



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD ACADÉMICA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°23

**RELACION ENTRE APOYO FAMILIAR Y APEGO  
TERAPEUTICO EN EL PACIENTE QUE PADECE  
HIPERTENSION**

# TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

**DR ARIAS RODRÍGUEZ OMAR**

Tutora:

**DR.MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA**

Medica Familiar adscrita a la UMF No 20

2012



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.23**

**“RELACION ENTRE APOYO FAMILIAR Y APEGO TERAPEUTICO EN  
EL PACIENTE QUE PADECE HIPERTENSION”**

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

**PRESENTA:**

**DR. OMAR ARIAS RODRIGUEZ**

**ALUMNO DEL CURSO SEMIPRESENCIAL**

**CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR**

**DIRECTOR Y ASESOR DE TESIS:**

**DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA**

**MEDICO ESPECIALISTE EN**

**MEDICINA FAMILIAR**

**MEXICO, DISTRITO FEDERAL, 2012**

## AUTORIZACIONES. IMSS

La presente tesis se basa en el protocolo de investigación autorizada y registrada (R-2011-3404-25) por el comité local de investigación 30404

---

Dr. Víctor Manuel Aguilar  
Coordinador Auxiliar de Investigación en Salud

---

Dr. Humberto Pedraza Méndez  
Coordinador Auxiliar de Educación en Salud

---

Dr. Felipe Reyes Jiménez  
Director de la UMF 23

---

Dr. Francisco Javier Andrade Ancira  
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF 23

---

Dra. Michelle Remedios Díaz Vargas  
Profesor Titular del Curso de Especialización en  
Medicina Familiar Para Médicos Generales Sede UMF 23

---

Dra. María del Carmen García Aguirre  
Asesor de Tesis  
Unidad de Medicina Familiar No. 20

RELACION ENTRE APOYO FAMILIAR Y APEGO TERAPEUTICO EN EL  
PACIENTE QUE PADECE HIPERTENSION  
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**DR. OMAR ARIAS RODRIGUEZ**

AUTORIZACIONES UNAM

**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**

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN

DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**

COORDINADOR DE DOCENCIA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

## Resumen

Relación entre apoyo familiar y apego terapéutico en el paciente que padece hipertensión.

Arias Rodríguez Omar<sup>1</sup>, Aguirre García María del Carmen<sup>2</sup>

(1) Alumno del tercer año del curso de especialización en Medicina Familiar.

(2) Profesor titular del curso de especialización en Medicina familiar

**Objetivo:** Determinar la relación entre apoyo familiar y apego terapéutico en el paciente que padece hipertensión. **Material y métodos:** Estudio transversal analítico realizado en 133 pacientes (por grupo) que acudió a control de más de un año de hipertensión derechohabientes del IMSS que acudieron a la U.M.F. 44. Se aplicó el instrumento para la percepción del apoyo que le brinda su familia y el test de adherencia terapéutica se realizó el análisis estadístico descriptivo inferencial **Resultados:** Predominaron mujeres en el 69.5% y hombres en el 30.5% las edades fueron de 19 a 94 años, edad media de 64 años  $\pm$  13.01, escolaridad primaria 62% ocupación ama de casa 48.9% y la distribución por turno fue vespertino 56% matutino 43.6% el apego terapéutico se refirió en él 62% y sin apego terapéutico en el 38% en relación con la convivencia fue hijos 21.8% familia 52.1% esposo(a) 25.5% familia y padres 0.6% y no apego y convivencia con papa 1% 23.8% hijos 23.8% familia 49.5% esposo(a) 21.8% familia e hijos casados 1% familia y padres 2% primos 1% el análisis bivariado en relación con la escolaridad observo que a mayor escolaridad mayor apego terapéutico y en relación con el apoyo familiar se percibió en el 88% y sin percepción en el 12% la asociación, apoyo familiar y apego se encontró que el 57.5% refirió apoyo familiar y el grupo que se refirió sin apego terapéutico 30.5% falta del apoyo familiar **Conclusiones:** Se percibió en nuestros pacientes apoyo familiar relacionado al apego terapéutico

**Palabras Claves** Apoyo familiar, apego terapéutico, enfermedad crónica

INDICE	PAGINAS
INTRODUCCION	3
MARCO TEORICO	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
JUSTIFICACION	9
OBJETIVOS	10
HIPOTESIS	10
SUJETOS MATERIAL Y METODOS	10
RESULTADOS	16
DISCUSION	37
CONCLUSIONES	38
COMENTARIOS	38
BIBLIOGRAFIA	39
ANEXOS	44

## **Introducción**

El evento cardio vascular (ECV) una de las principales causas de muerte, así como una de las principales causas de discapacidad, que contribuye de forma sustancial al imparable aumento de los costos en salud en México además de que la muerte por ECV ocurre con frecuencia de manera súbita antes de acceder a los servicios de salud, por lo que muchas intervenciones terapéuticas son inaplicables o paliativas relacionándose de forma estrecha con hábitos de vida factores bioquímicos y fisiológicos que son susceptibles de ser modificados al igual que el riesgo cardiovascular<sup>1</sup>

El abordaje tradicional de los factores de riesgo cardiovascular se ha basado hasta hace unos años en el control individual de los factores de riesgo.

No obstante la mayoría de las guías de práctica clínica de manejo de pacientes con factores de riesgo cardiovascular proponen la cuantificación del riesgo cardiovascular y en base a la situación del riesgo del paciente se plantean los objetivos y se decide la asociación o no de medidas terapéuticas <sup>2,3</sup>

En muchos de los trabajos, normas y guías clínicas en el manejo del paciente con factores de riesgo cardiovascular se comentan las estrategias en la implementación de la consejería, importante la relación médico-paciente así como las actividades preventivas que deben estar centradas en el <sup>4</sup> Las guías europeas de prevención cardiovascular insisten en que el médico debe prestar atención a las medidas centradas en el paciente en diversas áreas de actuación y entre ellas en cómo comunicar y como se comunica con su familia.<sup>5</sup>

### **1. Marco teórico.**

La Hipertensión arterial sistémica es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras mayor o iguales a 140/90mmHg <sup>6,7</sup> Es producto del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico.



La prevalencia de la hipertensión arterial en México es de 30.8% en pacientes  $\geq$  a 20 años, se estima que el número de casos es de 15 millones de hipertensos en la población entre 20 y 60 años de edad. Más de la mitad de la población portadora de hipertensión lo ignora, ya que por causas diversas solo se detectan del 13.4 al 22.7%. Menos de la mitad de los que se conocen hipertensos toman tratamiento médico y de estos solo el 20 % están controlados <sup>8,9</sup>

A pesar de mejoras en la detección y tratamiento de la hipertensión arterial es a menudo mal controlada, en la práctica clínica es considerada como un predictor de morbi-mortalidad para enfermedades cardiovasculares ,entre las que destacan la enfermedad cerebro vascular, el infarto del miocardio, la insuficiencia cardiaca, la enfermedad arterial periférica la insuficiencia renal. Es la tercera causa de discapacidad ajustada por años de vida. <sup>10</sup>

Estudios han sugerido que la eficacia del tratamiento en los pacientes en la práctica clínica de 1er nivel, es atenuada no solo por incumplimiento en la medicación, falta en el asesoramiento en el estilo de vida.<sup>11,12</sup> De hecho, se ha estimado que sólo el 60% de los pacientes toman los medicamentos prescritos.<sup>13</sup>

El cumplimiento terapéutico es un fenómeno complejo que forma parte del proceso terapéutico, y se reconoce como un factor esencial para el control de la enfermedad. La evaluación de la falta de adherencia al tratamiento se ha realizado fundamentalmente para enfermedades aisladas, especialmente en hipertensos diabéticos ,insuficientes renales, con tasas de cumplimiento próximas al 50%<sup>14,15</sup> resultados muy similares a los encontrados por Sackett en 1989.<sup>16</sup> En un estudio realizado en pacientes con enfermedades crónicas poli medicados mayores de 65 años a quienes se encuesta sobre si toman la medicación correctamente, describen que afirman tomarla el 75% de los que toman un medicamento, el 68% de los que toman dos, el 54% de los que toman tres, el 35% de los que toman cuatro, disminuyendo progresivamente hasta el 10% de los que toman nueve. Piñeiro et al, al analizar la relación entre el cumplimiento terapéutico y el control que se obtiene de enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes y dislipemias, más frecuentes en

pacientes mayores de 65 años, estiman un incumplimiento alrededor del 40%.<sup>17</sup>

Por lo que medir el grado de cumplimiento es muy difícil debido a la gran cantidad de factores que se implican en él. Etiquetar a un enfermo de cumplidor o no cumplidor quizás no corresponda a la realidad ya que existen circunstancias personales y particulares del tratamiento, del médico, de la información que posee que son temporales y por tanto modificables que contribuyen a la falta de apego terapéutico

No se dispone aún de ningún método que por sí solo permita valorar todos los aspectos del cumplimiento. Los métodos directos (determinación del medicamento, metabolito o marcador en fluidos biológicos) son objetivos muy específicos y proporcionan los mayores porcentajes de incumplimiento, pero a su vez son caros y fuera del alcance de la práctica clínica.<sup>18</sup> Por el contrario, los métodos indirectos son sencillos y económicos, pero tienen el inconveniente de no ser objetivos porque la información obtenida es proporcionada por los enfermos o cuidadores, quienes tienden a sobrestimar el cumplimiento, con lo que sólo se identifica a una parte de los no cumplidores

Habitualmente los factores que se han relacionados con el control de la HTA se asocian al paciente y a su entorno, al médico y a las características del tratamiento.<sup>19,20</sup>

Los factores considerados de mayor impacto son: la edad, el sexo, el grupo social, el nivel de educación del paciente, la motivación del médico, la duración, dosis y posología del tratamiento, la adecuada infraestructura de recepción de visitas o el entorno familiar. Además, el bajo grado de control de los pacientes hipertensos también se relaciona con las técnicas de medición de la PA, la variabilidad propia de la PA a lo largo del día, la idoneidad de los planes terapéuticos prescritos y, sobre todo, el cumplimiento o no de los tratamientos farmacológicos por parte de los pacientes. <sup>20</sup>

En su conjunto la patología cardiovascular es uno de los grupos de enfermedades más importantes que nos permitirá trazar estrategias terapéuticas conducidas a preservar la función del órgano. Al tratar problemas de salud hemos de valorar la composición del núcleo familiar, las relaciones

interpersonales, la disponibilidad de servicios básicos (agua caliente, calefacción, ascensor, etc.), y en general la presencia de cualquier elemento que condicione la accesibilidad a los servicios, o que pueda ser generador de hábitos insalubres. Vivir en soledad conduce a un deterioro de hábitos alimentarios, genera un mayor consumo de alimentos precocinados y puede deteriorar la calidad de la dieta. Las economías en situación precaria también pueden traducir problemas de salud importantes.<sup>21</sup>

La presencia de un familiar (cónyuge, hijo o terceros) puede facilitar el cumplimiento terapéutico, disponer de elementos de ayuda ante un accidente doméstico y evitar situaciones de riesgo.

Un buen apoyo social ayuda a reducir aspectos patógenos y a mejorar aspectos preventivos

En examen detallado de las patologías más prevalentes, la evaluación de la autonomía para la toma de decisiones, la capacidad funcional para el desempeño de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, el estado nutricional, la integridad de los órganos de los sentidos, el conocimiento de disposiciones previas del paciente y la situación sociofamiliar conforman un todo que ha de ser evaluado de forma global para abordar los problemas de salud. Este proceso de evaluación global es de gran utilidad a la hora de priorizar las recomendaciones terapéuticas.

Probablemente sea entonces cuando consideremos a la familia, como una unidad y de la misma forma el conocimiento de sus dinámicas y sus características se comprenderán que estará determinada por el tipo de sociedad en que se desarrolla y por el momento histórico en que vive.

Por consiguiente, el estudio de sus funciones generales será uno de los objetivos para la protección de todos y cada uno de sus miembros, ante peligros internos y externos

El apoyo social también es importante, como el emocional, que se compone de la empatía, el cuidado, el amor, la confianza, y parece ser el más importante. El apoyo instrumental consistirá en ayudar a alguien que lo necesite, en el sentido de ayudar a terminar un trabajo, de cuidar de alguien.

Se ha señalado que los cuidadores experimentan graves conflictos y problemas de relación con los demás miembros de la familia, que se derivan tanto de la manera de entender la enfermedad como de las estrategias que se emplean para manejar la situación

Las familias funcionales son familias en las que los roles de todos los miembros están establecidos sin puntos críticos de debilidades asumidas y sin ostentar posiciones de primacía, artificial o asumida, por ninguno de los miembros, y en las que todos colaboran, trabajan, contribuyen y cooperan igualmente y con entusiasmo por el bienestar colectivo el apoyo que la familiar puede tener en el mayor o menor grado en el paciente con enfermedades crónicas aun no cobrado relevancia con respecto a la atención primaria y es importante reconocer en que´ medida una familia funcional puede ser un factor de cambio en la adherencia terapéutica.<sup>22</sup>

Mejorar el cumplimiento terapéutico por parte de los pacientes es un aspecto clave en el control de la HTA; sin embargo, a pesar de que el porcentaje de incumplimiento en el tratamiento farmacológico de la HTA sigue siendo elevado

Determinantes de las fluctuaciones en el control de la hipertensión arterial apuntan a la presencia de poco apoyo familiar entre los paciente con buen y mal control indicando que la influencia de la familia parece ser decisiva. Todo estos factores consideramos deben ser estudiados con mayor profundidad todo ello con el propósito de ajustar las características de la intervención a las preferencias de los profesionales y así maximizar la eficacia de la intervención

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El aumento de la esperanza de vida y de la prevalencia de las enfermedades crónicas ha traído consigo el rápido incremento del número de personas con más de una patología.

Diferentes trabajos han puesto de manifiesto que las enfermedades crónicas llegan a motivar el 80% de las consultas a atención primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios.<sup>23</sup>

Pese a las guías de práctica y al arsenal de medicamentos antihipertensivos, el problema de la adherencia (que es el grado de concordancia entre las recomendaciones prescritas por el médico y las dosis, intervalos y régimen de administración realizado por el paciente) y la persistencia (el tiempo transcurrido desde el inicio hasta la finalización de la terapia prescrita, esto es, la adherencia a través el tiempo) son centrales para evaluar la efectividad de las estrategias utilizadas.<sup>24</sup>

En la actualidad se reconoce que a pesar de existir diversos fármacos y estrategias para el manejo de la hipertensión arterial, la familia juega un papel preponderante en la salud integral del paciente y cada uno de sus miembros por lo que cuando en esta se ve afectado algunos de ellos, su participación es importante en la recuperación de la salud.

Al tratar problemas de salud hemos de valorar la composición del núcleo familiar, las relaciones interpersonales y la disponibilidad para tratar problemas que conduce a un deterioro.

La influencia que la función familiar puede tener en el mayor o menor deterioro de la salud del paciente con hipertensión arterial no se ha estudiado en el entorno de la atención primaria y es importante conocer en qué medida una familia funcional puede ser un factor protector para la salud del paciente

Por lo que sería interesante reconocer **¿cuál es la importancia del apoyo familiar en relación con el apego terapéutico en el paciente que padece hipertensión arterial?**

### **3. JUSTIFICACION**

Estos pacientes con múltiples enfermedades crónicas, además de un mayor consumo de fármacos en cuanto a cantidad, duración y variedad en comparación con el resto de la población se caracterizan por una edad avanzada un importante consumo de recursos, y una alta mortalidad, por lo que el control de la presión arterial, más que una visita mensual, implica varias conductas, que es necesario replantear los objetivos de modificación del control de la presión arterial en materia de prevención de complicaciones, dado que podríamos estar sometiendo a nuestros pacientes a un mayor riesgo<sup>25</sup>

La presencia de un familiar (cónyuge, hijo o terceros) puede facilitar el cumplimiento terapéutico, disponer de elementos de ayuda en situaciones de riesgo. Un buen apoyo social ayuda a reducir aspectos patógenos y a mejorar aspectos preventivos. Por otro lado el hecho de cuidar a un familiar durante un tiempo prolongado afecta de manera importante a la salud del cuidador y de forma especial a su salud mental

La hipertensión arterial es un problema de tipo social en todo el mundo por la repercusiones al seno familiar además de ser un problema de salud pública que afecta sobre todo a la población económicamente activa, siendo el tipo de enfermedad crónico degenerativa en el que el número de paciente tiende a crecer y a vivir mucho tiempo con el padecimiento.

## **4. Objetivos**

### GENERAL

Determinar la relación entre apoyo familiar y apego terapéutico en el paciente que padece hipertensión.

### ESPECIFICOS

Describir perfil sociodemográfico de los pacientes que padecen hipertensión

Conocer el nivel de apoyo de las familias con un paciente hipertenso

Identificar el apego terapéutico

Identificar la frecuencia de apego al tratamiento farmacológico.

Identificar la asociación entre el grado de apoyo familiar y apego terapéutico

## **5. Hipótesis**

Hipótesis alterna

Existe relación entre apoyo familiar y apego terapéutico

Hipótesis nula

No existe relación entre apoyo familiar y apego terapéutico

## **6. Sujetos Material y Métodos**

### **Lugar donde se realizar la investigación:**

“Unidad de Medicina Familiar No. 44” Ubicada en Av. plan de san luís y la calle sin número. Col la escalera.

La unidad cuenta con 2 turnos de atención al derechohabiente matutino de 8:00 a 14:00 y vespertino de 14:00 a 20:00hrs, la cual ofrece atención medica en el primer nivel de atención de lunes a viernes y cuenta con los siguientes servicios: Consulta externa de medicina familiar con 11 consultorios,

estomatología, medicina Preventiva, Enfermera materno infantil, planificación familiar, medicina del trabajo, atención medica continua y curaciones, laboratorio clínico, rayos X, farmacia

**Clasificación del diseño de investigación:**

Estudio transversal analítico

**Grupo de estudio**

Pacientes que padecen hipertensión

**Criterios de inclusión:**

Ser derechohabiente de la U.M.F. 44

Ser portador de Hipertensión arterial sistémica con más de un año de evolución

Contar con tratamiento farmacológico antihipertensivo

Edad mayor o igual a 20 años

Contar con una familia

Consentimiento informado

**Criterios de exclusión:**

Con deterioro cognitivo o alguna limitación que impida contestar el cuestionario

Paciente hipertenso que viva solo

Pacientes que no firmen el consentimiento.

**Criterios de eliminación**

Que se desee retirar durante la encuesta



No conteste al menos el 90% de la encuesta

### **Muestreo:**

266 por numero de consultorio

### **Tamaño de la Muestra**

Se utilizo estadística descriptiva e inferencial

### **Formula**

Se utilizo fórmula para estudio descriptivo

$$N=4z\alpha^2B(1-P)/w^2$$

Con una prevalencia de 0.40 esperada para apego terapéutico con un nivel de confianza de 95% e intervalo del 10% lo cual nos dio una muestra de 266

### **Variables**

Variable	Definición operacional	Tipo	Medición
Edad	Tiempo del nacimiento a la fecha	Cuantitativa	Intervalo
Escolaridad	Grado máximo de estudios cursado: Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Analfabeta Sabe leer y escribir	Cualitativa	Ordinal
Sexo	Condición fenotípica que distingue a masculino del femenino	Cualitativa	Dicotómica
Ocupación	Actividad a la que se dedica el paciente	Cualitativa	Nominal

Variable	Definición operacional	Tipo	Medición
Apoyo familiar	Significa cubrir las necesidades físicas y materiales, así como las de salud de cada uno de los miembros de la familia	Independiente Nominal	Cuestionario de apoyo familiar Presencia Ausencia
Adherencia terapéutica	El cumplimiento terapéutico podría expresarse como el grado de coincidencia entre las orientaciones médico-sanitarias, no limitándose a las indicaciones terapéuticas, de tal forma que incluye asistencia a citas programadas, participación en programas de salud, búsqueda de cuidados y modificación del estilo de vida	Dependiente Nominal	TEST DE MORISKY-GREEN Presencia Ausencia

### **Descripción General del Estudio**

Se realizó un estudio en la población que acudió a control de hipertensión en la unidad de medicina familiar No 44, ubicada al norte de la Ciudad de México. Los sujetos de estudio fueron los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, de más de un año de evolución que durante la visita mensual de los consultorios aceptaron participar en el estudio.

Al inicio del estudio, se seleccionaron a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y firmaron el consentimiento informado para participar en el proyecto. Después de la selección de los sujetos de estudio se entregó un cuestionario constituido por datos sociodemográficos (edad, sexo, convivencia del sujeto), test de adherencia terapéutica y el instrumento de

percepción de apoyo familiar, posteriormente se realizó la recopilación de los distintos instrumentos contestados y se realizó la calificación y el abordaje estadístico a los datos obtenidos.

La variable de apoyo familiar se presentó de acuerdo a la calificación obtenida en el instrumento de evaluación (ver anexo 2) el cual tiene la finalidad de conocer los pensamientos, emociones que uno experimenta sobre su familia cuando se es portador de hipertensión arterial el cual consta de 19 preguntas cerradas con 5 opciones de respuesta: 5 si se encuentra totalmente de acuerdo con el contenido de la oración

4: si está de acuerdo con el contenido de la oración, 3: si no se halla de acuerdo ni en desacuerdo con el contenido de la oración, 2: si se encuentra en desacuerdo con el contenido de la oración, 1: si está totalmente en desacuerdo con el contenido de la oración, para saber la calificación obtenida en él: Factor 1: preocupación familiar por el enfermo, se califican 7 reactivos: 2, 5, 8, 10, 14, 17 y 19 todos positivos, para calificar se hace la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y se compara con el punto de corte. La suma de los puntajes por arriba de 21 puntos indica preocupación familiar por el enfermo. A mayor puntaje, se calificó como funcional esta área. El Factor 2 apoyo emocional: se calificaron 5 reactivos: 1, 3, 6, 12, y 16 todos positivos, para calificar se hace la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y se compara con el punto de corte. La suma de los puntajes por arriba de 21 puntos indica grado de percepción del apoyo familiar por el enfermo. A mayor puntaje, se calificó como funcional en esta área. Factor 3: percepción del apoyo familiar por el enfermo se calificaron 7 reactivos 4, 7, 9, 11, 13, 15 y 18 todos positivos, para calificar se hace la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y se compara con el punto de corte, la suma de los puntajes por arriba de 21 puntos indica grado de percepción del apoyo familiar por el enfermo el máximo puntaje a obtener es de 35 y el mínimo de 7. A mayor puntaje, se calificó como funcional esta área.

La variable de adherencia terapéutica se presentó de acuerdo al test de Morisky Green (ver anexo 1) el cual consta de 4 preguntas cerradas con 2 opciones de respuesta SI y No se califica como pacientes cumplidores si se contesta correctamente a los 4 reactivos de los cuales consta el Test y no cumplidores si fallan en alguna de las preguntas del cuestionario

Una vez que se obtuvieron las encuestas se realizó codificación de las variables y se vació en el programa SPSS Statistics 20 para realizar el

análisis estadístico, también se utilizó el programa EPI INFO versión 6 en español para el análisis de la asociación entre apego terapéutico, apoyo familiar y la escolaridad

Se redactó resultados en tablas de salida y figuras, se realizó discusión y conclusiones y se dio por terminado el proyecto de investigación.

### **Consideraciones Éticas**

La ética ha sido fundamental para el ejercicio de la medicina en todas las épocas, tratando las obligaciones y responsabilidades del médico

La principal preocupación del médico está sujeta al bienestar de su paciente protegiendo su salud y derechos individuales lo anterior estipulado en el Código de Nuremberg posteriormente en la Declaración de Helsinki en 1964 y luego las modificaciones a la Declaración de Helsinki planteadas en Tokio en el año de 1975, en Viena en 1983, en Hong-Kong en 1988 y Génova en 1993 donde se establecieron las normas éticas y humanísticas para los experimentos que requieren seres humanos para su realización

Se debe hacer notar que los ordenamientos antes mencionados en que se ha basado la ética de investigación en humanos han surgido para encauzar dentro de normas éticas y humanísticas los experimentos que requieren sujetos humanos para su realización previa aprobación a través del consentimiento informado para su participación en el proyecto de investigación

## Resultados

Se realizaron pruebas estadísticas descriptivas con frecuencia y porcentajes para variables cualitativas y medidas de tendencia central para las variables cuantitativas, así mismo se realizó pruebas no paramétricas como chi cuadrada. Los datos se vaciaron en el programa estadístico SPSS Statistics20 para posteriormente realizar tablas de contingencia de 2x2.

Se aplicaron 266 encuestas a pacientes que acudieron a la UMF44 del IMSS de los cuales 185 fueron mujeres (69.5%) y 81 hombres (30.5%). de acuerdo a su nivel escolar sabe leer y escribir 20(7.5%), primaria 165 (62%), secundaria 36(13.5%), bachillerato 11(4.1%), carrera técnica 6(2.3%), licenciatura 28(10.5%) y de acuerdo su ocupación ama de casa 130(48.9%), empleado 85(32%), jubilado/pensionado 35(13.2%), obrero 2(0.8%), comerciante 11(4.1%), estudiante 2(0.8%) <sup>cuadro 1</sup>

Con respecto a la cohabitación de los encuestados que viven con su familia 136(51.1%), esposo(a), 136(24.1%), hijo o hijos 60(22.6%), familia y padres 3(1.1%), papa 1(0.4%), familia e hijos casados 1(0.4%), Primos 1(0.4%) <sup>Cuadro 2</sup>

De acuerdo a las características de la adscripción por turno vespertino (150)56% y matutino 116(43.6%) y dispersión de acuerdo al consultorio: consultorio 5, 64(24.1%), consultorio 3, 38(14.3%), consultorio 4, 38(14.3%), consultorio 2, 37(13.9%), consultorio 1, 32(12%), consultorio 10, 17(6.4%) consultorio 9, 12(4.5%), consultorio 6, 11(4.1%), consultorio 8, 11(4.1%), consultorio 7, 6( 2.3%). <sup>Cuadro 3</sup>

En busca de la asociación entre variables de acuerdo al apego terapéutico se refirió en el 165(62%) y sin apego en 101(38%). <sup>Cuadro 4</sup>

La percepción del apoyo se encontró en el 234(88%) y sin percepción del apoyo 32(12%). <sup>Cuadro 5</sup>

En la asociación entre apoyo familiar y apego se encontró 153(57.5%), apoyo familiar y el grupo que se refirió sin apego terapéutico fue del 81(30.5%) falta del apoyo familiar. En el análisis bivariado resultado: OR 3.15 IC95% 1.30-7.25 p 0.002. <sup>Cuadro 6</sup>

En relación a la área de evaluación de apego terapéutico y el grado de escolaridad la distribución fue para apego terapéutico y sabe leer y escribir 5(3%), primaria 102(61.8%), secundaria 27(16.4%), bachillerato 7(4.2%), carrera técnica 6(3.6%), licenciatura 18(10.9%) y sin apego terapéutico y sabe leer y escribir 15(14.9%), primaria 63(62.4%), secundaria 9(8.9%), bachillerato 4(4%) y licenciatura 10(9.9%).<sup>Cuadro 7</sup>

De acuerdo al análisis bivariado de la relación entre escolaridad y apego terapéutico se aprecia OR 4.86 IC 95% 1.55-16.17 p 0.00 .<sup>Cuadro 8.</sup>

En el área de evaluación de apego terapéutico y el sexo se encontró la siguiente distribución para apego y sexo femenino 121(73.3%) y sin apego y sexo femenino 64(63.4%) apego terapéutico y sexo masculino 44(26.7%) sin apego terapéutico y sexo masculino 37(36.6%).<sup>Cuadro 9.</sup>

El área evaluada de apego terapéutico y la ocupación la distribución fue la siguiente apego terapéutico y ama de casa 80(48.5%), empleado 53(32.1%), jubilado o pensionado 19(11.5%), obrero 1(0.6%), comerciante 9(5.5%), estudiante 2(1.2%), microempresario 1(0.6%) y no apego y ama de casa 50(49.5%) empleado 32(31.7%), jubilado y pensionado 16(15.8%), obrero 1(1%) comerciante 2(2%).<sup>Cuadro 10.</sup>

En relación a el apego terapéutico y convivencia la distribución fue hijos 36(21.8%), familia 86(52.1%), esposo(a) 42(25.5%), familia y padres 1(0.6%) y no apego y convivencia con papa 1(1%), hijos 24(23.8%) familia 50(49.5%), esposo(a) 22(21.8%), familia e hijos casados 1(1%), familia y padres 2(2%) primos 1(1%).<sup>Cuadro 11.</sup>

La relación en el área de apego terapéutico y el turno matutino fue 78(47.3%), vespertino 87(52.7%) y no apego y turno matutino 38(37.6%), vespertino 63(62.4%).<sup>Cuadro 12.</sup>

En el análisis del área de apego terapéutico y el consultorio fue, consultorio 1, 16(19.7%), consultorio 2, 33(20%), consultorio 3, 25(15.2%), consultorio 4, 19(11.5%), consultorio 5, 33(20%), consultorio 6, 6(3.6%), consultorio 7, 4(2.4%), consultorio 8, 7(4.2%) consultorio 9, 9(5.5%) consultorio 10, 13(7.9%) y sin apego y el consultorio fue consultorio 1, 16(15.8%), consultorio 2, 4(4%), consultorio 3, 13(12.9%), consultorio 4,

19(18.8%), consultorio 5,31(30.7%), consultorio 6,5(5%), consultorio 7, 2(2%), consultorio 8, 4(4%) consultorio 9, 3(3%) consultorio 10, 4(4%) <sup>cuadro 13</sup>

Cuadro 1: Distribución por perfil sociodemográfico de los sujetos encuestados

Variable		n	%
Sexo	Femenino	185	69,5
	Masculino	81	30,5
Escolaridad	Sabe leer y escribir	20	7.5
	Primaria	165	62
	Secundaria	36	13.5
	Bachillerato	11	4.1
	Carrera técnica	6	2.3
	Licenciatura	28	10.5
	Ocupación	Ama de casa	130
	Empleado	85	32
	Jubilado	35	13.2
	/pensionado		
	Obrero	2	0.8
	Comerciante	11	4.1
	Estudiante	2	0.8
	Microempresario	1	0.4

FUENTE: Cuestionario aplicado de acuerdo a su ocupación

El perfil socio-demográfico que predominó fue edad media de 64 años  $\pm$ 13.01, rango de 19 a 94 años, sexo femenino 69.5% (n=185), escolaridad primaria 62% (n=165), ocupación ama de casa 48.9% (n=130), Cuadro 1.



Cuadro 2.Cohabitacion de los encuestados.

	Variable	N	%
Usted vive con	Papa	1	0.4
	Hijo o hijos	60	22.6
	Familia	136	51.1
	Esposo(a)	64	24.1
	Familia e hijos casado	1	0.4
	Familia y padre	3	1.1
	Primos	1	0.4

FUENTE: Cuestionario aplicado de acuerdo a la cohabitación de los encuestados

Los encuestados refirieron cohabitar con la familia 51.1% (N=136), esposo(a), 24.1% (N=64), hijo o hijos 22.6% (N=60), familia y padres 1.1% (N=3), papa 0.4% (N=1), familia e hijos casados 0.4% (N=1), Primos 0.4% (N=1)

Cuadro 2.

Cuadro 3 Características de adscripción

	Variable	N	%
Turno	Matutino	116	43.6
	Vespertino	150	56.4
Consultorio	1	32	12
	2	37	13.9
	3	38	14.3
	4	38	14.3
	5	64	24.1
	6	11	4.1
	7	6	2.3
	8	11	4.1
	9	12	4.5
	10	17	6.4

FUENTE: Cuestionario aplicado de acuerdo a la adscripción

La distribución por el tipo de turno fue vespertino 56% (N=150) y matutino 43.6% (N=116) y dispersión de acuerdo al consultorio: consultorio 5, 24.1% (N=64), consultorio 3, 14.3% (N=38), consultorio 4, 14.3% (N=38), consultorio 2, 13.9%(N=37), consultorio 1, 12% (N=32), consultorio 10, 6.4% (N=17) consultorio 9, 4.5% (N=12), consultorio 6, 4.1%(N=11), consultorio 8, 4.1%(N=11), consultorio 7, 2.3% (N=6). Cuadro 3

Cuadro 4. Apego terapéutico

Variable	N	%
Apego terapéutico		
Con apego	165	62
Sin apego	101	38

FUENTE: Cuestionario aplicado de acuerdo al apego

La distribución de acuerdo al apego terapéutico se refirió en el 62% (N=165) y sin apego en 38% (N=101). Cuadro 4

Cuadro 5. Apoyo familiar

Variable	N	%
Apoyo familiar		
Percepción del apoyo	234	88
Sin percepción del apoyo	32	12

FUENTE: Cuestionario aplicado de acuerdo al apoyo percibido

La percepción del apoyo se encontró en el 88% (N=234) y sin percepción del apoyo 12% (N=32). Cuadro 5

Cuadro 6 Apego farmacológico de acuerdo al apoyo familiar

		Apego terapéutico		*0.002
		apego	no apego	
Apoyo Familiar	Percepción de apoyo	N 153	81	
	%	57.5%	30.5%	
	Sin percepción de apoyo	N 12	20	
	%	4.5%	7.5%	

\*Chi cuadrada

En la asociación entre apoyo familiar y apego se encontró que el grupo que refirió apego presentó en el 57.5% (N=153), apoyo familiar y el grupo que se refirió sin apego terapéutico tuvo en el 30.5% (N=81) falta del apoyo familiar. En el análisis bivariado el resultado obtenido fue: OR 3.15 IC95% 1.30-7.25 p 0.002

Cuadro 6

Cuadro 7. Escolaridad en relación con el apoyo familiar

Escolaridad	Apego		No apego	
	N	%	N	%
Sabe leer y escribir	5	3	15	14.9
Primaria	102	61.8	63	62.4
Secundaria	27	16.4	9	8.9
Bachillerato	7	4.2	4	4
Carrera técnica	6	3.6	0	0
Licenciatura	18	10.9	10	9.9

FUENTE: Cuestionario aplicado de acuerdo a la escolaridad y adherencia terapéutica

En relación a la área de evaluación de apego terapéutico y el grado de escolaridad la distribución fue para apego terapéutico y sabe leer y escribir 3%(N=5), primaria 61.8% (N=102),secundaria 16.4% (N=27), bachillerato 4.2% (N=7), carrera técnica 3.6% (N=6), licenciatura 10.9% (N=18) y sin apego terapéutico y sabe leer y escribir 14.9% (N=15), primaria 62.4% (N=63), secundaria 8.9% (N=9), bachillerato 4% (N=4) y licenciatura 9.9% (N=10).Cuadro 7

Cuadro 8.A Análisis bivariado en relación al apego y la escolaridad

Variable	Primaria/Sabe leer y escribir		
	OR	IC al 95%	P
	4.86	1.55-16.17	0.00
	9.0	2.20-39.55	0.00
	5.25	0.84-36.46	0.03
	5.40	1.29-23.93	0.00

FUENTE: Cuestionario aplicado de acuerdo a la escolaridad y apego

De acuerdo a la relación entre escolaridad se aprecia que a mayor escolaridad mayor apego. Cuadro 8.

Cuadro 9 Apego terapéutico en relación del sexo

Sexo	Apego			
	Apego		No apego	
	n	%	N	%
Femenino	121	73.3	64	63.4
Masculino	44	26.7	37	36.6

FUENTE: Cuestionario aplicado de acuerdo al sexo y apego

En relación al área de evaluación de apego terapéutico y el sexo se encontró la siguiente distribución para apego y sexo femenino 73.3% (N=121) y sin apego y sexo femenino 63.4% (N=64) apego terapéutico y sexo masculino 26.7% (N=44) sin apego terapéutico y sexo masculino 36.6% (N=37). Cuadro



Cuadro 10 Apego terapéutico en relación con la ocupación

Ocupación	Apego			
	Apego		No apego	
	n	%	N	%
Ama de casa	80	48.5	50	49.5
Empleado	53	32.1	32	31.7
Jubilado o pensionado	19	11.5	16	15.8
Obrero	1	0.6	1	1
Comerciante	9	5.5	2	2
Estudiante	2	1.2	0	0
Microempresario	1	0.6	0	0

FUENTE: Cuestionario aplicado de acuerdo a la ocupación y apego

En relación a la área de evaluación de apego terapéutico y la ocupación la distribución fue la siguiente apego terapéutico y ama de casa 48.5% (N=80), empleado 32.1% (N=53), jubilado o pensionado 11.5% (N=19), obrero 0.6% (N=1), comerciante 5.5 % (N=9), estudiante 1.2% (N=2), microempresario 0.6% (N=1) y no apego y ama de casa 49.5% (N=50) empleado 31.7% (N=32), jubilado y pensionado 15.8% (N=16) obrero 1% (N=1) comerciante 2%(N=2). Cuadro 10

Cuadro 11 Apego terapéutico en relación con la convivencia

Convivencia	Apego			
	Apego		No apego	
	N	%	N	%
Papa	0	0	1	1
Hijo (s)	36	21.8	24	23.8
Familia	86	52.1	50	49.5
Espos(a)	42	25.5	22	21.8
Familia e hijos casados	0	0	1	1
Familia y padres	1	0.6	2	2
Primos	0	0	1	1

FUENTE: Cuestionario aplicado de acuerdo al parentesco y adherencia

En relación al área de evaluación de apego terapéutico y convivencia la distribución fue hijos 21.8% (N=36), familia 52.1% (N=86), esposo(a) 25.5% (N=42), familia y padres 0.6%(N=1) y no apego y convivencia con papa 1%(N=1), 23.8% hijos 23.8% (N=24) familia 49.5% (N=50), esposo(a) 21.8% (N=22), familia e hijos casados 1% (N=1), familia y padres 2% (N=2) primos 1% (N=1) Cuadro 10

Cuadro 12. Apego terapéutico en relación al turno

Turno	Apego			
	Apego		No apego	
	n	%	N	%
Matutino	78	47.3	38	37.6
Vespertino	87	52.7	63	62.4

FUENTE: Cuestionario aplicado de acuerdo al turno y adherencia

En relación al área de evaluación de apego terapéutico y el turno matutino fue 47.3% (N=78), vespertino 52.7% (N=87) y no apego y turno matutino 37.6% (N=38), vespertino 62.4% (N=63) Cuadro 12

Cuadro 13. Apego terapéutico en relación con el consultorio

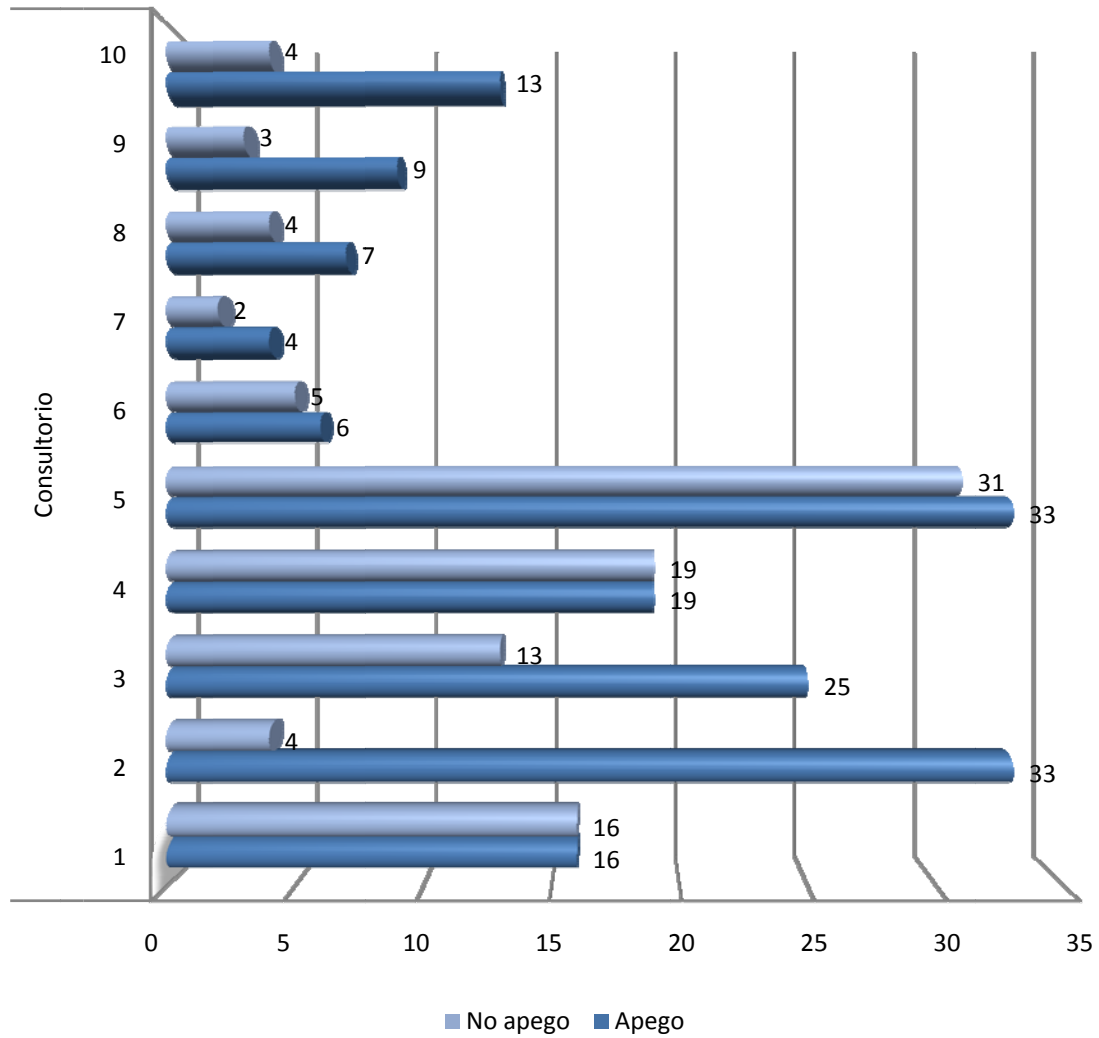
Consultorio	Apego			
	Apego		No apego	
	n	%	n	%
1	16	9.7	16	15.8
2	33	20	4	4
3	25	15.2	13	12.9
4	19	11.5	19	18.8
5	33	20	31	30.7
6	6	3.6	5	5
7	4	2.4	2	2
8	7	4.2	4	4
9	9	5.5	3	3
10	13	7.9	4	4

FUENTE: Cuestionario aplicado de acuerdo al consultorio y adherencia

En relación al área de evolución de apego terapéutico y el consultorio fue, consultorio 1,9.7% (N=16),consultorio 2, 20 % (N=33), consultorio 3,15.2% (N=25), consultorio 4, 11.5% (N=19), consultorio 5,20%(N=33), consultorio 6,3.6 (N=6), consultorio 7, 2.4% (N=4), consultorio 8, 4.2% (N=7) consultorio 9, 5.5% (N=9) consultorio 10,7.9% (N=13) y sin apego y el consultorio fue consultorio 1,15.8% (N=16),consultorio 2, 4 % (N=4), consultorio 3,12.9% (N=13), consultorio 4, 18.8% (N=19), consultorio 5,30.7%(N=31), consultorio 6,5% (N=5), consultorio 7, 2% (N=2), consultorio 8, 4% (N=4) consultorio 9, 3% (N=3) consultorio 10 4% (N=4) cuadro 13

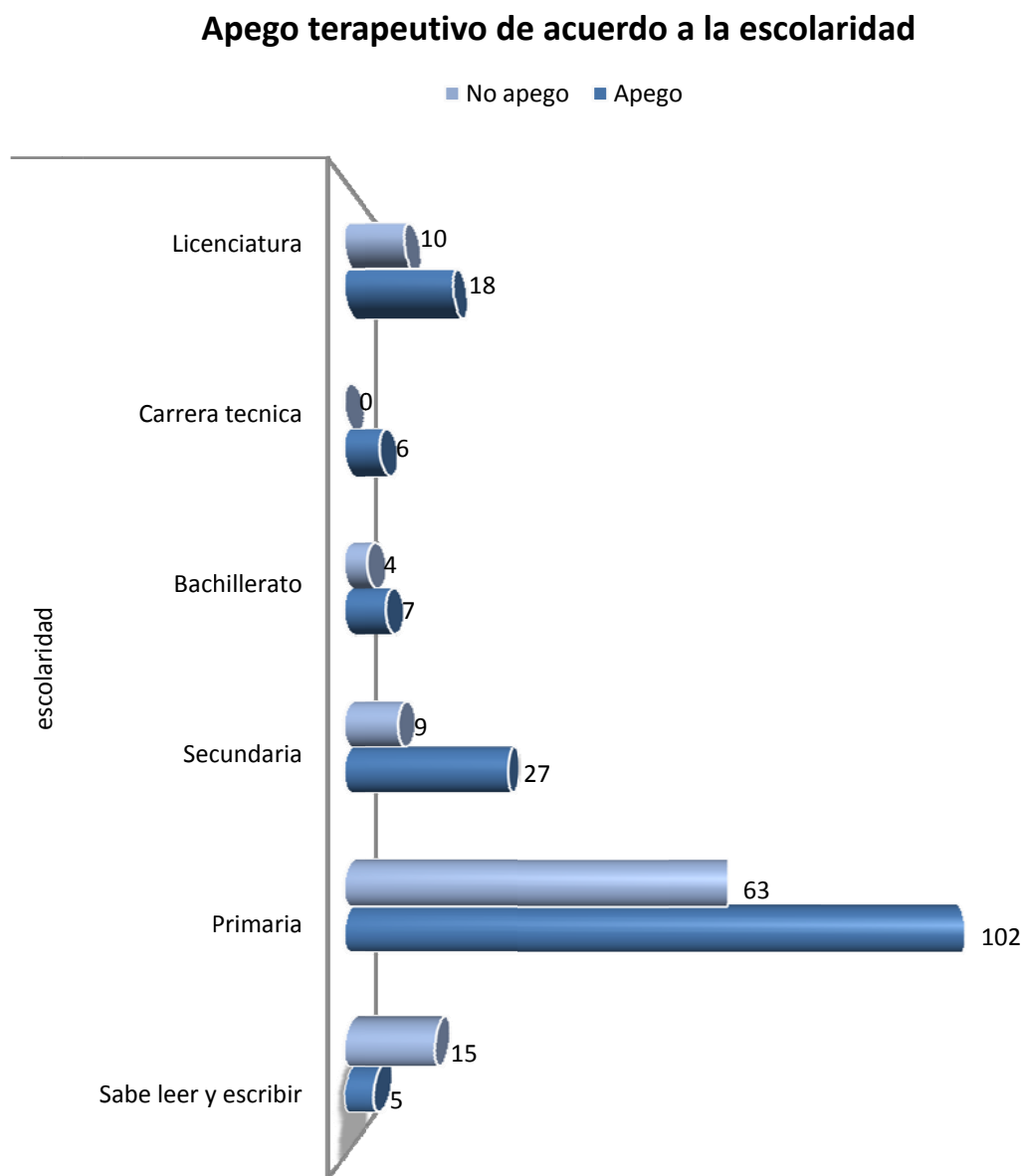
Grafico 1. Apego terapéutico de acuerdo al consultorio y turno

**Apego terapeutico de acuerdo al consultorio y turno**



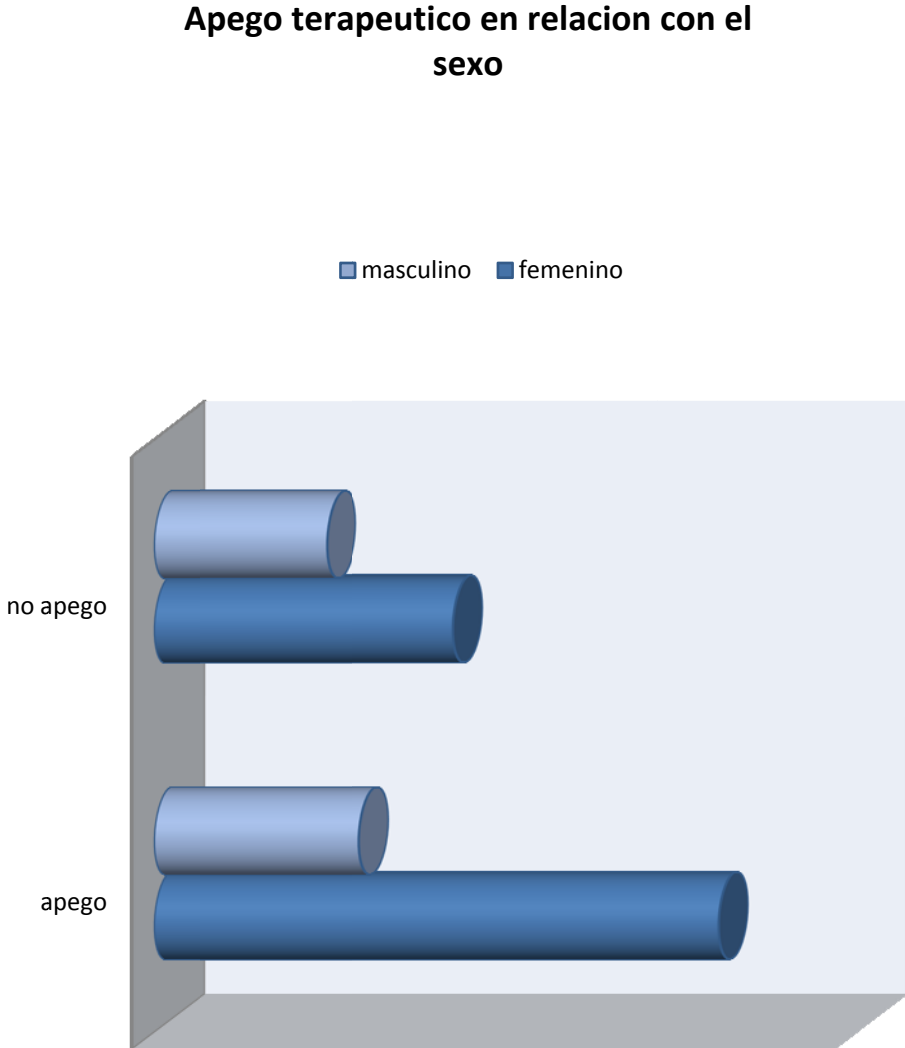
FUENTE: Cuestionario aplicado de acuerdo al consultorio y turno

Grafico 2. Apego terapéutico de acuerdo a la escolaridad



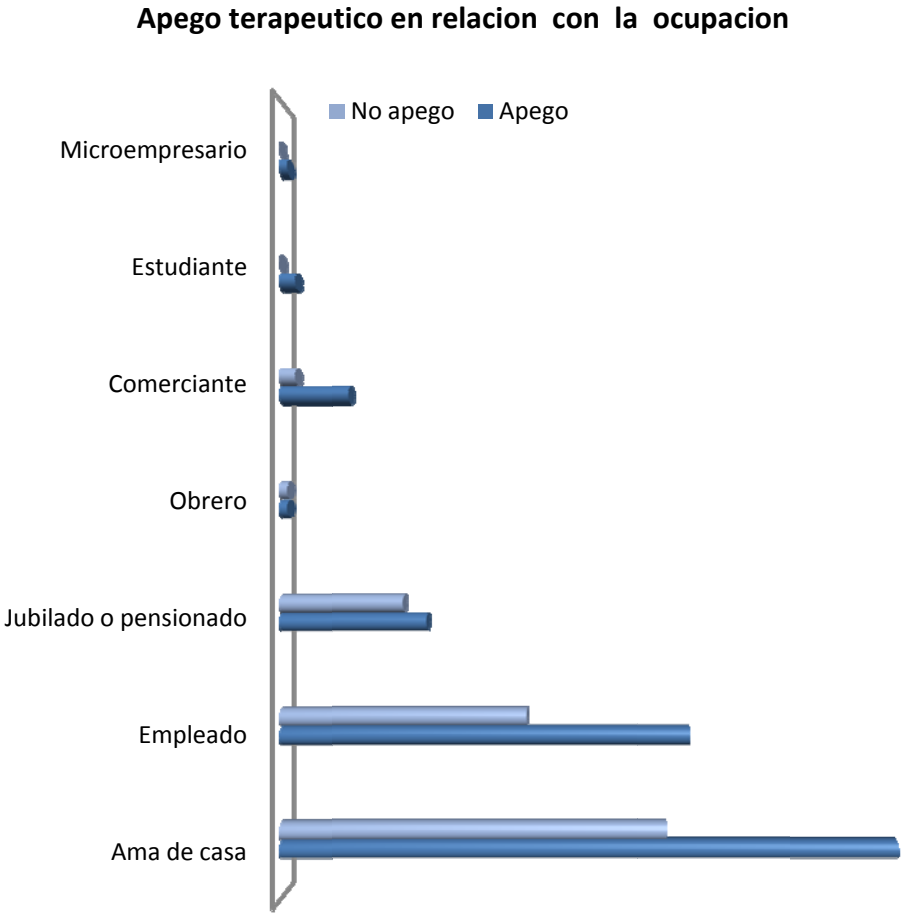
FUENTE: Cuestionario aplicado de acuerdo a la escolaridad y adherencia

Grafico 3. Apego terapeutico en relacion con el sexo



FUENTE: Cuestionario aplicado de acuerdo al sexo y adherencia

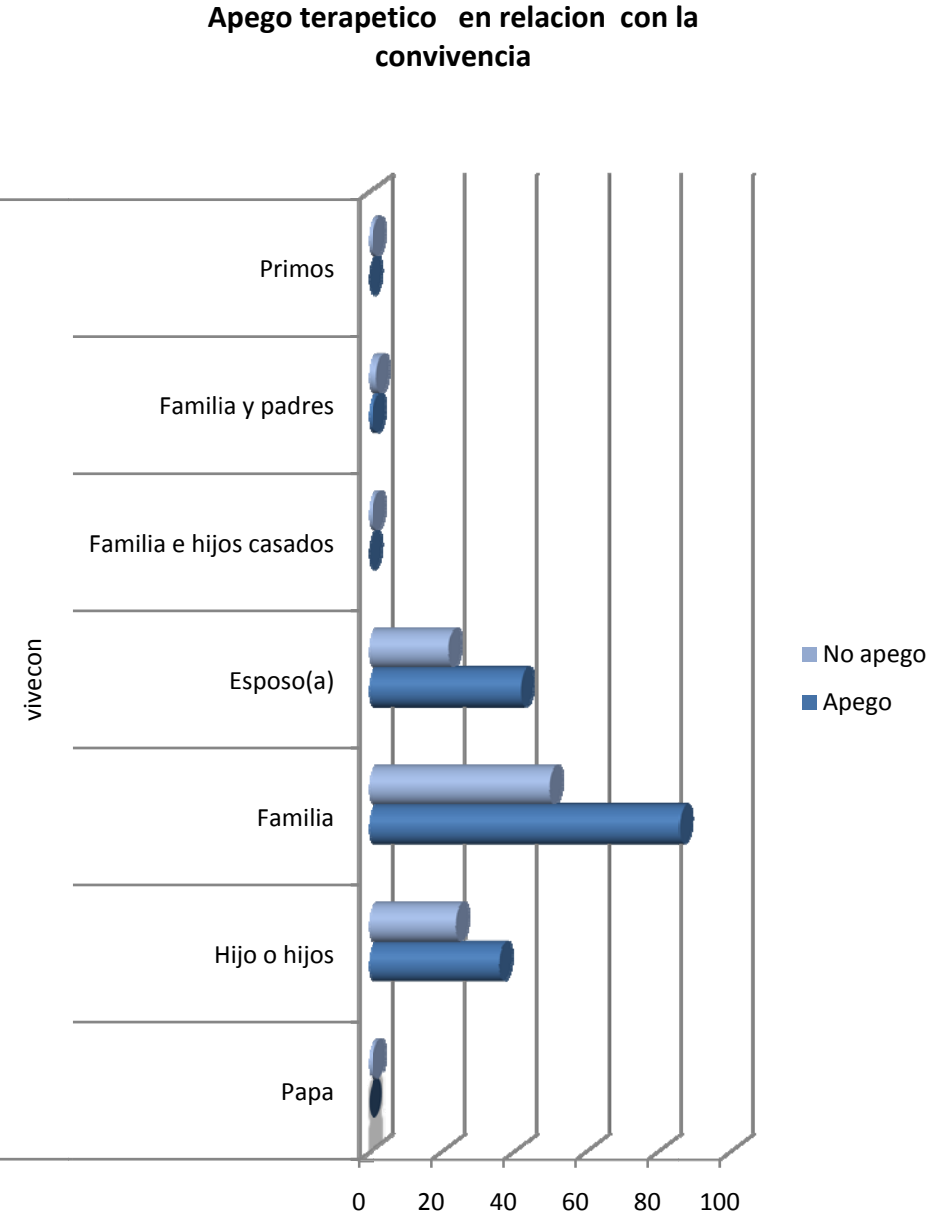
Grafico 4 Apego terapéutico en relación con la ocupación



FUENTE: Cuestionario aplicado de acuerdo a la ocupación y adherencia

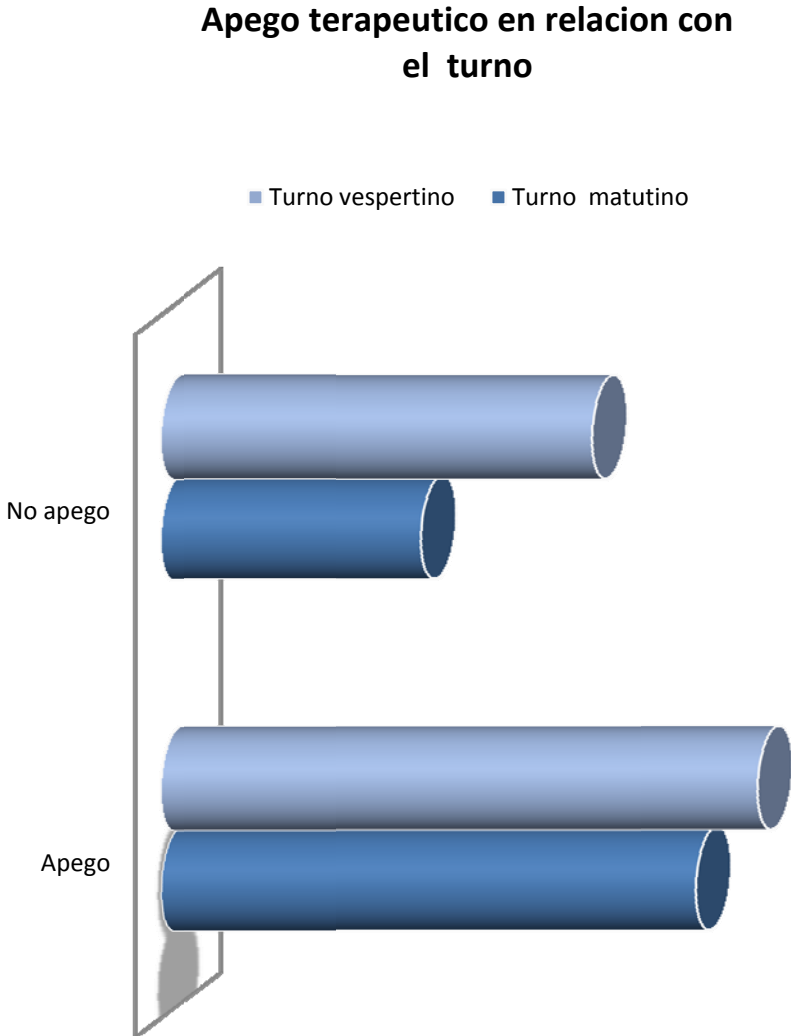


Grafico 5 Apego terapéutico en relación con la convivencia



FUENTE: Cuestionario aplicado de acuerdo a la convivencia y adherencia

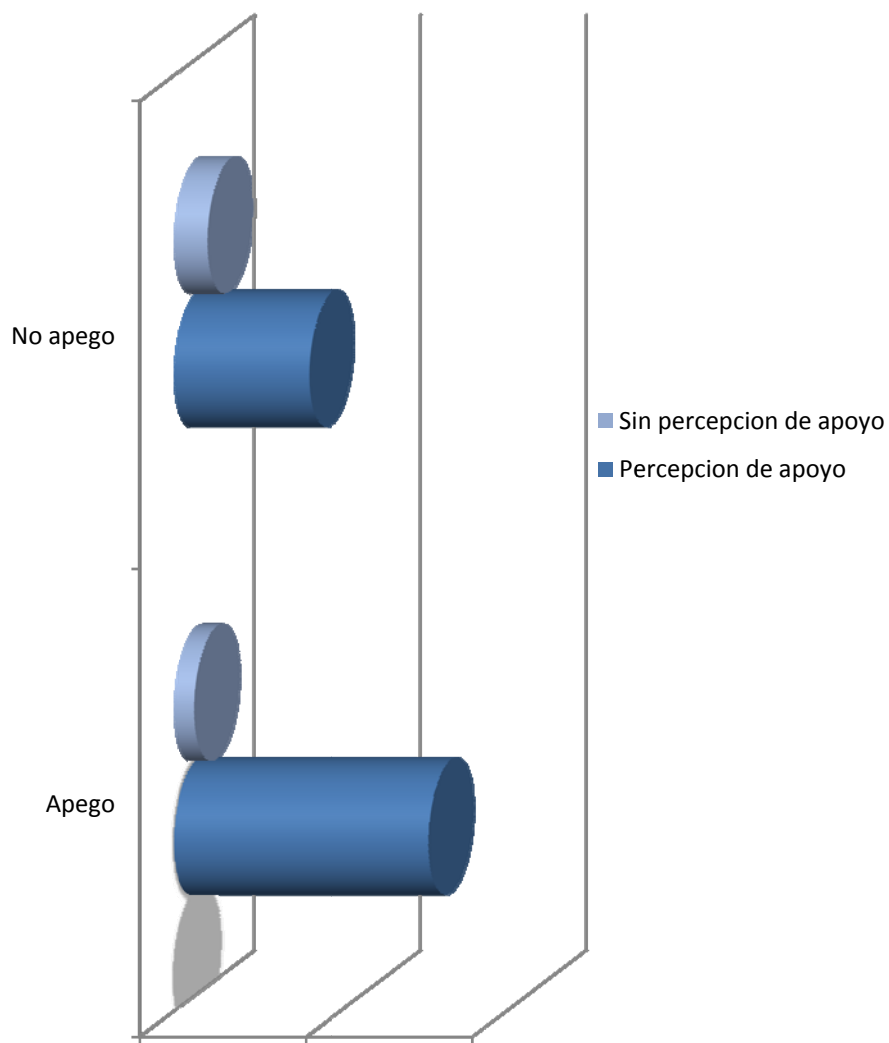
Grafico 6 Apego terapéutico en relación con el turno



FUENTE: Cuestionario aplicados de acuerdo al turno y adherencia

Grafico 7 Apego terapéutico en relación a la percepción del apoyo

**Apego terapeutico en relacion a la percepcion del apoyo familiar**



FUENTE: Cuestionario aplicado de acuerdo a la adherencia y apoyo

## **Discusión**

El cumplimiento o adherencia al tratamiento farmacológico prescrito en patologías crónicas y asintomáticas como la hipertensión arterial es fundamental para el buen control y la prevención de complicaciones

El presente estudio demostró que el perfil sociodemográfico que predominó fue la escolaridad primaria que determinó un inadecuado cumplimiento terapéutico de los pacientes que padecen hipertensión.

Así en el estudio de Sanchis y Cols.<sup>31</sup> Se constató que los factores asociados al paciente para la falta del cumplimiento terapéutico del paciente hipertenso fueron el nivel bajo de estudios ( $p < 0,001$ ) como características importantes asociadas al paciente, considerando que la mayoría de las estrategias son dirigidas hacia el médico proponiendo estrategias mixtas de compromiso.

Lo mismo confirma en su estudio Rodríguez y Cols.<sup>32</sup> identificando que los problemas de incumplimiento no es un tema de relevancia para mejorar la adherencia de una forma significativa sino que mediante una comunicación que motive al paciente y la educación puedan modificar el uso de los medicamentos por el paciente.

Dilla y Cols.<sup>33</sup> Encuentra como condicionantes varios factores que pueden desembocar en un problema de adherencia relacionados al incumplimiento terapéutico que se encuentran estrechamente relacionados al paciente como el nivel de educación, así como su personalidad el entorno cultural y social del paciente lo que se traduce como dificultad para comprender las explicaciones médicas relacionadas al tratamiento aunque en el presente estudio no se evaluó la personalidad o el entorno sociocultural del paciente creemos que la educación sigue siendo determinante para la comprensión de las indicaciones del médico

Así mismo la familia es el escenario representativo donde se lleva a cabo el proceso salud- enfermedad. En el presente trabajo se observa una asociación estadísticamente significativa entre apoyo familiar y adherencia terapéutica Sin embargo Batalla Martínez y Cols.<sup>34</sup> además de sugerir intervención en terapia breve para apoyo familiar sugiere otras variables que influyen como fueron

La educación, evaluación del sistema de entrega de recetas entre otras.

No obstante Jiménez Arias y Cols.<sup>35</sup> Consideraron que el control glucémico se presentó frecuentemente en pacientes que percibieron apoyo familiar y como estrategia para incrementar este apego sugieren implementar una evaluación del apoyo familiar como parte integral de la evaluación del paciente

Ademas Pearce y cols.<sup>36</sup> encontraron que después de hacer una intervención educativa, motivacional para fomentar la reducción del riesgo cardiovascular y mejorar la percepción de la calidad de vida y estado de salud en un grupo y control no encontraron impacto a nivel de marcadores bioquímicos con hemoglobina glucosilada, cifras de tensión arterial, calidad vida y percepción del estado de salud por lo que sugieren que no solo la educación es una variable independiente que está fuertemente asociada al apego terapéutico sino que existen otras como el apoyo social entre otras.

En conclusión el apoyo familiar si es una variable que se relaciona al apego sin embargo habría que ampliar el estudio, no solo considerar la percepción del enfermo sino incluir a su núcleo familiar o a sus otras redes de apoyo.

## **Conclusiones**

En el presente trabajo logramos conocer que el perfil socio-demográfico que predominó fue edad media de 64 años  $\pm$ 13.01, rango de 19 a 94 años, sexo femenino 69.5%, escolaridad primaria 62% (n=165), ocupación ama de casa 48.9%.

Se identificó la percepción del apoyo en el 88% y sin percepción del mismo en el 12% la distribución de acuerdo al apego terapéutico se refirió en el 62% (N=165) y sin apego en el 38%

Así mismo se encontró que en la asociación entre apoyo familiar y apego terapéutico se encontró que el grupo que presentó apego terapéutico presentó en el 57.5% apoyo familiar y el grupo que se refirió sin dicho apego terapéutico tuvo 30.5% falta del apoyo familiar. En el análisis bivariado el resultado se observa una relación proporcional entre la escolaridad y el apego terapéutico OR 3.15 IC95% 1.30-7.25 p 0.002 que a mayor escolaridad mayor apego.

## **Comentarios**

No podemos asegurar el apego al tratamiento de las enfermedades crónicas si no logramos objetivar que el alcance de la medicina en el primer nivel de atención no solo debe cumplir con la información clínica completa, un abordaje diagnóstico y terapéutico adecuados, sino logramos incorporar los cambios sociales, demográficos y económico que estos suponen en la pérdida de autonomía, toma de decisiones y el abandono social. El reto para el sistema nacional de salud es potenciar el escaso o nulo apoyo social y favorecer la investigación en los factores que generan incapacidad para vivir de forma autosuficiente, evidenciamos además que el enfoque de las guías y normas terapéuticas no están enfocadas en la búsqueda del apoyo del potencial

## **Bibliografía.**

1. J.I. Cuende, Riesgo vascular, Hipertens riesgo vasc.2011;28:121—125
2. De la Revilla AL. “La disfunción Familiar”. Atención Primaria 1992: 582-3
3. Espinosa Gómez Magdalena. Funcionamiento Familiar: Funcional /Disfuncional.Disponible
4. B. Fontecha Gómez, T. Casanova Querol,y P. Sánchez Ferrín Dificultades en la clínica para el tratamiento en el anciano con comorbilidad *Hipertensión*). 2007;24:21-9
5. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009 Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica
6. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, et-al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary: Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur Heart J. 2007; 28:2375-414
7. Piccini RX, Victora CG. How well is hypertension managed in the community? Apopulation-based survey in a Brazilian city. Cad Saude Publica 1997; 13:595-600.
8. J Gascóna J, Sánchez-Ortuño M, Llorc,David B Skidmored and Pedro J Saturnoa, for the Treatment Compliance in Hypertension Study Group Why hypertensive patients do not comply with the treatment Family Practice (pt 21)  
2
9. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Salud. México, DF: SSA, 2000.
10. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J, Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Department of

Epidemiology, Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine, New Orleans, LA 70112, USA

11. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et-al. 2007 ESH-ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertens*. 2007; 25:1751-62.

12. De la Sierra A, Gorostidi M, Marín R, Redón J, Banegas JR, Armario P, et-al. Evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial en España. Documento de consenso. *Med Clin*. 2008; 131:104-16.

13. García Pérez AM, Leiva Fernández F, Martos Crespo F, García Ruiz AJ, Prados Torres D ,Sánchez de la Cuesta y Alarcón F ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? *Medicina de Familia (And)* (pt 1)1, 2000

14. Villar-Álvarez F, Benegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España :hechos y cifras. Madrid: ERGON; 2003.

15. Tuesca-Molina R, Guayar-Castillon P, Ramón Banegas-Banegas JR, Graciano-Pérez Regadera A. Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años. 2006;20:220—7.

16. Sackett DL. The hypertensive patient. Compliance with antihypertensive drug therapy. *Can Med Assoc J*. 1989;139:545—9.

17. M. Sánchez-Gili, P. Toro-Chico, M. Pérez-Encinas, A.M. Gómez-Pedrero y J.M. Portolés-Pérez, Intervención farmacéutica en la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad renal crónica, *Rev Calid Asist*. 2011;26:146—151

18. Aparecida AM Moura Strelec, Angela M. G. Pierin e Décio Mion Jr. The Influence of Patient's Consciousness Regarding HighBlood Pressure and Patient's Attitude in Face of Disease Controlling Medicine Intake *Arq Bras Cardiol* 2003; 81: 349-54.



19. Amado Guirado E, Enriqueta Pujol Ribera, Valeria Pacheco Huergo, Josep M. Borrás on behalf of the ADIEHTA Group . Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial *Gac Sanit.* 2011;25:62–67
20. P. Armario, J. Segura, L. Vigil, J. Galerad, . Parod L. M. Ruilope Factores y causas de mal control y estrategias de corresponsabilidad médico-paciente en el control de la hipertensión. Resultados de los estudios COROPINA y COREVALUA del programa CORRESPONDE *Hipertension..* 2007;24:93-100
21. . Las Relaciones Afectivas en el Seno de la Familia, en: Historia de la Familia, Enciclopedia Familiar 2000.Ed. Everest. España 1973; 169-71
22. Montaner y Pilar J Delgado, Control de la presión arterial tras el ictus, ¿nos pasamos o no llegamos?, *Hipertensión riesgo vascular.* 2011;28:1—3
23. M.A. Giorgia, S.Volman, L.Pereira y A.Coca. Análisis de la persistencia de pacientes bajo tratamiento antihipertensivo en un programa de educación y administración de medicación. *Hipertensión riesgo vasc.*2011;28:137—142
24. Ramírez-Duque N, Mora-Rufete A, Nieto-Martín D, Máximo Bernabeu-Wittel, Alberto Escalera-Zalvide et al. Riesgo cardiovascular y prescripción farmacológica en pacientes pluripatológicos. *Hipertensión riesgo vascular.* 2011;28:39—47
25. Aníbal Pérez Peñaranda, Luis García Ortiz b, Emiliano Rodríguez Sánchez, Andrés Losada Baltar, Nieves Porras Santos y Manuel Ángel Gómez Marcos, Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia *Aten Primaria.*2009;41:621–628
26. Nandini Natarajan MD CCFP R. Wayne Putnam MD CCFP FCFP Alexandra M. Yip , Dawn Frail . Family practice patients' adherence to statin medications
27. Hennen. “Estructura y Función Familiar”. En: Shires, Hennen, *Medicina Familiar; Guía Práctica.*; McGraw Hill. México 1980; 16-22.

28. Castillo Serna Luis . Metodología de la Investigación en ciencias de la Salud 1ra. Ed. México: El Manual Moderno 2001
29. Hernández Sampieri Roberto Metodología de la Investigación 4ta Ed. México McGrawhill /Interamericana Editores 1991
30. Velasco Campos María luisa, Luna Portilla María del Rocio Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja 1ra Ed., México Editorial Pax 2006
31. Carlos Sanchis Doménecha, José Luis Llisterri Caro, Vicente Palomo Sanz Inercia terapéutica en pacientes hipertensos asistidos en atención primaria en España. Aten Primaria. 2011;43:638---647
32. Miguel Ángel Rodríguez Chamorroa, Emilio García-Jiménez, Pedro Amariles,  
Alfonso Rodríguez Chamorro, Eva María Pérez Merinoe, Fernando Martínez Martínez ,et al. Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular Aten Primaria. 2011;43:245—253
33. Tatiana Dilla, Amparo Valladares, LuisLiza y Jose´Antonio Sacrista Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora Aten Primaria.2009;41:342–348
34. Batalla Martínez C, Blanquer Laguarda A, Ciurana Misol R, García Soldevilla M, Jordi Cases E, Pérez Callejón A,et al. Aten Primaria 1984;1:185-91.
35. Priscila Mireya Jiménez Arias, María de Jesús Cisneros Jiménez, Jaime, Eduardo Guzmán Pantoja y Miguel Ángel Robles Romero. Asociación entre apoyo

familiar y control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2 Aten Primaria.  
2008;40:475-81

35. *Kevin A. Pearce, Margaret M. Love, Brent J. Shelton, Nancy E. Schoenberg, Mary A. Williamson, Mary A. Barron, and Jessica M. Houlihan.* Cardiovascular Risk Education and Social Support(CaRESS): Report of a Randomized Controlled Trial from the Kentucky Ambulatory Network July–August 2008 Vol. 21 No. 4

cuidador que será fundamental para el apego al tratamiento lo que debiera motivar a otros profesionales en salud en la investigación en materia de apoyo social



Anexo 2. Instrumento de percepción del sujeto con hipertensión arterial sobre apoyo que le brinda la familia

Los enunciados de este cuestionario evalúan algunas conductas, pensamientos y emociones que uno experimenta sobre su familia cuando se es portador de hipertensión arterial

Por favor lea cuidadosamente cada uno de los enunciados y decida conforme a la escala que abajo se muestra que tanto piensa, siente o hace lo mencionado. La información que usted nos proporcione será absolutamente confidencial. Responda lo más rápido posible y marque uno solo de los números para cada enunciado. Muchas gracias

Marque:

5: si se encuentra totalmente de acuerdo con el contenido de la oración

4: si está de acuerdo con el contenido de la oración

3: si no se halla de acuerdo ni en desacuerdo con el contenido de la oración

2: si se encuentra en desacuerdo con el contenido de la oración

1: si está totalmente en desacuerdo con el contenido de la oración

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

1. Pese a la enfermedad , mi familia se preocupa por mi bienestar	1	2	3	4	5
2. Siento que algunos miembros de mi familia me aman	1	2	3	4	5
3. Me siento apoyado por algunos miembros de mi familia para enfrentar mi vida	1	2	3	4	5
4.Siento que algunos miembros de mi familia me alientan para enfrentar mi enfermedad	1	2	3	4	5
5. Esta enfermedad ha permitido que mi familia me exprese cuanto se preocupa por mi	1	2	3	4	5
6. Me siento escuchado por algunos miembros de mi familia	1	2	3	4	5
7. Desde que me dijeron que padecía de hipertensión arterial algunos miembros de mi familia desearían que me cure de este mal	1	2	3	4	5
8. Siento que algunos miembros de mi familia me animan	1	2	3	4	5
9.Esta enfermedad me ha permitido que mi familia me exprese su deseo de colaborar para lograr mi bienestar	1	2	3	4	5
10.Me siento comprendido por algunos miembros de mi familia	1	2	3	4	5
11. Siento que algunos miembros de mi familia me cuidan me siento mal de salud	1	2	3	4	5
12. A algunos miembros de mi familia les es importante estar disponibles para brindarme su apoyo emocional	1	2	3	4	5
13. Siento que algunos miembros de mi familia realmente desea entenderme	1	2	3	4	5
14.Mi familia se preocupa por mi estado de salud	1	2	3	4	5
15.Me siento respaldado por algunos miembros de mi familia al tomar decisiones	1	2	3	4	5
16.Me siento respaldado por algunos miembros de mi familia cuando hablo con ellos acerca de lo que está pasando	1	2	3	4	5
17.Mi familia se preocupa por mi estado de animo	1	2	3	4	5
18. Esta enfermedad me ha permitido que mi familia me exprese su deseo de ayudarme	1	2	3	4	5
19.Me siento protegido por algunos miembros de mi familia de mi familia cuando estoy enfermo	1	2	3	4	5

### **Anexo 3. Consentimiento Informado**

#### **Carta de consentimiento informado para participar en Protocolo de Investigación en salud**

**Lugar y fecha :** Mexico D.F a . del 2011

**Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:** RELACION ENTRE APOYO FAMILIAR Y APEGO TERAPEUTICO EN EL PACIENTE QUE PADECE HIPERTENSION

El objetivo del estudio es: Determinar la relación entre apoyo familiar y apego terapéutico en el paciente que padece hipertensión. Se me ha informado que mi participación consistirá en: contestar los cuestionarios que se me aplicaran. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes y beneficios derivados de mi participación en el estudio. El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como responder al cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos y beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que lo considere conveniente sin que con ello afecte la atención médica que recibo en el instituto. El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Dra. María del Carmen Aguirre García Matricula 10859357

Nombre y firma del investigador responsable





**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

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

**Dictamen de Autorizado**

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 3404  
U MED FAMILIAR NUM 20, D.F. NORTE

FECHA 07/11/2011

**DR. MA. DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA**

**P R E S E N T E**

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

**RELACION ENTRE APOYO FAMILIAR Y APEGO TERAPEUTICO EN EL PACIENTE QUE PADECE HIPERTENSION**

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

<b>Núm. de Registro</b>
-------------------------

<b>R-2011-3404-25</b>
-----------------------

ATENTAMENTE

**DR.(A). EDUARDO ITURBURU VALDOVINOS**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 3404

**IMSS**

SEGURIDAD Y SALUD PÚBLICA SOCIAL