO NITRICO

Desempeña una función importante a nivel cardiovascular y renal. Su principal acción en los riñones es producir vasodilatación de las arteriolas y regular a las células mesangiales y glomerulares, originando aumento de la filtración glomerular y de la excreción de sodio. Además es contraregulador de la Angiotensina II, con lo cual contribuye a disminuir la presión arterial sistémica. A nivel cardiovascular su principal acción es regular el tono vascular, así como disminuir la hiperplasia de la intima y la formación de placas ateroscleróticas; los trastornos en su producción predisponen al desarrollo de Hipertensión arterial sistémica.

ENDOTELINAS

Su principal función es regular el tono vascular, incrementando los niveles plasmáticos de renina, angiotensina, aldosterona y adrenalina, provocando

vasoconstricción y crecimiento de células endoteliales, lo que conlleva a la hipertensión arterial.

RESISTENCIA A LA INSULINA

Es común en pacientes obesos, donde se origina hiperinsulinemia para lograr un estado euglucémico, estos pacientes tienen la capacidad de retener más sodio, con el resultante aumento de la presión arterial por su efecto natriurético a nivel del túbulo contorneado proximal y distal, un segundo mecanismo es el aumento de la actividad simpática elevando los niveles de norepinefrina; esto condiciona vasoconstricción, incremento de las resistencias periféricas, disminución de la filtración glomerular, retención de líquidos, aumento del gasto cardíaco e hiperinsulinemia, generando un círculo vicioso y finalmente hipertensión.

SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA ALDOSTERONA

Clásicamente la angiotensina II el producto central del sistema renina-angiotensina es bien conocido como el responsable de los efectos vasoconstrictivos, de influenciar a los túbulos renales para la retención de sodio y agua, así como de la liberación de aldosterona a partir de la glándula suprarrenal, y participa en la regulación del centro de la sed. Por lo tanto el sistema renina-angiotensina no solamente juega un papel central en la etiopatogénesis de la Hipertensión arterial sino que participa en los mecanismos de producción de la hipertrofia miocárdica y en la remodelación vascular.

SENSIBILIDAD AL SODIO

Otra causa es la "Sensibilidad al sodio" que desarrollan un buen número de enfermos hipertensos. Así, toda vez que se alcanza el desequilibrio entre la regulación de la Angiotensina II y la excreción de sodio; es el incremento en la sensibilidad al sodio, lo que determina el aumento relativo pero suficiente de volumen intravascular. Mecanismo que contribuye a la elevación de la presión arterial.

HIPERURICEMIA

Está asociada con la hipertensión arterial sistémica, ya que es un marcador de posible actividad inflamatoria, daño en membrana celular e incremento en la producción de radicales libre de oxígeno.

Finalmente existen variantes genéticas que contribuyen a la hipertensión, por lo que resulta de la interacción de genes y del ambiente.^{1,2,3,22,29}

CUADRO CLÍNICO

La hipertensión por lo general es asintomática durante muchos años. Son características las cefaleas suboccipitales pulsátiles con presentación matutina y que remiten durante el día, también se presenta somnolencia, confusión, trastornos visuales, así como náuseas y vómito. La hipertensión de larga evolución conduce a hipertrofia ventricular izquierda con disfunción diastólica y sistólica y por lo tanto se presenta disnea con el ejercicio.²²

A la exploración física además de encontrar una elevación de la presión arterial, en el habitus exterior se deben buscar cambios en la complexión o la coloración de tegumentos como sucede en el síndrome de cushing, coartación de la aorta o alteraciones renales.

En la exploración de fondo de ojo, estrechamiento del diámetro arterial a menos de 50% del diámetro venoso, aspecto de alambre de cobre o plata, exudados, hemorragias o edema capilar.

En cuello detectar soplos carotídeos, dilataciones venosas o crecimientos tiroideos, que orienten hacia vasculopatía hipertensiva o hipertiroidismo.

En la exploración del área cardíaca se deben detectar alteraciones del ritmo y de la frecuencia, buscar impulso apical prominente, existencia de un tercer o cuarto ruido, soplos que sugieran valvulopatías, disfunción o hipertrofia ventricular izquierda y arritmias. En el área pulmonar puede haber estertores o broncoespasmo como resultado de disfunción miocárdica. En el abdomen es importante investigar la presencia de soplos renales que indiquen estenosis de la arterial renal; la palpación puede descubrir la presencia de masas palpables que corresponda a coartación de la aorta o riñones poliquísticos.

En las extremidades debe verificarse la presencia de pulsos radiales y femorales.^{1,22,29}

DIAGNÓSTICO

El paciente con sospecha de HAS en el examen de detección, deberá acudir a confirmación diagnóstica, sin medicación antihipertensiva y sin cursar alguna enfermedad aguda.¹⁰

El diagnóstico debe estar basado en el promedio de por lo menos dos mediciones, tomadas al menos en dos visitas posteriores a la detección inicial, o a través de un periodo más prolongado, en cuyo caso es recomendable el monitoreo ambulatorio.^{1,2,3,8,9,10,}

NIVELES DE CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial es el diagnóstico primario más frecuente en América, donde los actuales niveles de control (presión arterial sistólica <140 mmHg y presión arterial diastólica <90 mmHg), están todavía demasiado por debajo de los objetivos, en la mayoría de los pacientes, el control de la presión arterial sistólica, como factor de riesgo de enfermedad cardiovascular es más importante que la presión arterial diastólica excepto en los pacientes menores de 50 años y que ocurre con mucho más frecuencia en personas ancianas, donde el control es más difícil. Recientes ensayos clínicos han demostrado que para lograr un control de la presión arterial es necesario utilizar dos o más fármacos antihipertensivos.^{1,2,3,8,9,22}

OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Las pruebas rutinarias de laboratorio recomendadas antes de iniciar la terapia incluye un electrocardiograma, análisis de orina, glucosa sanguínea y hematocrito, potasio sérico, creatinina (o la correspondiente estimación de la tasa de filtración glomerular (TFG) y calcio; niveles lipídicos tras 9-12 horas postprandiales que incluya lipoproteínas de alta densidad, colesterol y triglicéridos. Pruebas opcionales incluyen medida de excreción de albúmina urinaria o razón albúmina/creatinina.^{1,2,3,4,8,9,22}

TRATAMIENTO

El objetivo de la terapia antihipertensiva es la reducción de la morbilidad y mortalidad por causa cardiovascular y renal, el enfoque primario debe ser conseguir el objetivo de PAS. Tratar la PAS y la PAD hasta la meta de 140/90 mmHg se asocia con un descenso en complicaciones cardiovasculares. En hipertensos diabéticos o enfermedad renales cuyo objetivo de PA es < 130/80 mmHg.³

MODIFICACIONES EN EL ESTILO DE VIDA

La adopción de estilos de vida saludables en todo el mundo es imprescindible para prevenir la elevación de la presión arterial. La modificación de los estilos de vida incluyen reducción de peso, una dieta rica en potasio y calcio, reducción de sodio en la dieta, actividad física y moderación en consumo de alcohol. La modificación de estilos de vida, aumenta la eficacia de los fármacos

antihipertensivos. Los cambios en el estilo de vida que están ampliamente aceptados para descender la presión arterial o el riesgo cardiovascular, y que deberían ser considerados son:

1. Abandono del tabaco
2. Reducción de peso (y estabilización posterior)
3. Reducción del consumo excesivo de alcohol
4. Ejercicio físico
5. Reducción del consumo de sal
6. Incremento del consumo de frutas, verduras y reducción de consumo de grasas saturadas^{1,2,3,4,8,9,10,25}

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los resultados de estudios clínicos demuestran el descenso de la presión arterial con algunas clases de fármacos, incluyendo inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, antagonistas de angiotensina II, betabloqueantes, antagonistas del calcio y diuréticos tipo tiazida. Estos últimos han sido la base de la terapia antihipertensiva en la mayoría de los estudios y deberían ser usados como terapia inicial en la mayoría de los hipertensos, solos o en combinación con agente de las otras clases (inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, antagonistas de receptores de angiotensina II, betabloqueadores, bloqueadores de los canales de calcio) que hayan

demostrado ser beneficiosos en resultados de estudios controlados. Si un fármaco no es tolerado o está contraindicado, debería usarse uno de los de otra clase que haya demostrado reducción en eventos cardiovasculares. La suma de un segundo fármaco de diferente clase debería iniciarse cuando la monoterapia en dosis adecuadas falla para conseguir el objetivo de presión arterial. Cuando la presión arterial es mayor de 20/10 mmHg sobre el objetivo, se debería considerar iniciar la terapia con dos fármacos, bien como prescripciones separadas o combinaciones en dosis fijas.^{1,2,3,4,8,10,22,25}

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL

La mayoría de los médicos controlarán la hipertensión arterial solo si el paciente está motivado para tomar la medicación prescrita y para establecer y mantener estilos de vida saludables, y depende de otros factores como:

RELACIÓN MEDICO - PACIENTE

La empatía, aumenta la confianza y es un potente motivador. La actitud de los pacientes está fuertemente influenciada por diferencias culturales, creencias y experiencias previas con el sistema de atención de salud. Estas actitudes deberían ser entendidas implícitamente por los médicos para crear confianza e incrementar la comunicación con pacientes y familiares.³¹

COSTOS ECONOMICOS

Ocurren cambios en la distribución de los gastos familiares, por un lado se incrementa la compra de medicamentos y alimentos y por otro disminuye el ingreso de otros integrantes de la familia, sin dejar de mencionar los gastos en el transporte para acceder a los servicios de salud.³¹

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Consiste en la observación estricta de las indicaciones médicas por parte del paciente para la prevención y control de su enfermedad, cuyo propósito es evitar complicaciones. Situación que si no es llevada a cabo influye en el descontrol del paciente hipertenso.¹⁰

ACCESO A LOS SERVICIOS MEDICOS

No todos los pacientes cuentan con servicio médico y por lo tanto no pertenecen a programas como el de medicamentos gratuitos o grupos de ayuda mutua con el fin de preservar la salud y atender las enfermedades en sus etapas iniciales de evolución.¹⁰

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Consiste en el proceso enseñanza aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud individual y familiar.¹⁰

MODIFICAR ESTILOS DE VIDA

Debe darse énfasis en el control de peso, reducir el consumo de grasas saturadas, colesterol, sal y alcohol, así como en el aumento de la actividad física.¹⁰

REDES SOCIALES

Quien padece una enfermedad se enfrenta a condiciones de frustración, ira, negación y depresión, por lo tanto la familia tiene que tomar decisiones muy importantes, reorganizarse, replantear expectativas y adecuar sus metas y los objetivos a la situación, ya que el tratamiento de un enfermo crónico degenerativo no solo involucra a este, sino también a su familia y de no ser tratado correctamente, el paciente no se recuperara, por lo que el médico familiar debe valorar si las condiciones del entorno social y familiar del paciente son propicias para su tratamiento.³¹

HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y COMORBILIDADES

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Es la forma más frecuente de daño en órgano diana asociado a la hipertensión arterial. En hipertensos con angina estable, el fármaco de elección es un betabloqueador; alternativamente pueden usarse los bloqueadores de los canales del calcio de acción larga.

En pacientes con síndromes coronarios agudos (angina inestable o infarto de miocardio), la hipertensión arterial debería ser tratada inicialmente con

betabloqueadores o inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina, sumando otros fármacos si es necesario para el control de la presión arterial. En pacientes postinfartados, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, betabloqueadores y antagonistas de la aldosterona han demostrado ser beneficiosos. La terapia intensa en el control de lípidos y el uso de aspirina también están indicados.^{1,3}

INSUFICIENCIA CARDÍACA

La insuficiencia cardíaca, tanto en disfunción sistólica como diastólica, es el resultado primario de la hipertensión sistólica y la enfermedad coronaria isquémica. El control de la presión arterial y del colesterol son las medidas preventivas primarias en el alto riesgo de insuficiencia cardíaca. En individuos asintomáticos con disfunción ventricular demostrable, están recomendados los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y betabloqueadores. En disfunción ventricular sintomática o enfermedad cardíaca terminal, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, betabloqueadores, antagonistas del receptor de angiotensina II y bloqueadores de la aldosterona son recomendados asociados a diuréticos de asa.^{1,3}

DIABETES MELLITUS

Usualmente son necesarios dos o más fármacos para conseguir el objetivo de <130/80 mmHg. Los diuréticos tiazídicos, betabloqueadores, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, antagonistas del receptor de angiotensina

II, y bloqueadores de canales de calcio son beneficiosos reduciendo la enfermedad cardiovascular e incidencia de evento vascular cerebral en pacientes diabéticos. Los tratamientos basados en inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o antagonistas del receptor de angiotensina II afectan favorablemente la progresión de la neuropatía diabética y reducen la microalbuminuria.^{1,3}

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

En las personas con Insuficiencia renal crónica, definida por: (1) Función excretoria reducida con índice de filtrado glomerular por debajo de 60 ml/min por 1.72M² (corresponde aproximadamente a una creatinina >1.5 mg/dl en varones y a >1.3 mg/dl en mujeres), o (2) presencia de microalbuminuria (>300 mg/día o 200 mg en índice albúmina/creatinina), los objetivos terapéuticos son enlentecer el deterioro de la función renal. La hipertensión arterial aparece en la mayoría de estos pacientes y deberían recibir tratamientos agresivos en el control de la presión arterial, frecuentemente con tres o más fármacos para conseguir los objetivos de valores de presión arterial <130/80 mmHg. Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y antagonistas del receptor de angiotensina II han demostrado efectos favorables en la progresión de la enfermedad renal secundaria a diabetes; un aumento en el límite de la creatinina sérica de alrededor de un 35 % sobre la línea basal con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o antagonistas del receptor de angiotensina II es aceptable y no hay razón para interrumpir el tratamiento

hasta el desarrollo de hiperpotasemia. Con enfermedad renal avanzada (estimada con un Índice de filtrado glomerular <30 ml/min por 1.72 m², correspondiente a una creatinina sérica de 2.5 a 3 mg/dl) el incremento de dosis de diuréticos de asa son necesarios.^{1,3}

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

Los riesgos y beneficios del descenso rápido de la presión arterial después de un evento vascular cerebral agudo no está claro aún; El control de la presión arterial hasta niveles intermedios (aproximadamente $160/100$ mmHg) es apropiado hasta la estabilización y mejoría. La frecuencia del evento vascular cerebral descende con la combinación de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y diuréticos tiazídicos.³

OBESIDAD Y SINDROME METABOLICO

La obesidad ($IMC > 30$ kg/m²) es un factor de riesgo prevalente que incrementa el desarrollo de hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular. La guía Adult Treatment Panel III para el control del colesterol define el síndrome metabólico como la presencia de tres o más de las siguientes condiciones: Obesidad abdominal (circunferencia de cintura >40 pulgadas en varones o > 35 pulgadas en mujeres), intolerancia a la glucosa (glucemia basal >110 mg/dl), presión arterial $>130/85$ mmHg, triglicéridos elevados (>150 mg/dl), o HDL bajo (< 40 mg/dl en varones o <50 mg/dl en mujeres). La modificación intensa de estilos de vida debería perseguirse en todos los individuos con síndrome metabólico, e

instituirse una terapia farmacológica para cada uno de los componentes afectados.^{1,2,3,8,9}

REDES SOCIALES

CONCEPTO

Es un conjunto de contactos, que dan identidad social a los individuos, son apoyos de diferentes tipos e influye en la búsqueda de ayuda que hacen las personas. La primera fuente de ayuda es la familia, cuyas características e historia influyen en la presencia de factores protectores de la salud o de riesgo para enfermar, también determinan el uso de los recursos de la comunidad, incluyendo el sistema de salud.^{11,13}

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Es a partir de la década de los setenta cuando se advierte un interés por el concepto de relaciones sociales, que señalaban, que los cambios en el ambiente social pueden alterar la resistencia de los individuos hacia la enfermedad, debido a las alteraciones metabólicas que desencadenan ya que la falta de señales o de información relevante por parte de relaciones sociales (en especial las referidas a personas significativas y próximas para el individuo), puede constituir el origen de la enfermedad.

Uno de los motivos que justifican el aumento de los estudios de la salud y el ambiente social es el origen de una perspectiva ecológico-comunitaria dentro

de la Psicología cuya prioridad se centra en aislar y manipular factores ambientales con el fin de favorecer una mayor prevalencia de la salud dentro de la población, siguiendo esta línea de trabajo se sostiene que la interacción social era esencial para el desarrollo de una personalidad normal y promulgar una conducta social apropiada. En este sentido se sugieren que el aislamiento social de los individuos constituye el mayor riesgo para desarrollar un desorden mental. Otro de los motivos que justifican el aumento de estos estudios son los hallazgos encontrados, en los que se ponían de manifiesto la importancia de las “redes informales de apoyo” (amigos, vecinos, etc.) para la salud mental de la población, al demostrar como las personas afectadas por problemas emocionales, situaciones difíciles y/o generadores de estrés, elegían a personas de su entorno antes que a especialistas en salud mental, como psiquiatras o psicólogos, para intentar solucionarlos. Este hecho otorga el reconocimiento a las personas que pertenecen al entorno próximo del individuo (con formación profesional o no) como “fuentes proveedoras de apoyo” para el mantenimiento de la salud mental dentro de la comunidad. Así, a medida que las personas acumulan identidades de rol, poseen un sentido significativo de sus vidas, ello implica que el sentido y significado que uno tiene de la vida es un componente para el bienestar psicológico y que una falta de sentido de la propia existencia a menudo conduce a conductas inapropiadas y a un comportamiento autodestructivo.¹³

CLASIFICACIÓN

Las redes sociales se clasifican en:

Informal: la familia nuclear y los parientes realizan este tipo de funciones cuando otorgan cuidados e intercambian servicios; se basan en los valores familiares implícitos que pueden comprometer a los miembros de la familia a corresponder con ayuda semejante a la recibida; en la comunidad también existen redes sociales informales extrafamiliares, cuyo principal valor es la solidaridad, como las amistades los vecinos, compañeros de trabajo, grupos de ayuda, etc.¹¹

Formal: se rigen con normas delimitadas y son de acceso restringido. Entre ellas están las Instituciones de Salud, grupos de ayuda, y diversos servicios que otorga la comunidad, como el mercado de la colonia y los parques. Cabe mencionar que también existen redes sociales Mixtas.¹¹

Además de estos dos grandes grupos, se hallan otras formas de clasificar a las redes sociales de acuerdo al intercambio que presentan:

Red de primer orden o primaria: la cual comprende las conexiones cercanas que tiene un individuo con otros.

Red de segundo orden o secundaria: se identifica por las conexiones que se establecen entre una red primaria y otra.

Red extensa: involucra las conexiones que unen a la red secundaria con poblaciones mayores.

También el intercambio que ocurre entre los individuos que integran las redes puede clasificarse y medirse según el tipo de intercambio, direccionalidad, extensión, frecuencia y temporalidad.

El apoyo que otorgan las redes sociales puede estar disponible pero su utilización dependerá de diversos actores: la persona que necesita de ayuda, su escolaridad y nivel socioeconómico, los síntomas que presente y el impacto de estos en la vida del individuo y su familia, las costumbres para resolver los problemas, la automedicación, la búsqueda de ayuda, su disponibilidad y forma de acceso, así como la presencia de medicina tradicional y de instituciones de salud públicas o privadas.

FUNCIONES DE LAS REDES SOCIALES

De entre las funciones relacionadas con la salud, una clasificación realizada por Shumaker y Brownell (1984) distingue entre:

- Funciones del apoyo social sustentadores de la salud.
- Funciones del apoyo social reductoras del estrés.

REDES SOCIALES Y PROCESO SALUD – ENFERMEDAD

Uno de los recursos derivados de las relaciones sociales y de relevante importancia en contextos relacionados con los procesos salud –enfermedad, es el apoyo social y parece aceptado estudiarlo desde tres perspectivas: estructural, funcional y contextual.

Desde el punto de vista estructural, se define el apoyo social como provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos. Su definición incluye los tres niveles de análisis:

El primer nivel está ocupado por la comunidad, con referencia a la integración social, regulación normativa y orden social que esta ofrece dando significado a la propia existencia y protegiendo a la persona contra la incertidumbre, que en último extremo daría lugar a un funcionamiento desordenado.

En un segundo nivel lo constituyen las redes sociales, que aportaría un sentido de relaciones y de unión con los demás.

El tercer nivel es el que proporciona un sentimiento de vínculo más estrecho, en el cual se esperan intercambios recíprocos y mutuos y también en el que se comparte una responsabilidad por el bienestar de los otros.

Desde la perspectiva estructural, se estudia el campo social en el que está inmerso el sujeto siendo la red social la unidad de análisis del individuo, mediante el estudio de sus dimensiones:

TAMAÑO: referido al número de personas que componen la red social, o número de sujetos con los que mantiene contacto personal el sujeto central.

DENSIDAD: Es la interconexión entre los miembros independientemente del sujeto central, algunas investigaciones otorgan a las redes sociales más densas una mayor capacidad para proveer apoyo emocional, más sin embargo no son adecuadas en situaciones como la viudez ya que impiden la creación de nuevos contactos sociales.

RECIPROCIDAD: Es el grado en que los recursos de la red son intercambiados equitativamente entre las partes, al equilibrio o desequilibrio del intercambio en la relación entre dos personas. Los resultados demuestran que las relaciones recíprocas promueven más la salud que aquellas en las que el sujeto central inicia siempre el contacto.

PARENTESCO: variable referida a si la red está formada en su mayoría por parientes o no y que resulta ser predictora de un buen ajuste ante las crisis vitales.

HOMOGENEIDAD: semejanza o congruencia entre los miembros de una red en una dimensión determinada: actitudes, experiencia, valores, etc. Las personas que forman parte de redes homogéneas, tienen interacciones más reforzantes.

Algunos autores señalan que para que una red de apoyo sea efectiva, no solo es necesario que exista desde un punto de vista estructural sino también que las personas que forman parte de la red, tengan la habilidad, conocimiento y motivación suficiente para proveer soporte. En ese sentido, parece ser que aquellos acontecimientos vitales inesperados como por ejemplo la aparición de la enfermedad, resultan ser más problemáticos desde el punto de vista de la efectividad del soporte, ya que además de que el sujeto está sometido a mayor nivel de estrés porque no ha podido prepararse para el evento, a menudo los miembros de la red social no ofrecen el apoyo adecuado por falta de habilidades y/o conocimiento a pesar de que exista motivación para ello.

En el abordaje de la red de apoyo desde un punto de vista funcional, destacan tres funciones básicas: apoyo emocional, material e instrumental.

Desde una perspectiva contextual, es necesario considerar los aspectos situacionales en los que el apoyo es percibido, movilizado, aportado o recibido, todo ello con el fin de relacionar con un carácter predictivo, el apoyo social con el bienestar de las personas.

Parece existir variación entre la fuente de procedencia del apoyo en función de los sujetos de manera que el apoyo de los compañeros de trabajo tiene mejores consecuencias en varones que en mujeres, mientras que el apoyo familiar es más importante ante problemas relacionados con la salud frente al procedente de los amigos. En cuanto a la duración del apoyo social en el tiempo, este cobra

especial importancia ante cierto tipo de problemas como es el caso de pacientes crónicos o el de personas que sufren estrés a largo plazo, ya que exige una habilidad adecuada para mantener y/o cambiar el apoyo a lo largo del tiempo por parte de los donantes del apoyo.

En determinados periodos del ciclo vital como la ancianidad, la relación entre los individuos y los grupos sociales a los que pertenecen, permiten movilizar recursos psicológicos y materiales frente a situaciones indeseables como la incapacidad, soledad y/o enfermedad. Desde el punto de vista de la intervención comunitaria en Salud, es necesario conocer la estructura social y los diferentes niveles de intervención comunitaria con el objetivo de potenciar, crear o complementar recursos que proporcionen apoyo social tanto a nivel individual-familiar como colectivo.^{11,12,13}

REDES SOCIALES Y ENFERMEDADES CRONICODEGENERATIVAS

Definir las redes de apoyo en el momento actual, es un reto difícil debido a la evolución sociocultural del mundo moderno y a las enormes diferencias entre las poblaciones. Por ejemplo actualmente existe la preocupación para responder a las nuevas demandas que el envejecimiento de la población representa asociado a un incremento de enfermedades crónico degenerativas como la hipertensión Arterial Sistémica. Se ha visto en nuestra sociedad ahora que los hijos adultos cuidan de sus padres mayores, y que los abuelos cuiden de sus nietos, más sin embargo los cuidadores principales continúan siendo en

la mayoría de los casos mujeres principalmente una hija , donde en fechas recientes se ha visto que las mujeres ya no pueden ni quieren ser las únicas o principales cuidadoras por distintas razones económicas estructurales, como la construcción de una nueva identidad y la implicación de la mujer en el ámbito laboral, relegando dichos cuidados a terceras personas como las casas de asistencia social como asilos. Otro fenómeno observado, es que está aumentando rápidamente el número de años que las personas viven como jubilados y como ancianos. La combinación de una jubilación anticipada y una mayor esperanza de vida han incrementado el número de años que viven los individuos, originando una mayor demanda de cuidados, entonces las opiniones y actitudes sobre quién debe hacerse cargo de las personas mayores es contradictoria probablemente reflejo del periodo de transición que se está dando en el país.^{11,12,15.}

Por otro lado, el tratamiento conlleva gastos que contribuyen a debilitar la economía del paciente o de su familia. Por lo tanto el estado funcional y la calidad de vida del paciente crónico, es el resultado de la integración de factores de la propia personalidad y motivación del paciente, los síntomas motivados por la enfermedad crónica, los efectos secundarios de la medicación recibida, las condiciones medioambientales, el apoyo social y el nivel económico en que el paciente se desenvuelve.

No hay dos personas que reaccionen igual ante la enfermedad; ya que existen diferentes fuentes de conflictos: Aislamiento familiar y social, si el diagnostico

condiciona ingreso hospitalario, preocupaciones económico-laborales, entrada en un ambiente desconocido, con normas no conocidas, sensación de falta de control del medio, Sentimientos de inseguridad, indefensión y vulnerabilidad. La sensación de no control, necesidad de un cambio de hábitos de conducta personal: dieta, ejercicio, medicación. Estar sometido a una serie de exploraciones, pruebas complementarias y practicas sanitarias, convivencia con el dolor y el sufrimiento, escasa información sobre su estado de salud y su pronóstico, sentimientos de dependencia, para poder preservar su salud, preocupación por la evolución de su enfermedad y su pronóstico. Tomando en cuenta lo anterior el capital social en el ámbito de la salud ejerce una función protectora que contribuye al bienestar y la calidad de vida; asociado al conocimiento de la vejez representa la oportunidad para analizar la correlación que existe entre esta etapa de vida y la red social; ya que a medida que se envejece, es común que disminuya la actividad social del individuo y con ello, las formas de mantener los contactos con los demás sujetos que integran su red personal, sobre todo cuando presenta algún padecimiento crónico degenerativo, o algún tipo de demencia, en cuyo caso, pasan a depender de un cuidador principal. Por lo que es fundamental el estudio y recuperación de estas redes relacionales, porque representan lazos que añaden valor a los individuos y que en algunas culturas se manifiesta como un stock de cooperación con que cuenta una sociedad; llegando a constituir un elemento de sobrevivencia en grupos vulnerables y la base de la solidaridad, alcanzando gran significado ante procesos de enfermedad, perdida o crisis.^{16,17}

Por lo tanto es necesario trabajar sobre el impacto del apoyo social sobre diversos procesos relacionados con la salud y la enfermedad. Y para ello el cuestionario MOS es un instrumento válido y fiable que nos permite tener una visión multidimensional del apoyo social. Su uso nos permite descubrir situaciones de riesgo social elevado para poder intervenir sobre las personas y sus entornos sociales. En este trabajo se pretende analizar las redes de apoyo con que cuentan los pacientes con HAS con objeto de promover la participación de los integrantes de la familia, en beneficio del enfermo, por lo que se requiere reforzar y ampliar esa red, buscando disminuir el desgaste y mejorar la calidad de vida, así como la adherencia y control de pacientes con hipertensión Arterial, a partir de una mayor participación de la familia y su ampliación a través de mayor integración con amigos, vecinos, grupos comunitarios, religión o trabajo; así como la formalización de vínculos con las instituciones públicas o privadas mediante los grupos de ayuda mutua. El médico familiar debe otorgar atención medica primaria integral y continua con la participación del paciente y su familia; administrando los recursos y las actividades referentes a la atención medica primaria; como diseñar programas educativos para la familia y para el equipo de salud e investigar con metodología científica problemas de su práctica profesional.^{16,17,18,19}

REDES SOCIALES Y MEDICINA FAMILIAR

El médico familiar usa los recursos de la familia, la comunidad y la institución a fin de solucionar de forma adecuada los problemas de salud individuales y familiares.

Para lograr esta tarea, cuenta con diversas estrategias e instrumentos, uno muy conocido es el genograma, cuya interpretación por el médico familiar puede apoyar la identificación de redes de apoyo familiares. El ecomapa es otro instrumento útil para la identificación de las redes de apoyo extrafamiliares y que, al igual que el genograma, es un instrumento cuyo uso e interpretación apoyan las actividades del equipo de salud en beneficio de los pacientes.

Se ha reportado que la pareja es la mayor fuente de ayuda y un factor de protección para la salud; en algunos casos el paciente anciano es cuidador de alguno de sus padres lo que muestra un fenómeno reciente en el que los viejos son cuidados por viejos. El principal tipo de apoyo que aporta la red familiar es el emocional, seguido del material y de información; en la tercera edad el valor del apoyo emocional es equivalente o mayor que el apoyo material.^{11,13}

Es de gran ayuda presentar a los pacientes los resultados obtenidos a través de estos instrumentos (genograma y ecomapa), ya que cuando los pacientes y familiares los observan, suelen cambiar su apreciación acerca de sus redes de apoyo, en la mayoría de los casos reconocen que en realidad tiene más apoyo del que imaginan y, los que perciben que sus redes son pequeñas

inmediatamente manifiestan su interés en ampliarlas. Es importante que el médico familiar conozca las redes de apoyo con que cuentan sus pacientes, principalmente los de la tercera edad, ya que mientras más amplias sean estas, los pacientes podrán satisfacer mejor sus necesidades y los cuidadores se apoyaran en otros individuos o instituciones cuando lo crean necesario, con lo que es posible prevenir el agotamiento físico y emocional, sobre todo en pacientes con enfermedades crónico degenerativas, como es el caso de la Hipertensión Arterial Sistémica.¹¹

Los beneficios obtenidos del sistema familiar como objeto de intervención en situaciones como la existencia de una enfermedad física crónica en uno de los miembros, familias con pacientes terminales, familias con enfermos mentales, y familias de alcohólicos. Todas estas situaciones comparten un denominador común: la existencia de algún tipo de trastorno, físico y/o psicológico, que afecta a uno de los componentes de la familia pero que por cuya importancia, afecta extensivamente a todos los miembros del sistema familiar, generando alteraciones en el funcionamiento del mismo. Dichas alteraciones comprenden aspectos tan diversos como dificultades de reorganización y adaptación a las demandas generadas por la situación, dificultades derivadas de la falta de estrategias de afrontamiento adecuadas, dificultades para mantener la autonomía e independencia de los miembros de la familia, sobrecarga emocional, física y/o económica, y alteraciones en la esfera emocional, física y/o social, tales como sintomatologías ansioso-depresivas, labilidad emocional,

somatizaciones, dificultades de sueño y de alimentación, restricción de actividades y contactos sociales etc. Paralelamente a este hecho, la experiencia constata que la familia es objeto de intervención como sistema afectado pero también en la medida en que sus comportamientos, actitudes, ideas, etc., facilitan o dificultan el abordaje rehabilitador/ integrador del paciente o miembro individual afectado por el trastorno. ^{11,12,14.}

EVALUACIÓN DE LAS REDES SOCIALES

Se han encontrado instrumentos en español que miden el apoyo social destacando la Escala de Apoyo Social SS-B utilizado en contextos clínicos, El inventario de apoyo familiar para trabajadores cuyo campo de aplicación es el ámbito laboral, la Escala de Evaluación de apoyo social del California Department of Mental Health apropiado para estudios epidemiológicos y el cuestionario MOS que permite conocer la red familiar y extrafamiliar y mide cuatro dimensiones del apoyo social, emocional, instrumental, interacción social positiva y afectivo.³²

Se dispone de otras herramientas como el genograma y el ecomapa que ayudan a identificar las redes de apoyo familiares y extrafamiliares, cuya interpretación es en beneficio de los pacientes.¹¹

CUESTIONARIO MOS (Medical Outcomes Study)

Es un instrumento del que se dispone en la práctica diaria, fue desarrollado por Sherbourne y Stewart en 1991, del grupo MOS-SSS the Medical Outcomes

Study Social Support Survey. Mediante un estudio observacional y descriptivo, que incluyó un total de 2987 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes, enfermedad coronaria y depresión durante un periodo de 2 años, llevado a cabo en tres sitios de estudios Boston, Chicago y Los Angeles, de un total de 50 posibles puntos para evaluar las dimensiones de la red de apoyo finalmente se seleccionaron 19 puntos que incluyeron el aspecto emocional, afectivo, instrumental e interacción social positivo, al hacer el análisis se obtienen valores de fiabilidad >0.91 .³³

En el 2005 Revilla Ahumada y colaboradores validaron el cuestionario MOS mediante un estudio descriptivo transversal en una población de dos centros de salud de Granada, la muestra utilizada fue de 301 individuos con edades comprendidas entre los 15 y 95 años de edad, que presentaban las siguientes patologías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes e Hipertensión durante el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2001. Para medir la consistencia interna de la escala se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach obteniendo valores cercanos a 1.¹⁸

Es un instrumento válido y fiable que nos permite tener una visión multidimensional del apoyo social. Su uso permite descubrir situaciones de riesgo social elevado para poder intervenir sobre las personas y sus entornos sociales.

Permite investigar tanto aspectos cuantitativos (red social), como los cualitativos (dimensiones del apoyo social).

Consta de 20 preguntas, salvo el primero, los restantes se miden con una escala de Likert, puntuando de 1(nunca) a 5 (siempre), la primera pregunta informa sobre el tamaño de la red social. Los 19 ítems restantes recogen valores referidos a cuatro dimensiones del apoyo social: apoyo emocional/informacional (preguntas 3,4,8,9,13,16,17 y 19), con un punto de corte de 24 puntos, interacción social positiva (preguntas 7,11,14 y 18) con un punto de corte de 9 puntos, apoyo instrumental (preguntas 2,5,12 y 15) con un punto de corte de 12 puntos y apoyo Afectivo (preguntas 6, 10 y 20) con un punto de corte de 9 puntos. A mayor puntaje buen apoyo percibido y a menor puntaje bajo apoyo percibido.¹⁸

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial las enfermedades crónico degenerativas son la primera causa de morbimortalidad en el adulto.² En México en las últimas décadas se han observado cambios en el panorama epidemiológico relacionado con la disminución de las enfermedades infecciosas y que combinado con otros cambios en el estilo de vida ha dado lugar a un incremento de las enfermedades crónico degenerativas particularmente las cardiovasculares.

A pesar de que ha mejorado la detección oportuna de hipertensión arterial, el 61% de las personas desconocen ser portadoras de la misma, situación similar se presenta en el país ya que el paciente acude al médico cuando han transcurrido varios años desde el inicio de su enfermedad y probablemente ya habrá algún grado de daño a órgano blanco.²

En la actualidad el diagnóstico de hipertensión arterial es relativamente fácil y existen tratamientos disponibles para mantener un control óptimo de la presión arterial. Sin embargo, las consecuencias del mal control favorecen la aparición de complicaciones tales como evento vascular cerebral, enfermedad coronaria, enfermedad renal terminal e insuficiencia cardiaca, convirtiéndose en un problema de salud pública al elevar los costos de la atención por la mayor demanda en los servicios de urgencias, así como de estancia intrahospitalaria. Por lo anterior se debe guiar mejor el uso de recursos, priorizando las

intervenciones con un enfoque preventivo y de riesgo, en lugar de destinar mayor recursos a tratar complicaciones.²

El Centro de Salud Dr. “José Castro Villagrana” cuenta con una población total de 249,174 pacientes de acuerdo al censo del 2010³⁰; de estos 175 pacientes tienen diagnóstico de hipertensión arterial y solo 35% se encuentran controlados, lo que representa menos del 50%, no obstante de contar con tratamiento.

La literatura pone de manifiesto la diversidad de factores que influyen en el control del paciente hipertenso entre otros: la edad, medio ambiente, estilo de vida, género, diabetes, obesidad, dislipidemia y la falta de adherencia al tratamiento. Lo anterior se ve favorecido por el ingreso económico así como por las redes sociales con que cuenta el paciente, estas últimas facilitan la accesibilidad de los mismos a los servicios de salud.²

La familia es la principal red de apoyo que permite preservar la salud, llegar a la curación y a la rehabilitación de las secuelas. En el caso del paciente que sufre alguna enfermedad le facilita el mejor control así como de la calidad de vida.

Es bien sabido que la presencia de enfermedad en algún integrante de la familia afecta a todo el sistema familiar, generando alteraciones en su funcionamiento, si no cuentan con estrategias para afrontarlas.

Por lo anteriormente señalado es necesario es necesario hacer el siguiente cuestionamiento: ¿Cómo influyen las redes de apoyo en el control de pacientes con hipertensión arterial sistémica que acuden al C.S. “José Castro Villagrana”?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La hipertensión arterial forma parte de las enfermedades crónico degenerativas de mayor prevalencia mundial, su incidencia va en aumento y se presenta a edades más tempranas y el diagnóstico se realiza de manera tardía. Los cambios en el estilo de vida producido en los últimos años, así como el envejecimiento de la población han modificado las causas de enfermedad y muerte. De tal forma que las enfermedades crónico degenerativas como la hipertensión afecten al 26.6% de la población de 20 a 69 años.²

De acuerdo a los datos reportados en el anuario de morbilidad del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), la hipertensión arterial durante el 2008 ocupó el 7° sitio como motivo de consulta de primera vez, presentando una incidencia de 698.8 casos nuevos por 100 mil habitantes. Del total de la población diagnosticada el 62% son mujeres y 38% son hombres. En lo referente a grupos de edad se encontró que conforme aumenta la edad, también se incrementa la incidencia de hipertensión arterial. La mayor incidencia se observó en las personas 60 a 64 años de edad.²⁴

En el Sector Salud los casos nuevos de hipertensión fueron atendidos en su mayoría por el Instituto Mexicano del Seguro Social con 41%; la Secretaría de Salud con 31% y por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado 14%.²⁴

La Encuesta Nacional de Salud (ENSA 2000), reportó 15.1 millones de mexicanos con diagnóstico de hipertensión arterial, uno de cada 2 mexicanos después de los 50 años la padece, con una prevalencia de 30.05%. Se reporta además que de los pacientes el 49% tenía diagnóstico médico previo, 61% lo ignoraba, de estos 14.6% está controlado. El 30% de pacientes que son diagnosticados de primera vez ya presentan complicaciones y daño a órgano blanco.⁶

Se considera que la hipertensión Arterial es factor de riesgo para enfermedad arterial coronaria y accidente vascular cerebral. Se estima que cada 4 segundos ocurre un síndrome coronario agudo y cada 5 segundos un accidente vascular cerebral como consecuencia. Por otro lado, el 16.4% de la población hipertensa tiene además diagnóstico de diabetes mellitus y obesidad lo que ocasionó que 1.5% de todos los hipertensos murieran cada año.⁶ Otras complicaciones como insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardíaca y retinopatía hipertensiva son causa frecuente de atención hospitalaria.²

El 54.7% de la población acudió al servicio de urgencias al menos una vez y se estima que unos nueve millones de fallecimientos y más de 75 millones de años de vida sana perdidos anualmente se deben a este padecimiento.⁶

Otro dato importante es que en el IMSS para el año 2002, la hipertensión alcanzó valores de 55 y 57% del presupuesto, consecuencia del mal control ya que se requieren más recursos para tratar complicaciones, en lugar de asignar

presupuesto al área preventiva.⁶ Por lo anterior la hipertensión arterial representa un grave problema de salud para el paciente y su familia, por lo que debe considerarse como problema prioritario de salud.²

Existen factores protectores en el control de la hipertensión arterial, entre ellos la familia como principal red de apoyo. El identificar redes de apoyo en el paciente hipertenso es trascendental ya que se puede incidir en un mejor control de la enfermedad, retrasar complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente. La mayoría de la efectividad en la terapia prescrita por los médicos solo controlara la presión arterial si los pacientes están motivados y cuentan con las suficientes redes de apoyo principalmente la familia. Por otro lado una buena relación medico paciente sustentada en la empatía construye la confianza.

En virtud de que un gran número de pacientes hipertensos están en descontrol y que probablemente la causa es multifactorial, es importante que el médico familiar conozca las redes de apoyo, principalmente en pacientes de la tercera edad, ya que es el grupo de edad donde se presenta con mayor frecuencia.

Actualmente el C.S. “José Castro Villagrana” atiende un importante número de pacientes hipertensos, la atención que se brinda es horizontal lo que permitirá la realización del presente estudio ya que además se cuenta con el apoyo de las autoridades.

1.4OBJETIVOS

1.4.1 GENERAL

Identificar si existe la asociación entre las redes de apoyo y el control de Hipertensión arterial sistémica en pacientes en un primer nivel de atención.

1.4.2 ESPECIFICOS

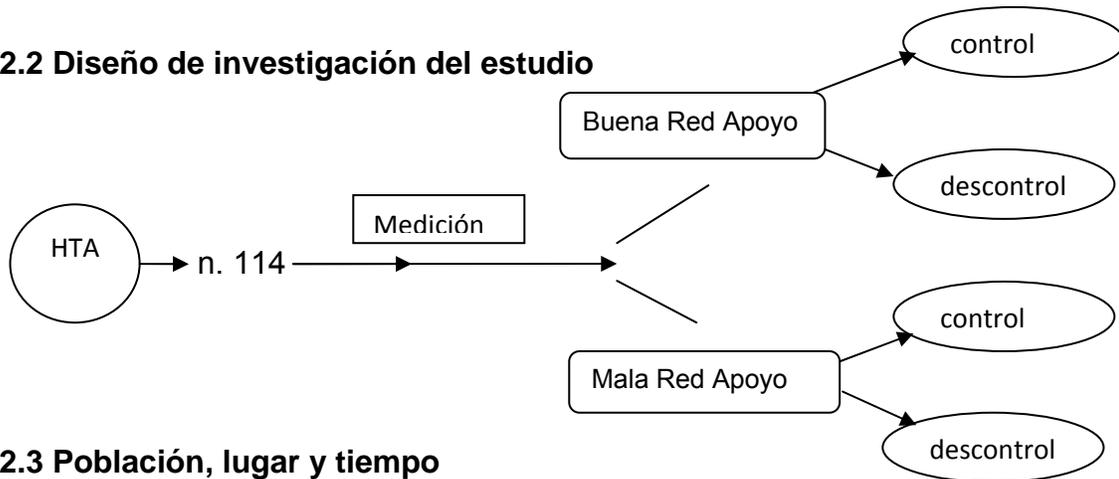
- 1.- Identificar a los pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial en control y descontrol.
- 2.- Identificar las redes de apoyo informales con que cuentan los pacientes con Diagnostico de Hipertensión arterial Sistémica en el C.S “José Castro Villagrana”.
- 3.- Analizar si existe una asociación entre el control de Hipertensión Arterial y las redes de apoyo.
- 4.- Describir las variables sociodemográficas de pacientes con Hipertensión Arterial sistémica en consulta del C.S. “Dr. José Castro Villagrana”.

2 MATERIAL Y METODOS

2.1 Tipo de estudio

El siguiente estudio es transversal, descriptivo, observacional

2.2 Diseño de investigación del estudio



2.3 Población, lugar y tiempo

Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica que acudieron al Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”, ubicado en esquina Carrasco y Toriello Guerra, Delegación Tlalpan, D.F. México, de mayo a junio del 2011.

2.4 Muestra

2.4.1 Tipo de Muestreo

Probabilístico con selección aleatoria simple

2.4.1 Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra fue de 114 pacientes. Y se calculó con la siguiente fórmula

$$n = \frac{NZ^2 pq}{d^2(N-1) + Z^2 pq}$$

Donde:

N es el universo de pacientes hipertensos

Z es el nivel de confianza al 95%

p es la prevalencia que de acuerdo a la literatura el 31% de los hipertensos está controlado

q $100-p$

d el error de 5%

2.5 Criterios de Inclusión, exclusión y eliminación

INCLUSIÓN

- Pacientes con Diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica que asisten a consulta Externa en el Centro de Salud Dr. "José Castro Villagrana". Que acudieron de manera regular en los últimos 6 meses, mayores de 20 años.
- Hipertensos sin complicaciones
- Pacientes con expediente clínico completo
- Pacientes que aceptan participar en la encuesta y firmen el consentimiento informado

EXCLUSIÓN

- Pacientes menores de 20 años
- Pacientes sin diagnóstico de Hipertensión Arterial
- Pacientes con complicaciones agudas de Hipertensión Arterial
- Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Secundaria.
- Pacientes que no acepten participar en la encuesta
- Pacientes que no firmen la hoja de consentimiento informado

ELIMINACIÓN

Pacientes que decidieron no cooperar para la conclusión del llenado del instrumento.

2.6 VARIABLES

2.6.1 Operacionalización de variables

VARIABLE (Índice/indicador)	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN	FUENTE (forma genérica)
Sexo	cualitativa	Características fenotípicas y genotípicas que caracterizan a un ser humano como hombre o mujer.	Nominal dicotómica	Hombre, mujer	Cedula de identificación
Edad	cuantitativa	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	discreta	Años cumplidos	Cedula de identificación
Estado civil	cualitativa	Situación de la persona en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país	nominal	Casado Soltero Unión libre Divorciado o viudo	Cedula de identificación
Escolaridad	cualitativa	Ultimo nivel obtenido en el ciclo de instrucción avanzado que declare haber cursado la persona en el sistema educativo.	Ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria Bachillerato licenciatura	Cedula de identificación
Tiempo de Diagnostico de HAS	cuantitativa	Tiempo transcurridos desde el diagnostico de HAS hasta el momento actual	discreta	años	Cedula de identificación
Control de HAS	cuantitativa	Pacientes diagnosticados con Hipertensión arterial bajo tratamiento que presentan de manera regular cifras de Presión Arterial <140 sistólica <90 diastólica mmhg	Continua	1.Control 2.Descontrol	Expediente clínico

Red de apoyo	cualitativa	<p>Conjunto de contactos y apoyos de diferentes tipos, que dan identidad social a los individuos, como puede ser Apoyo emocional, instrumental, interacción social positiva y afectivo.</p> <p>Se clasifica en Apoyo formal e informal.</p> <p>Redes de apoyo Informales: La familia nuclear y los parientes realizan este tipo de funciones.</p>	Ordinal	Buen apoyo Bajo apoyo	Cuestionario MOS
--------------	-------------	---	---------	--------------------------	------------------

2.7 Instrumento de Recolección de datos

El instrumento utilizado para la recolección de datos es el cuestionario de apoyo social M.O.S. (grupo de estudio para analizar diferentes estilos de práctica médica de la atención primaria), realizado en EEUU en 1991. Se trata de un cuestionario breve y multidimensional, permitiendo investigar tanto los aspectos cuantitativos (red social), como los cualitativos (dimensiones del apoyo social), este cuestionario consta de 20 ítems; salvo el primero, los restantes se miden con una escala de Likert, puntuando de 1 (nunca) a 5 (siempre), donde a mayor puntuación mayor apoyo percibido y viceversa. La primera pregunta informa sobre el tamaño de la red social (familiar o amigos). Los 19 ítems restantes recogen valores referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional: apoyo emocional/informacional con un punto de corte de 24 puntos (preguntas 3,4,8,9,13,16,17 y 19), apoyo instrumental con un punto de corte de 12 puntos (preguntas 2,5,12 y 15), interacción social positiva con un punto de corte de 9

puntos (preguntas 7,11,14 y 18) y apoyo afectivo con un punto de corte de 9 puntos (preguntas 6,10 y 20).

Para medir la consistencia interna de la escala se ha usado el coeficiente alfa de Cronbach y en los tres factores se han obtenido valores cercanos a 1 (consistencia máxima), que permite establecer que la escala es consistente.

Este instrumento tiene la ventaja de su brevedad y sencillez, lo cual permite su aplicación en las consultas de los centros de salud. Siendo un instrumento válido y fiable que nos permite tener una visión multidimensional de las redes de Apoyo. Su uso nos permitirá descubrir situaciones de riesgo social elevado para poder intervenir sobre las personas y sus entornos sociales.

Se utilizó una cedula de identificación por medio del cual se recabaron las variables que evalúan los aspectos sociodemográficos, así como tiempo de diagnóstico de la enfermedad y cifras tensionales para establecer una clasificación.

2.8 Método para la recolección de datos

Previo consentimiento de las autoridades correspondientes en el Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”, se procedió a abordar a los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica que acudieron a consulta externa hasta reunir la cantidad de 114 pacientes, se explicó de los objetivos del estudio, así como la entrega para lectura y firma de aceptación de la carta de consentimiento informado, por parte de los pacientes.

El estudio se llevó a cabo mediante la aplicación del Cuestionario MOS, a los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial que asisten a la consulta del C.S. "Dr. José Castro Villagrana", quienes reunieron los criterios de inclusión, para poder participar, el cuestionario se aplicó en el consultorio número 8 de lunes a viernes a partir de las 8:30 de la mañana. Durante la entrevista se aplicó una cédula de identificación, para obtener datos socio demográficos. Posteriormente se registra la cifra tensiográfica, tomada por el médico y se revisa el expediente para recabar últimas cifras de Tensión arterial y poder catalogar el grupo de pacientes controlados y descontrolados.

2.9 Procedimiento Estadístico

2.9.1 Diseño de la Construcción de base de datos

Una vez terminada la aplicación del instrumento y la recolección de datos, se capturaron en una base de datos en Excel y fueron analizados en el programa EPINFO, los resultados se presentan en tablas y figuras.

2.9.2 Análisis Estadístico

Se realizó análisis descriptivo, utilizando frecuencias para las variables cualitativas y posteriormente se realizó análisis de riesgos para buscar asociación de las variables estudiadas.

2.10 Cronograma de Actividades

Actividades	Oct 2009	Nov 2009	Ene 2010	Dic 2010	Ene 2011	Feb 2011	Mar 2011	Abril 2011	Mayo 2011	Junio 2011	Julio 2011
Elección del tema	X										
Recopilación bibliográfica		X	X								
Elaboración del protocolo			X	X	X	X	X				
Aprobación del Protocolo de investigación								X			
Recolección de datos								X	X		
Análisis de datos									X	X	
Conclusiones del estudio									X	X	
Reporte final										X	X
Autorización de impresión											X
Tesis terminada											X

2.11 Recursos Físicos y Materiales

Se utilizó Cuestionarios MOS, cédulas de Identificación, cartas de Consentimiento Informado, 1 computadora portátil, 1 impresora, 5 tintas para impresora, 200 hojas blancas, programa de software EPINFO y lápices.

Se utilizó el consultorio 8 de Medicina Familiar y el aula de usos múltiples del centro de Salud Dr. “José Castro Villagrana”. Se contó con el apoyo de tres personas para la aplicación de cuestionarios, previamente informados sobre el objetivo del estudio y capacitados para la aplicación del mismo. El investigador cubrió todos los gastos de la investigación.

2.12 Consideraciones Éticas

- Este trabajo sigue los principios básicos para toda investigación médica recomendados por la declaración de Helsinki.
- Se respeta el derecho de los participantes a proteger su integridad e intimidad, la confidencialidad de la información del paciente.
- Previa aplicación del cuestionario se informa a los participantes sobre el objetivo de la investigación, así como su derecho de participar o no en el mismo y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias.
- Se realiza carta de consentimiento informado (anexo 3)
- De acuerdo a lo dispuesto anteriormente este trabajo se considera de bajo riesgo

DECLARACIÓN DE HELSINKI

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación de material humano o de información identificables.

El deber médico es promover y velar por la salud de las personas.

La declaración de Ginebra vincula al médico al velar solícitamente por la salud del paciente y el código Internacional de Ética Médica afirma el médico debe actuar: en el interés del paciente, proporcionando atención médica, que pueda tener efecto de debilitar su condición mental y física.

El progreso de la medicina se basa en investigación que recurre muchas veces a la experimentación en seres humanos.

En investigación médica en seres humanos, la preocupación por su bienestar debe ser primero sobre los intereses de la ciencia y sociedad.

El propósito principal de la investigación en seres humanos es la prevención diagnóstica y terapéutica, comprender la etiología y patogenia de las enfermedades.

En la práctica de la medicina e investigación la mayoría de los procedimientos implican riesgos y costos. La investigación médica está sujeta a normas éticas

para promover el respeto y proteger la salud así como sus derechos individuales, algunos sometidos a investigación son vulnerables y necesitan protección especial.

Las investigaciones deben reconocer los principios éticos, legales y jurídicos, para la investigación en seres humanos, en sus propios países, así como requisitos Internacionales vigentes.

En la investigación médica es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos deben formularse claramente en un protocolo experimental. Este debe enviarse para consideración, comentario, consejo y cuando se a oportuno, aprobación a un comité de evaluación ética especialmente designado, que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida.

Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo o para otros. Esto no impide la participación de

voluntarios sanos en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público.

Todos los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados positivos como los negativos o de lo contrario deben estar a disposición el público.²⁰

La ley General de salud.

En México la investigación se rige mediante el reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud, se consagro como garantía social el derecho a la protección a la salud, y el 7 de febrero de 1984 fue publicada en el Diario Oficial de la Federación La Ley General de Salud, reglamentaria del párrafo tercero del Artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Se determinan los principios y lineamientos a los cuales se deberá someter la investigación científica y tecnológica destinada a la salud debiendo atender aspectos éticos que garanticen el bienestar y la dignidad de la persona sujeta a investigación. Los aspectos éticos de la investigación en seres humanos se mencionan en los artículos²⁰

El artículo 18 se refiere a que el investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto

en quien se realice la investigación. Así mismo será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

Se definen las investigaciones sin riesgos, aquellas que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivas y aquellas en los que no se realiza intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran cuestionarios, entrevistas, revisiones de expedientes clínicos y otros en los que no se les identifique.²¹

3 RESULTADOS

En el presente trabajo se estudiaron 114 pacientes, donde el 73.68% comprendió el sexo femenino, el promedio de edad fue de 64 años con un rango de 44 a 86 años. La mayoría de los pacientes (65.8%) se encontró en el grupo de 50 a 69 años de edad. (Tabla 1) (Figura 1)

Más del 50% de los pacientes tenían como escolaridad la primaria. Se encontró que el analfabetismo y el nivel de licenciatura tiene el mismo porcentaje de 8.8%. (Tabla 2) (Figura 2)

En relación a la ocupación el 64% se dedicaban al hogar, lo que puede explicarse por el mayor porcentaje de mujeres. Los desempleados representaron el 6.14% que se explica por los grupos de edad que se incluyeron. Con Respecto a profesionistas aún activos se reporto un 5.26% únicamente. (Tabla 3) (Figura 3)

Se encontró prácticamente igual proporción de pacientes que viven en pareja y pacientes que viven sin pareja, con el 50.89% y 49% respectivamente, lo cual también está en relación a la edad de los pacientes, que involucra otros factores como viudez y divorcio en varios pacientes. (Tabla 4) (figura 4).

La mayoría de los pacientes con diagnostico de Hipertensión Arterial están en descontrol (70.2%), en comparación con los pacientes controlados (29.8%). Lo que se explica por el carácter multifactorial de esta patología. Del total de la población el 50% presentó un tiempo de evolución de la enfermedad dentro de un rango de 1-9 años. (Tabla 5 y 6), (Figura 5 y 6).

Respecto a la red de apoyo Global se encontró que el 61.4% de la población estudiada cuenta con una buena red de apoyo, mientras que el 38.6% con una baja red de apoyo, al desglosarla por el tipo de apoyos la frecuencia de buena red de Apoyo fue similar tanto en el aspecto familiar (63.2%) que en el de amigos (59.6%). (Tabla 7 y 8), (Figura 7 y 8)

Se evaluaron cuatro dimensiones de la red de Apoyo: emocional, instrumental, Interacción social positiva y afectiva, se encontraron, en todas ellas, puntuaciones superiores al punto de corte en más del 50% de los pacientes estudiados, sin embargo las que presentaron porcentajes más altos fueron la social y la afectiva. (Tabla 9) y (Figura 9)

No se encontraron diferencias significativas del control de la hipertensión arterial relacionado con la edad ($P=0.9$), ni con el tiempo de evolución ($P=0.1$). (Tabla 10,11) y (Figura 10,11).

En el análisis de riesgos no se encontró asociación entre contar con una buena red de Apoyo Global y el control del paciente hipertenso. Al analizar las cuatro dimensiones de la Red de Apoyo, la única dimensión que se asocia como un factor de protección es el apoyo Afectivo, en comparación con las otras tres dimensiones, en la cuales no se identificó asociación (Tabla 12).

Al realizar un análisis estratificado de la red de apoyo por sus cuatro dimensiones, si se detecta la asociación como un factor de protección $RM_{MH}=0.6$ IC 95% 0.4-0.9 $p= 0.03$

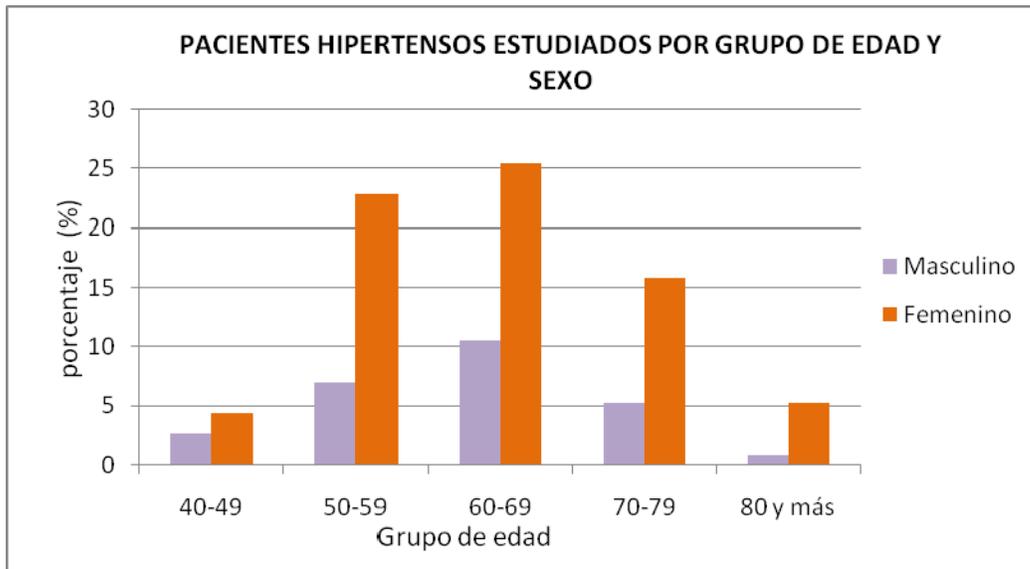
Tabla 1

PACIENTES HIPERTENSOS ESTUDIADOS POR GRUPO DE EDAD Y SEXO

	Masculino		Femenino		Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
40-49	3	2.63	5	4.38	8	7.01
50-59	8	7.01	26	22.8	34	29.82
60-69	12	10.52	29	25.43	41	35.96
70-79	6	5.26	18	15.78	24	21.05
80 y más	1	0.87	6	5.26	7	6.14
Total	30	26.31	84	73.68	114	100

FUENTE: Cedula de Identificación de pacientes con Hipertensión Arterial del C.S."Dr. José Castro Villagrana", de la secretaria de Salud del Distrito Federal, 2011.

Figura1



FUENTE: Cedula de Identificación de pacientes con Hipertensión Arterial del C.S."Dr. José Castro Villagrana", de la secretaria de Salud del Distrito Federal, 2011.

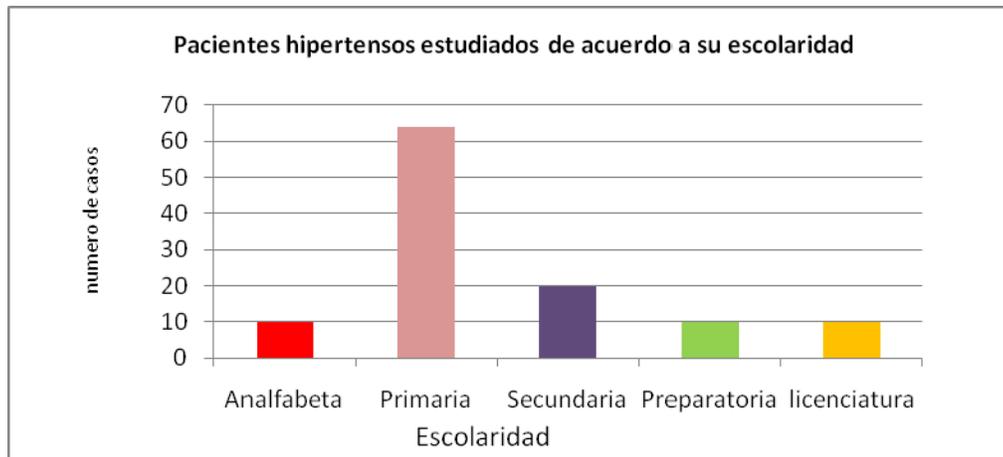
Tabla 2

Pacientes hipertensos estudiados de acuerdo a su escolaridad

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Analfabeta	10	8.77
Primaria	64	56.14
Secundaria	20	17.54
Preparatoria	10	8.77
Licenciatura	10	8.77
Total	114	100

FUENTE: Cedula de Identificación de pacientes con Hipertensión Arterial del C.S."Dr. José Castro Villagrana", de la secretaria de Salud del Distrito Federal, 2011.

Figura 2



FUENTE: Cedula de Identificación de pacientes con Hipertensión Arterial del C.S."Dr. José Castro Villagrana", de la secretaria de Salud del Distrito Federal, 2011.

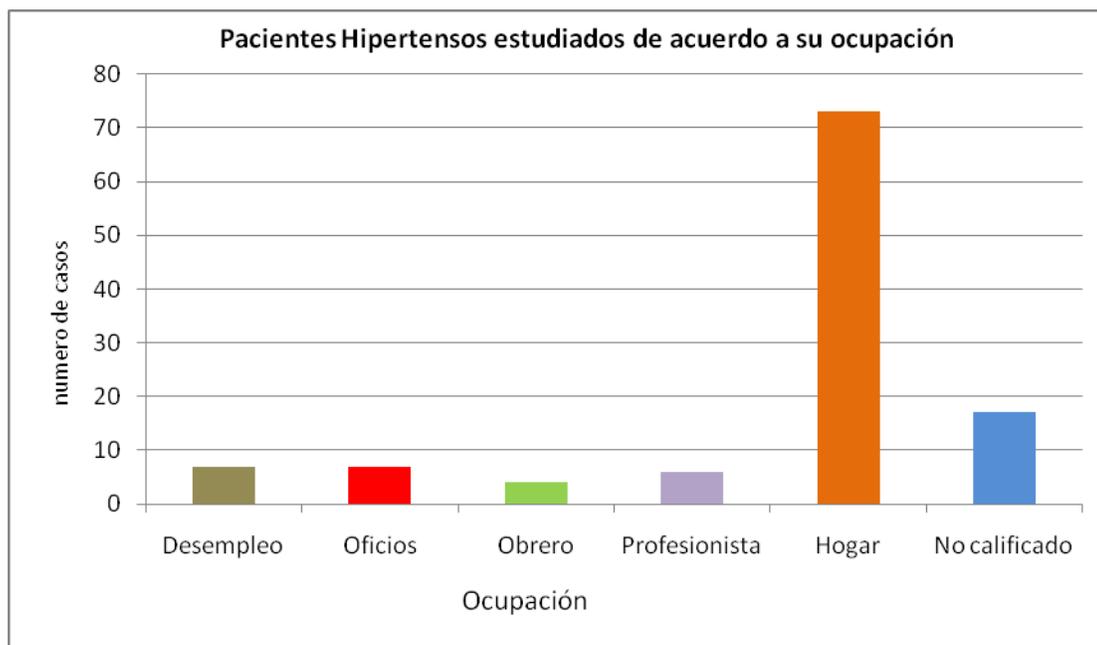
Tabla 3

Pacientes Hipertensos estudiados de acuerdo a su ocupación

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Desempleado	7	6.14
Oficios	7	6.14
Obrero	4	3.50
Profesionista	6	5.26
Hogar	73	64.03
No calificado	17	19.91
Total	114	100

FUENTE: Cedula de Identificación de pacientes con Hipertensión Arterial del C.S."Dr. José Castro Villagrana", de la secretaria de Salud del Distrito Federal, 2011.

Figura 3



FUENTE: Cedula de Identificación de pacientes con Hipertensión Arterial del C.S."Dr. José Castro Villagrana", de la secretaria de Salud del Distrito Federal, 2011

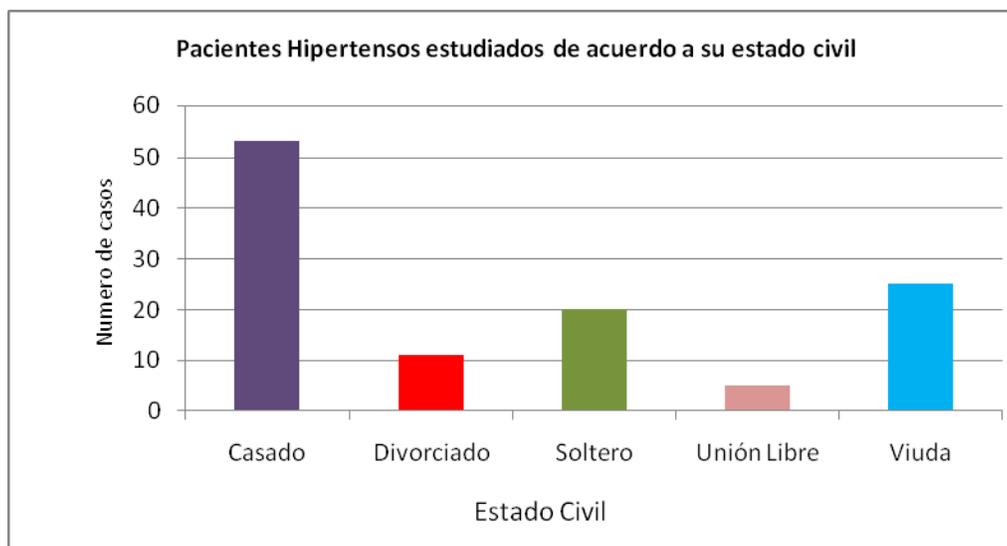
Tabla 4

Pacientes Hipertensos estudiados de acuerdo a su estado civil

ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje %
Casado	53	46.49
Divorciado	11	9.6
Soltero	20	17.5
Unión Libre	5	4.4
Viuda	25	21.9
Total	114	100

FUENTE: Cedula de Identificación de pacientes con Hipertensión Arterial del C.S."Dr. José Castro Villagrana", de la secretaria de Salud del Distrito Federal, 2011

Figura 4



FUENTE: Cedula de Identificación de pacientes con Hipertensión Arterial del C.S."Dr. José Castro Villagrana", de la secretaria de Salud del Distrito Federal, 2011

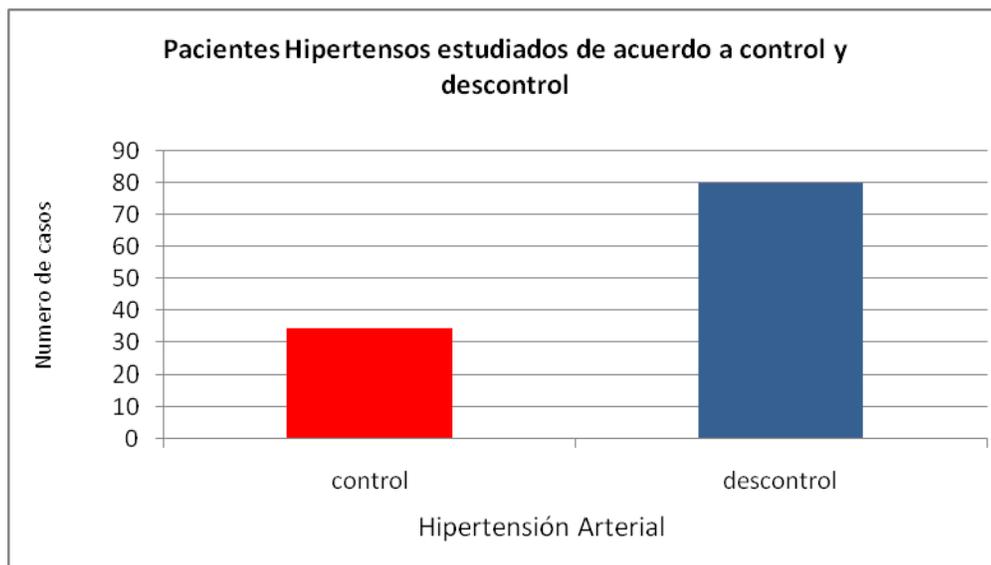
Tabla 5

Pacientes hipertensos estudiados de acuerdo a control y descontrol

Hipertensión	Frecuencia	Porcentaje %
Control	34	29.8
Descontrol	80	70.2

FUENTE: Expediente clínico y cedula de Identificación de pacientes con Hipertensión Arterial del C.S."Dr. José Castro Villagrana" de la secretaria de Salud del Distrito Federal, 2011

Figura 5



FUENTE: Cedula de Identificación de pacientes con Hipertensión Arterial del C.S."Dr. José Castro Villagrana", de la secretaria de Salud del Distrito Federal, 2011

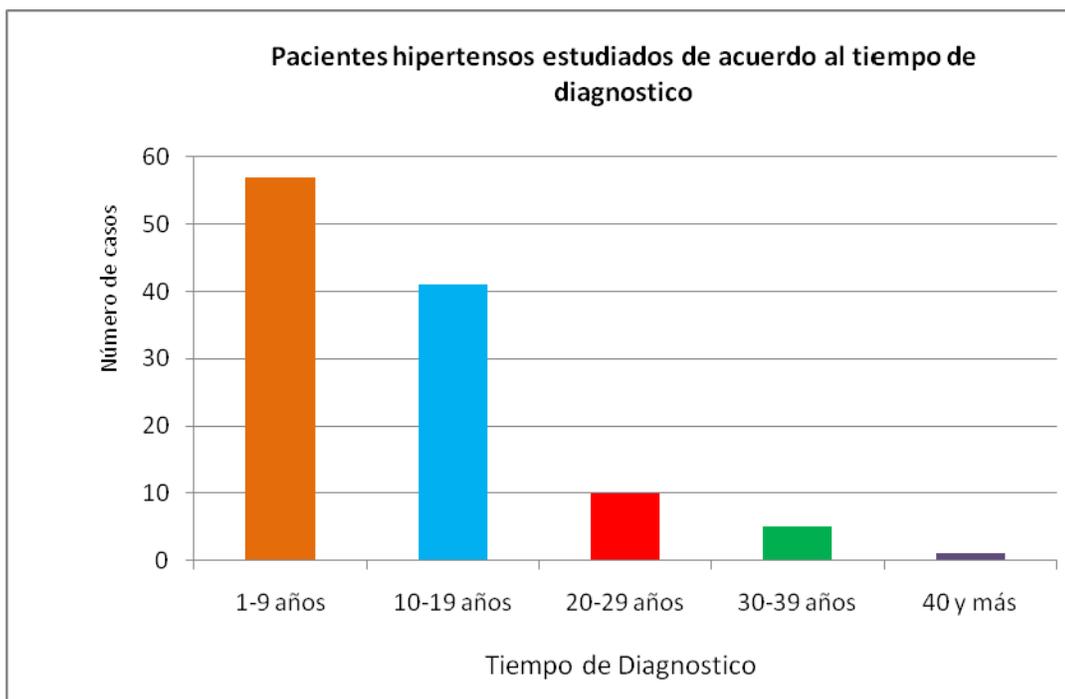
Tabla 6

Pacientes hipertensos estudiados de acuerdo al tiempo de Diagnostico

Tiempo de Diagnostico	Frecuencia	Porcentaje %
1-9 años	57	50
10-19 años	41	35.96
20-29 años	10	8.77
30-39 años	5	4.38
40 y más años	1	0.87
Total	114	100

FUENTE: Cedula de Identificación de pacientes con Hipertensión Arterial del C.S."Dr. José Castro Villagrana", de la secretaria de Salud del Distrito Federal, 2011

Figura 6



FUENTE: Cedula de Identificación de pacientes con Hipertensión Arterial del C.S."Dr. José Castro Villagrana", de la secretaria de Salud del Distrito Federal, 2011

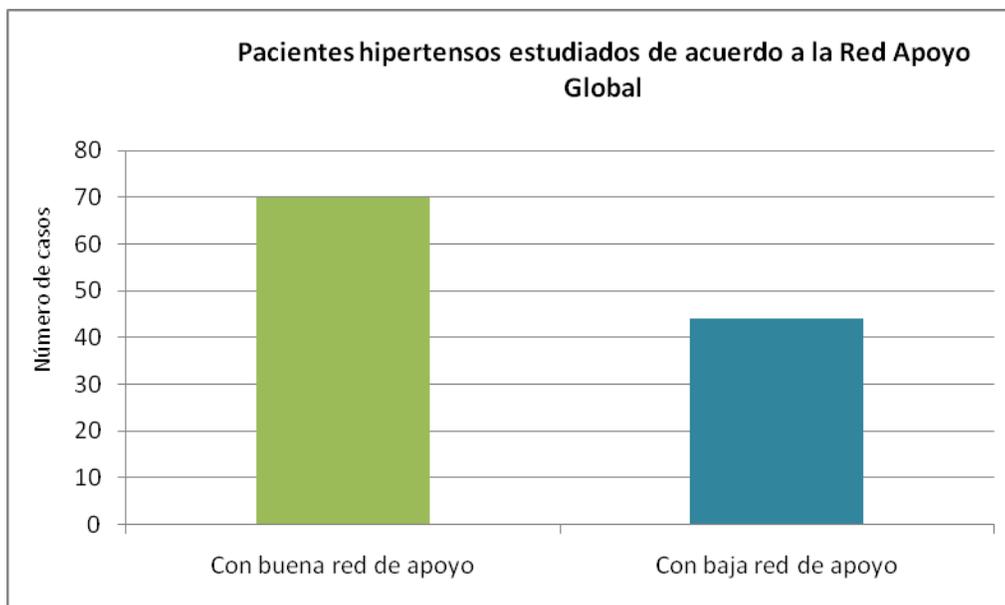
Tabla 7

Pacientes hipertensos estudiados de acuerdo a la Red Apoyo Global

Red Apoyo Global	Frecuencia	Porcentaje %
Con buena Red	70	61.4
Con baja Red	44	38.6
Total	114	100

FUENTE: Cuestionario MOS de pacientes con Hipertensión Arterial del C.S."Dr. José Castro Villagrana", de la secretaria de Salud del Distrito Federal, 2011

Figura 7



FUENTE: Cuestionario MOS de pacientes con Hipertensión Arterial del C.S."Dr. José Castro Villagrana", de la secretaria de Salud del Distrito Federal, 2011

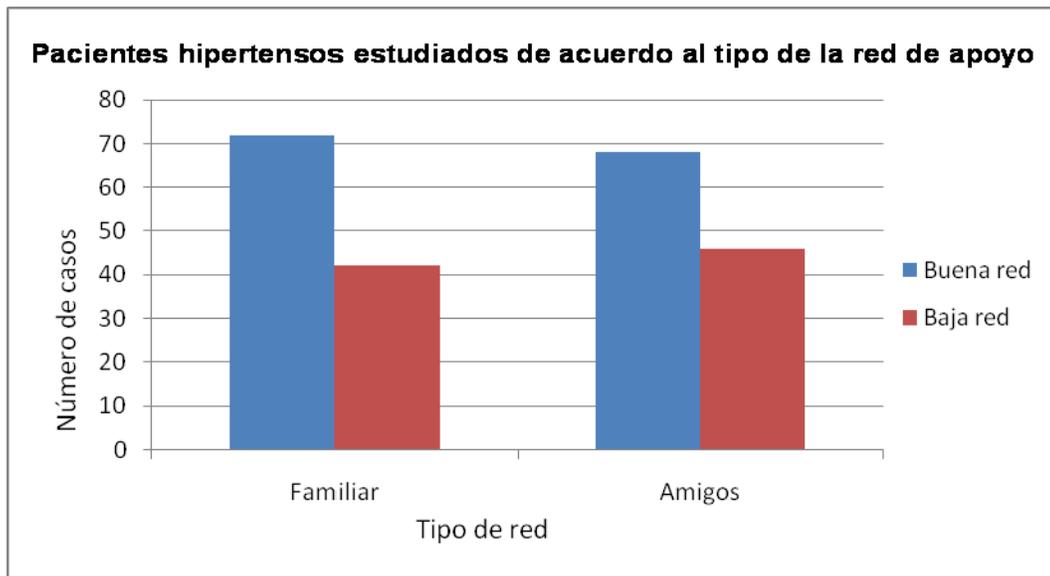
Tabla 8

Pacientes hipertensos estudiados de acuerdo al tipo de la red de apoyo

Tipo de apoyo	Buena red de apoyo		Baja red de apoyo	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Familiar	72	63.2	42	36.5
Amigos	68	59.6	46	40.4

FUENTE: Cuestionario MOS de pacientes con Hipertensión Arterial del C.S."Dr. José Castro Villagrana", de la secretaria de Salud del Distrito Federal, 2011

FIGURA 8



FUENTE: Cuestionario MOS de pacientes con Hipertensión Arterial del C.S."Dr. José Castro Villagrana", de la secretaria de Salud del Distrito Federal, 2011

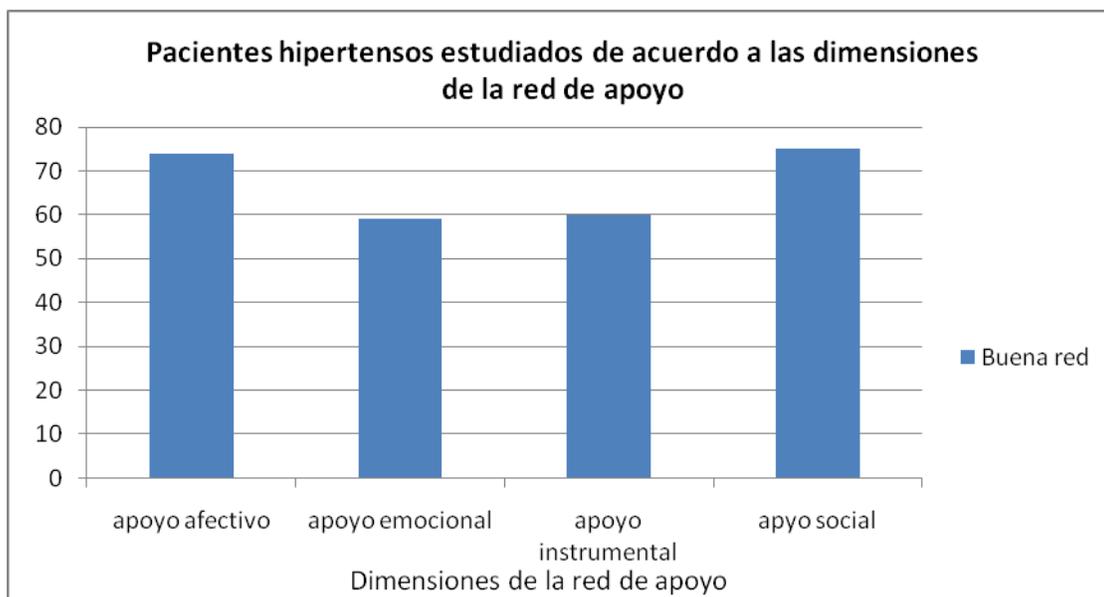
TABLA 9

Pacientes hipertensos estudiados de acuerdo a las dimensiones de la Red de Apoyo

	Buena red de apoyo	
	Frecuencia	Porcentaje %
Apoyo afectivo	84	74
Apoyo emocional	67	59
Apoyo Instrumental	69	60
Apoyo social	85	75

FUENTE: Cuestionario MOS de pacientes con Hipertensión Arterial del C.S."Dr. José Castro Villagrana", de la secretaria de Salud del Distrito Federal, 2011

FIGURA 9



FUENTE: Cuestionario MOS de pacientes con Hipertensión Arterial del C.S."Dr. José Castro Villagrana", de la secretaria de Salud del Distrito Federal, 2011

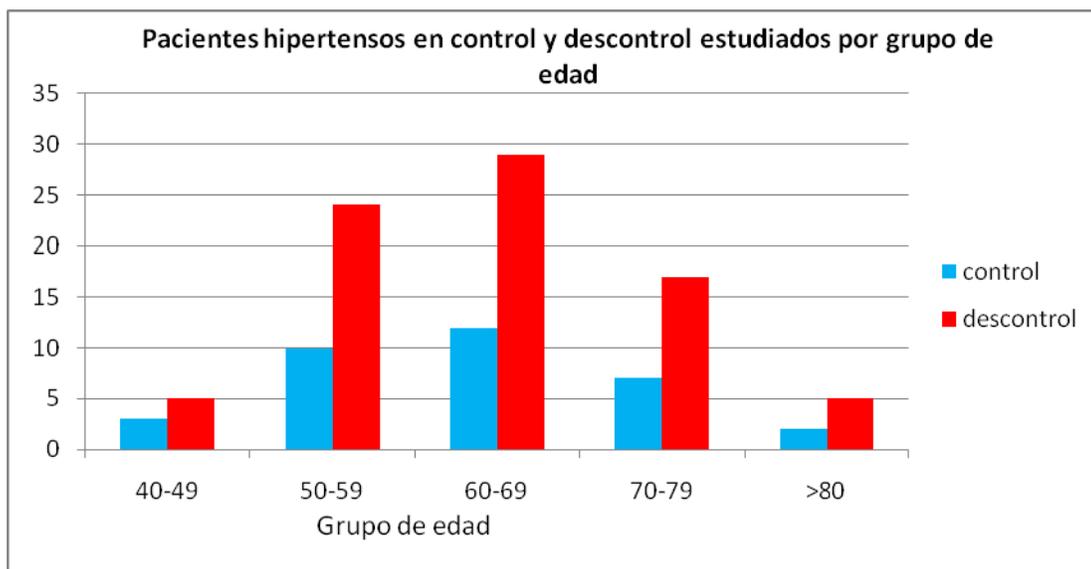
TABLA 10

Pacientes hipertensos en control y descontrol estudiados por grupo de edad

GRUPO DE EDAD	CONTROL	DESCONTROL
40-49	3	5
50-59	10	24
60-69	12	29
70-79	7	17
>80	2	5

FUENTE: Cuestionario MOS de pacientes con Hipertensión Arterial del C.S."Dr. José Castro Villagrana", de la secretaria de Salud del Distrito Federal, 2011

Figura 10



FUENTE: Cuestionario MOS de pacientes con Hipertensión Arterial del C.S."Dr. José Castro Villagrana", de la secretaria de Salud del Distrito Federal, 2011

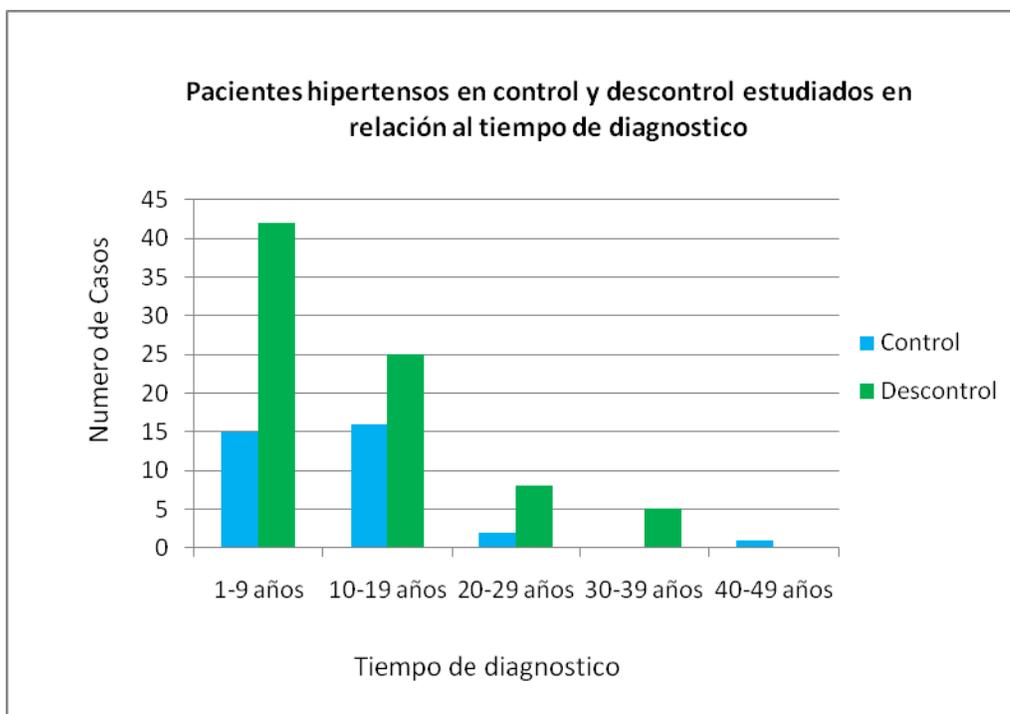
Tabla 11

Pacientes hipertensos en control y descontrol estudiados en relación al tiempo de diagnóstico

TIEMPO DE DIAGNOSTICO	CONTROL	DESCONTROL
1-9	15	42
10-19	16	25
20-29	2	8
30-39	0	5
40-49	1	0

FUENTE: Cedula de Identificación de pacientes con Hipertensión Arterial del C.S."Dr. José Castro Villagrana", de la secretaria de Salud del Distrito Federal, 2011

Figura 11



FUENTE: Cedula de Identificación de pacientes con Hipertensión Arterial del C.S."Dr. José Castro Villagrana", de la secretaria de Salud del Distrito Federal, 2011

Tabla 12

Asociación de redes de apoyo con el control del paciente hipertenso

Factor	Razón de Momios	Intervalo de Confianza	Valor de P
Red de Apoyo Global	1.02	0.4-2.53	0.9
Red de Apoyo Familiar	0.7	0.3-1.9	0.5
Red de Apoyo Amigos	0.9	0.4-2.3	0.9
Apoyo Afectivo	0.08	0.02-0.25	0.000002
Apoyo Emocional	1.08	0.44-2.66	0.8
Apoyo Instrumental	1.04	0.42-2.62	0.9
Interacción Social Positiva	1.12	0.38-3.36	0.8

FUENTE: Cuestionario MOS de pacientes con Hipertensión Arterial del C.S."Dr. José Castro Villagrana", de la secretaria de Salud del Distrito Federal, 2011.

4. DISCUSIÓN

La hipertensión arterial sistémica es una enfermedad de etiología multifactorial y es un problema de salud pública en nuestra población, debido a su alta prevalencia, costos y complicaciones. Es el principal indicador de riesgo cardiovascular. En el 95% de los pacientes se desconoce la causa fisiopatológica primaria. También se conoce que la hipertensión, así como el tiempo de evolución son determinantes para un mal pronóstico. La mayoría de los pacientes hipertensos descontrolados sufren con el tiempo daño a órgano blanco, que requieren de atención inmediata en los servicios de urgencias, y se eleva la probabilidad de muerte. El impacto de dicho padecimiento se incrementa con el envejecimiento y el aumento en la incidencia de obesidad. A pesar de los avances en la atención médica, muchos de los pacientes hipertensos se encuentran descontrolados, situación que depende de un tratamiento inadecuado, de no modificar estilos de vida y falta de adherencia al tratamiento, impactando de manera importante no solo en el paciente, sino a los integrantes de la familia, por lo tanto el tratamiento y control de un paciente hipertenso, no solo involucra a este sino a todos los integrantes de la familia, convirtiéndose la familia en la principal red de apoyo. En el presente estudio se observó que la mayoría de los pacientes hipertensos en el C.S “José castro Villagrana”, corresponde al sexo femenino (73.68%), y al grupo de edad entre los 50 a 69 años de edad (65.8%). Esto es similar a otros estudios reportados en el ámbito internacional donde la prevalencia es mayor en mujeres al comenzar la vida adulta y envejecimiento

siendo la edad promedio de más prevalencia después de los 60 años.²⁶

Más sin embargo esta publicado en el 2008 que en México la distribución de la población aún es de tipo piramidal y que la mayoría de la población adulta tiene entre 20 y 54 años de edad, por lo tanto reportan que el 75% de la población hipertensa tiene menos de 54 años. Datos que no concuerdan con estos resultados ya que el promedio de edad es de 64 años de edad.²

Otro aspecto importante es el nivel de escolaridad baja, observado en el presente trabajo, ya que más del 50% de los pacientes solo tienen primaria como nivel educativo, observando un porcentaje alto de analfabetismo.

Se conoce que a menor nivel escolar existe mayor posibilidad de fracaso en el tratamiento de la hipertensión arterial, ya que este tipo de pacientes no llevan a cabo las recomendaciones y tratamiento que se le indica, y se ve reflejado en el control del paciente. En un trabajo similar donde relacionan diabetes mellitus y redes de apoyo señalan que el nivel educativo básico y las redes de apoyo actúan como factor pronostico en el control metabólico.²⁷

A pesar de que en el estudio se observó que el 100% de los pacientes con analfabetismo estaban descontrolados, también el 70% de los que cuentan con licenciatura estaban descontrolados, al hacer el análisis no hubo asociación.

En relación a la ocupación el 64% se dedicaban al hogar, con un alto porcentaje de desempleados (6.14%) lo que podría explicarse por la mayor frecuencia de mujeres en el estudio y por los grupos de edad que se

incluyeron, además estos pacientes podrían tener dificultad para comprar sus medicamentos, llevar una dieta y gastos adicionales como estudios de laboratorio.

La mayoría de los pacientes estaban descontrolados con un tiempo de evolución del padecimiento de 10 años y en general contaban con una buena red de apoyo tanto familiar como amigos, lo que quizá indica que para los pacientes es importante recibir ayuda en el cuidado de su salud, en situaciones de stress a consecuencia de la enfermedad.

En este estudio no se encontró asociación entre contar con una buena red de apoyo con el control de la hipertensión arterial, resultados que podrían deberse a que en el presente estudio y mediante el instrumento no se evaluaron otros factores como el tratamiento, el seguimiento de una dieta, la vigilancia de la toma de fármacos, así como acudir a citas programadas para control de la presión arterial, datos que proporcionarían a los médicos información para relacionar el control de la presión arterial y la red de apoyo.

Al evaluar la red de apoyo en sus cuatro dimensiones se reportó que la mayoría de los pacientes cuentan con buena red de apoyo, siendo más evidente el apoyo afectivo, asociándolo como factor protector en el control del paciente hipertenso quizá porque para los pacientes es más importante tener a alguien cercano para que le muestre amor, le abrace y le haga sentirse querido.

Mediante el análisis estratificado de las dimensiones de la red de apoyo, si podemos inferir que las redes de apoyo influyen en el control del paciente

hipertenso, lo que significa que para los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas es importante contar con redes de apoyo ya sean familiares, amigos y vecinos que proporcionen ayuda en el ámbito emocional afectivo, social e instrumental para enfrentar una crisis como generadora de estrés y que indirectamente afecte el control del paciente hipertenso.

Tomando en cuenta que los padecimientos crónicos degenerativos son generadores de crisis y estrés este tipo de apoyo son el principal recurso para enfrentar tales situaciones, en el aspecto emocional es importante tener a alguien que le escuche, le comprenda y le aconseje, en quien confiar y hablar de sus preocupaciones, en la esfera instrumental necesitan de alguien que le prepare la comida o le haga el aseo cuando tenga que estar en cama, que lo acompañe al médico cuando lo necesite, o simplemente contar con un amigo para recibir abrazos, dar afecto y divertirse.

En un trabajo similar donde evaluaron la adherencia al tratamiento en una población con diagnóstico de hipertensión y las redes de apoyo encontraron que el no contar con redes de apoyo familiar es predictor de ansiedad y depresión en padecimientos crónicos degenerativos.²⁸

Díaz Guerrero en México, acuñó el término “grey sostén” para explicar redes de apoyo como amortiguadores en momentos de crisis para conseguir bienestar físico y psicológico.²⁸

En este estudio no se sacaron promedios con respecto al número de familiares y número de amigos con que cuentan la mayoría de los pacientes, situación considerada como sesgo de captura ya que estos datos

no fueron tomados en cuenta en el estudio ya que varios de los pacientes viven solos o en asilos, pero que cuentan con amigos.

Otro aspecto que no se consideró en este trabajo es que la mayoría de los pacientes hipertensos tienen otras comorbilidades principalmente Diabetes Mellitus.

Una limitante encontrada en el estudio fue el llenado del instrumento, la mayoría de los pacientes por ser adultos mayores, con problemas visuales y muchos de ellos analfabetas, se les dificultó llenar el cuestionario, situación que se identificó al inicio de la fase de campo, por lo que se decidió que el cuestionario sea llenado por personal Médico, así como la toma de Tensión arterial para evitar sesgos de información y sesgo de medición.

5. CONCLUSIONES

En este estudio no encontramos asociación entre contar con una buena red de apoyo y el control del paciente hipertenso. Esto es debido probablemente a que el control, depende de otros factores como relación médico paciente, de modificar estilos de vida y alimentación, tratamiento y adherencia al mismo, nivel socioeconómico y acceso a los servicios de salud.

El apoyo afectivo es un factor importante para ayudar al control del paciente hipertenso, por lo tanto estos pacientes necesitan de familiares y amigos que le demuestren amor y afecto, que le abrace y le haga sentirse querido, por lo que el abordaje del paciente hipertenso debe ser multidisciplinario, que requiere además de los cambios en el estilo de vida a edades muy tempranas, reforzar la educación de la población y aspectos positivos que contribuyan al control de estos pacientes como tratar temas de comunicación, roles y redes de apoyo en la familia para influir en mejorar su calidad de vida.

REFERENCIAS

- 1.- Giuseppe M, Guy de Backer, Anna D, Renata C, Robert F, Giuseppe G, Guido G, Anthony M. H, Sverre E. K, Stephane L, Krzysztof N, Luis R, Andrzej R, Roland E. S, Harry A.J. Struijker B, Alberto Z, Guía Europea de la Hipertensión Arterial, Journal of Hipertensión 2001,25:1105-1187
- 2.- Rosas M, Pastelón, G. Vargas-Alarcón G, Martínez-Redding J, Lomelí, C, Mendoza-González C, Antonio Lorenzo J, Méndez A, Franco M, Sánchez-Lozada L, Verdejo J, Sánchez N, Ruiz R, Férrez-Santander S, Attie F, Guías clínicas para la detección, prevención, diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial sistémica en México (2008)‡, Archivos de Cardiología Mexicana, Vol. 78 Supl. 2/Abril-Junio 2008:S2, 5-57.
3. - Aram V. Chobanian, G L. Bakris, H R. Black, W C. Cushman, L A. Green, J L. Izzo, Jr, Jones D W, Barry J. Materson, S O, Jackson T. W, Edward J. R, and the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee, The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, agosto 2004, p.p. 1-61.
- 4.- Teresa C M, Carrillo C, Hipertensión arterial sistémica (HAS), Diagnóstico, tratamiento y prevención, Instituto Nacional de Salud Pública y secretaria de Salud, Octubre 2006, México, pp. 1-6
5. –Mascie-Taylor CG, Karim E: The burden of chronic disease. Science 2003; 302: 1921-1922

- 6.- Olaiz-Fernandez G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández- Ávila M, Sepúlveda-Amor J: *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
- 7.- Velázquez-Monroy O, Rosas Peralta M, Lara Esqueda A, Pastelin Hernández G, Castillo C, Attie F, Tapia Conyer R: Prevalence and interrelations of non communicable chronic diseases and cardiovascular risk factors in México. *ArchCardiolMex* 2003; 73(1): 62-77.
- 8.- T. Chapuis et al, Hipertensión arterial sistémica, diagnostico y tratamiento, Instituto nacional de salud pública, Boletín trimestral. Año I . No. 3, 2006. México.
- 9.- Rosas MP, y cols. **Re-encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENAHTA): Consolidación Mexicana de los Factores de Riesgo Cardiovascular. Cohorte Nacional de Seguimiento 2005.** *Arch. Cardiol.*75 (1):96-111.
- 10.- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión Arterial.
- 11.-Navarro G A , Rodríguez G R, “Redes de apoyo en el anciano por medio de Ecomapa y Genograma, Atención familiar 2010; 17(1). México.

- 12.- lozano C A “Calidad o clase de vida”, Rev. Fac. Med. UNAM vol. 50 núm. 2, marzo – Abril, 2007.
- 13.- Fernández P R. “ Redes sociales, apoyo social y salud” Antropología Social y Cultural, UAB, Numero 3, diciembre 2005. Pp. 1-16
- 14.- Calvo B H. “Redes de apoyo para la integración social: la familia” Salud y drogas 2007 España.
- 15.-Constanza T, “Redes familiares, género y política social en España y Francia” política y sociedad, España 2008, Vol.45 Núm. 2:87-104.
- 16- Jarillo I M y cols. “Calidad de Vida e hipertensión Arterial” España.
17. Terán T M.“El estudio de las redes personales para la implementación de estrategias de atención sociomedica”, REDES – Revista Hispana para el análisis de redes sociales, Vol.17, #8, Diciembre 2009 UNAM.
- 18.- Revilla Ahumada L de la, Luna del castillo J, Bailon ME, Medina M I, “Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención primaria” Medicina de Familia Vol.6, N.1, abril 2005.
- 19,- Gómez M I, “Desarrollo profesional del médico Familiar. N punto de vista”, Rev. Med. IMSS México, 1994; 32:45-46.
- 20.- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (D.O.F.06-L-1987). Declaración de Helsinki (1964). Adaptación.

- 21.- ley general de salud. Titulo quinto, capitulo único. (D.O.F.7-11-1984;Ref. (D.O.F.5-1-2001).
- 22.- Lawrence M.T, Stephen J.M. Maxine A. P. Hipertensión Arterial, Diagnostico clínico y Tratamiento. 39 edición en español. Manual Moderno 2004. PP 399-423.
- 23.- Ojeda L. M. Sistema Nacional de Vigilancia epidemiológica. Secretaria de Salud. Hipertensión Arterial. Núm. 48, Vol. 26, semana 47, del 22 al 28 de noviembre 2009.
- 24.- Ojeda L. M. Sistema Nacional de Vigilancia epidemiológica. Secretaria de Salud. Hipertensión Arterial. Núm. 48, vol. 26, semana 48, del 29 de Noviembre al 5 de diciembre 2009.
- 25.- Martin R. P. La hipertensión Arterial en México y su relación con otros factores de Riesgo. Archivos de Cardiología de México. Vol. 73, sup 1/abril-junio 2003. PP. 137-140.
- 26.- Braunwald E. Fauci A.S. Principios de Medicina Interna, 17ª edición, Mc Graw Hill 2008. PP. 1549-1562.
- 27.- Martínez J.N. "Apoyo social en la Diabetes Mellitus tipo 2", Atención Primaria 2008; 40(8):425-31.

- 28.- Vinaccia S, Quiceno M, Fernández H, “ Apoyo Social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnostico de Hipertensión Arterial”. Informes psicológicos. No 8 p. 89-106, Medellín Colombia 2006.
- 29.- Ramiro H, Halabe J, Lifshitz G, López B. “El internista” Mc Graw Hill, 2ª edición. PP. 215-255. México 2002.
- 30.- Informe mensual de actividades realizadas en la unidad médica SIS-DGIS, del mes de enero a diciembre del 2010 del C.S. “José Castro Villagrana” .PP 11-12.
- 31.- Herrera D.L. Quintero O. Hernández M. “Funcionalidad y redes de apoyo familiar en pacientes diabéticos tipo 2. Servicio de Endocrinología. Iahuila, Mérida” Academia vol VI (12) PP 62-72, México 2007.
- 32.- Rodriguez E. Carmelo H. “Validación Argentina del Cuestionario MOS de apoyo social percibido” Psicología, cultura y sociedad, Argentina. pp 155-168.
- 33.- Sherbourne C. Stewart A. The MOS social support survey. Soc Sci Med 1991; 32:705-712.

ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario de Apoyo Social MOS

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo social de que Ud. Dispone

1.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el número de amigos íntimos y familiares cercanos _____

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con que frecuencia dispone Ud. De cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

Marque con un circulo uno de los números de cada fila

	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2.- Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama.	1	2	3	4	5
3.- Alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar.	1	2	3	4	5
4.- Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5.- Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6.- Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7.- Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8.- Alguien que le informe y le ayude a entender una Situación.	1	2	3	4	5
9.- Alguien en quien confiar o con quien hablar de si Mismo y sus preocupaciones.	1	2	3	4	5
10.-Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11.-Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12.-Alguien que le prepare la comida si no puede Hacerlo	1	2	3	4	5
13.-Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14.-Alguien con quien hacer cosas que le sirvan Para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15.-Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si Está enfermo	1	2	3	4	5
16.-Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17.-Alguien que le aconseje como resolver sus Problemas personales	1	2	3	4	5
18.-Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19.-Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20.-Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

Anexo 2

Cedula de Identificación

Fecha

folio _____

Nombre del paciente: _____

Número de Expediente _____

Modulo:

Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Edad:

Estado civil:

Escolaridad	completa	Incompleta
primaria		
Secundaria		
preparatoria		
licenciatura		
Posgrado		

Ocupación: _____

Con quien vive y que edades tiene:

1.-
2.-
3.-
4.-

Tiempo de diagnostico de HAS

Cifras tensionales reportada en expediente clínico:

Anexo 3: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México D.F. a 01/05/11

A quien corresponda.

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio.

“Como influye las redes de apoyo en la adherencia y control de pacientes con hipertensión arterial sistémica en el C.S. José Castro Villagrana”, que se realiza en esta Institución y cuyos objetivos consisten en Identificar la asociación de redes de apoyo para el control de Hipertensión arterial sistémica en pacientes en un primer nivel de atención. Estoy consciente de que los procedimientos, pruebas y tratamientos para lograr los objetivos mencionados consistentes en contestar un Cuestionario MOS y una cedula de identificación y que los riesgos para mi persona son nulos. Entiendo que del presente estudio se derivan los siguientes beneficios. Identificar las redes de apoyo con que cuenta el paciente con Diagnostico de Hipertensión arterial Sistémica, evaluar las principales características clínicas y sociodemográficas en pacientes con Hipertensión Arterial que cuenta con Red de apoyo, Evaluar las características clínicas y sociodemográficas en pacientes con Hipertensión arterial que no cuentan con red de apoyo. Describir la asociación entre red de apoyo y el apego al tratamiento en el control de la Hipertensión Arterial. Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que yo así lo desee. También que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios de mi participación en este estudio. Así mismo cualquier trastorno temporalmente relacionado con esta investigación podre consultarlo con el jefe de enseñanza e Investigación de la unidad de atención: Dra. Consuelo Gonzales Salinas con dirección en Carrasco y Coapa s/n colonia Toriello Guerra Delegación Tlalpan Código Postal 14050 .

Con el investigador responsable Dra. Consuelo González Salinas El jefe de Enseñanza e Investigación comunicara el evento a la dirección de Educación e Investigación de la SSDF.

En caso de retirarme del presente estudio, la atención como paciente que recibo en esta Institución no se verá afectada.

Nombre	Firma
(en caso necesario datos del padre representante legal o tutor)	
Domicilio	Teléfono

Nombre del testigo	Firma
Nombre del testigo	Firma