



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33“EL ROSARIO”



TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

“FACTORES FAMILIARES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA
EN LA UMF No. 33 EL ROSARIO”

P R E S E N T A

DRA. CORTES SANCHEZ CLAUDIA ELENA

MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR DE TESIS

DRA MONICA SANCHEZ CORONA

ENCARGADA DE LA COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD Y PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

MAYO 2014



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.

AUTORIZACIONES.

DRA. MÓNICA SÁNCHEZ CORONA

ASESOR DE TESIS

ENCARGADA DE LA COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD Y PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 “EL ROSARIO”.

DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL

PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR DE LA UMF 33 “EL ROSARIO”

DRA. MÓNICA CATALINA OSORIO GRANJENO

PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR DE LA UMF 33 “EL ROSARIO”

DRA. CORTES SÁNCHEZ CLAUDIA ELENA

MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 33 “EL ROSARIO”

AGRADECIMIENTOS.

A Dios por haberme dado la oportunidad de vivir y realizar mis sueños.

A mis padres Mario y Carolina por ser el apoyo, guía y consejo a lo largo de esta travesía.

A mi esposo David por apoyarme, amarme y estar siempre conmigo, superando retos presentes a lo largo del camino.

A mis hermosos hijos que Dios me dio Gael y Karol, gracias por aguantar las ausencias de mamá y ser unos niños tan valientes, que iluminan mi vida.

A la Dra. Mónica Sánchez quien me dedicó parte de su tiempo a enseñarme, orientarme, a ser mejor cada día. Gracias por su apoyo y paciencia.

INDICE.

1.	RESUMEN.....	5
2.	INTRODUCCIÓN.....	6
3.	MARCO TEORICO Y ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	7
4.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
5.	OBJETIVOS.....	24
6.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	25
7.	RESULTADOS.....	26
8.	TABLAS Y GRÁFICAS.....	27
9.	DISCUSIÓN.....	43
10.	CONCLUSIONES.....	48
11.	BIBLIOGRAFIA.....	51
12.	ANEXOS.....	55

RESUMEN.

Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial de la UMF No. 33 El Rosario.

Cortés Sánchez Claudia Elena¹, Sánchez Corona Mónica².

Introducción. La familia es la primera fuente de apoyo social que posee el individuo, contribuye a incrementar la ejecución de prescripciones y por lo tanto mejorar la adherencia terapéutica. **Objetivo.** Conocer los factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial sistémica en la UMF No. 33 El Rosario. **Material y Métodos.** Estudio no experimental, de encuesta transversal, observacional, prospectivo, transversal, descriptivo en muestra de 240 pacientes hipertensos de 35 a 75 años, mediante muestreo no probabilístico por conveniencia y previo consentimiento informado, se aplicó un cuestionario que incluye el Test de Morinski-Green-Levin. **Resultados.** De los 240 pacientes hipertensos se encontraron adherentes a 179(75%) pacientes y no adherentes 61(25%). Dentro de los factores asociados a la presencia de adherencia se encuentran: Familia nuclear simple 85 pacientes(84%), Familia tradicional 154 pacientes(75%), Familias urbanas 179 pacientes(75%), En etapa de retiro y muerte 115 pacientes(80%), Familias normofuncionales 150 pacientes(85%), Apoyo social percibido normal se encontró 155 pacientes (83%). De los factores sociodemográficos relacionados a mayor adherencia se encuentran: clase media media 206 (86%), casados 176 (73%), de 66 a 75 años 131 (55%), femenino 169 (70%). **Conclusiones.** Los factores relacionados a mejor adherencia en pacientes con hipertensión son aquellos con familias integradas y con adecuada funcionalidad, por ello, es importante considerar a la familia dentro de la atención integral de dichos pacientes. **Palabras clave:** Adherencia terapéutica, Familia, Apoyo Social, Funcionalidad Familiar.

¹ Med.Resid.3año.Med.Fam.UMF33' ²Enc.CCEISUMF33.

INTRODUCCIÓN.

La Hipertensión Arterial Sistémica incrementa el riesgo cardiovascular con un mayor riesgo de insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal y Evento Cerebrovascular. Constituye actualmente un importante problema de salud pública a nivel mundial, que afecta a aproximadamente a un billón de personas y se ubica como la tercera causa de años de vida potencialmente perdidos ajustados por discapacidad.

Los comportamientos de adherencia al tratamiento para la Hipertensión Arterial incluyen la toma de los medicamentos antihipertensivos según las prescripciones médicas (de horario, dosis); asistir a la citas médicas y con otros profesionales de la salud; utilizar estrategias eficaces para recordar la toma de los medicamentos; utilizar estrategias para manejar los efectos adversos de los medicamentos; buscar información relacionada con la enfermedad y el tratamiento; expresar y discutir dudas y molestias con el médico, realizar ejercicio aeróbico y actividad física regularmente; alimentarse saludablemente (bajo en sal); manejar los estados emocionales que influyen en los niveles de presión arterial (estrés y ansiedad); disminuir el consumo de alcohol, evitar el consumo de cigarrillo; buscar apoyo social, entre otros.

Los comportamientos de adherencia hacen referencia a la incorporación o mantenimiento de hábitos en el estilo de vida, la modificación de aquellos que puedan constituir un factor de riesgo para la progresión de la enfermedad, y la búsqueda de conocimiento y el desarrollo de habilidades para controlar situaciones que interfieren o podrían interferir con los objetivos terapéutico, importante reto para la salud pública.

Los factores asociados con el incumplimiento son múltiples e interrelacionados y pueden ubicarse en el ámbito del paciente (edad, problemas sociales, laborales, económicos) de la enfermedad (depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad, pérdida de memoria, gravedad del proceso, enfermedades asociadas, otros tratamientos, presencia o ausencia de sintomatología), de la terapéutica (tratamientos complejos, coste elevado, efectos secundarios, no aceptación del tratamiento, duración indefinida de la prescripción), del entorno (existencia de problemas familiares, y del médico (mala relación médico-paciente, baja satisfacción del paciente y/o poca confianza con su médico, interinidad del profesional, sensación de no ser escuchados, sensación de que no se les conoce, cambios por genéricos).

El tratamiento de un enfermo crónico suele implicar ingesta de medicamentos, modificaciones en su régimen alimenticio, asistencia a consultas para chequeos médicos y análisis de laboratorio. Muchas veces se requiere del apoyo familiar como fuente de apoyo del paciente, siendo las familias de los pacientes afectadas en su convivencia con todos los miembros del núcleo, en particular su relación de pareja, los hijos y demás familiares. Además, tienen que modificar horarios y alterar la distribución y arreglo de la casa. En general, lo apoya no sólo suministrándole sus medicamentos y una dieta adecuada, asistiéndolo en su cuidado y aseo personal y en la realización de sus ejercicios en caso necesario, sino también acompañándolo en sus visitas al médico y a la realización de sus análisis clínicos. En suma, la familia es la que lo apoya para adherirse a su tratamiento y con ello prevenir episodios de agravamiento de sus problemas de salud. Esta falta de control de las enfermedades crónicas representa altos costos para el sistema de salud, para el paciente y su familia, ausentismo laboral y retiros laborales. De aquí radica la importancia de promover en los enfermos adherencia terapéutica, aspecto fundamental para garantizar la eficacia de los programas de intervención en salud.

MARCO TEORICO.

La Hipertensión arterial (**HAS**) es una enfermedad de alta prevalencia en el mundo. Se estima que mundialmente 691 millones de personas padecen Hipertensión arterial.¹

De acuerdo con la OMS durante 2008, la prevalencia de hipertensión arterial entre la población de 25 años y más a nivel mundial es de alrededor de 27 de cada 100 personas. Por regiones, África tiene una de las prevalencias más altas (36.8%), mientras que la región de las Américas la más baja (23%) en la región, Canadá y Estados Unidos tienen prevalencias bajas (alrededor de 15%); seguidos por México (24.4%); en Brasil, Chile y Cuba, aproximadamente de 30% respecto a la población de 25 años y más.²

A nivel mundial, la OMS estima que la hipertensión arterial causa la muerte de 75 millones de personas y representan 12.8% del total de las muertes, señala que uno de cada tres adultos tiene la presión alta, lo cual preocupa por las complicaciones que genera: insuficiencia cardíaca, enfermedad vascular periférica, insuficiencia renal, retinopatía y discapacidad visual, pronosticando que 30% de las defunciones en 2030 estará relacionado con el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y los accidentes de tránsito.²

Según la Organización Panamericana de la Salud, durante los próximos diez años se estima que ocurrirán aproximadamente 20.7 millones de defunciones por enfermedades cardiovasculares en América, de las cuales 2.4 pueden ser atribuidas a la Hipertensión arterial, componente importante del riesgo cardiovascular.^{3, 1} Este riesgo se refiere por igual a la enfermedad cerebrovascular isquémica, a la enfermedad cerebrovascular hemorrágica y al Accidente Isquémico Transitorio. La enfermedad cerebro vascular se constituye en un problema de salud pública en nuestro país, por su alta prevalencia la cual genera una notable incapacidad física y laboral y es responsable de un importante gasto sanitario por el número de recursos que consume en los sistemas de salud.³

En México aproximadamente 15.2 millones de personas tienen hipertensión arterial sistémica (**HAS**). Uno de cada 2 mexicanos después de los 50 años es portador de **HAS**. El 61% de las personas con Hipertensión Arterial Sistémica lo ignoran. Del 49% de personas con diagnóstico previo de HA menos del 50% están bajo tratamiento médico farmacológico. El 14.6% de la población con HA se encuentra en control (< 140/90 mmHg). En el año 2000 se estimaron 194,000 muertes relacionadas de manera directa a hipertensión, es decir más de una muerte cada 3 minutos.³

La hipertensión arterial se presenta 24% en adultos y 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 los 20 y 60 años de edad, sólo se detectan del 13.4 al 22.7%.³

En nuestro país, los datos obtenidos del Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica para el período 2004-2010 de la población general existen 3, 738,174 casos de Hipertensión arterial.³

La prevalencia de **HAS** varía de acuerdo con regiones, localidades y nivel socioeconómico (NSE). En la ENSANUT 2012 donde se registró una prevalencia significativamente más alta en la región norte del país (36.4%) que en el sur (28.5%), en

las localidades urbanas (31.9%) que en las rurales (29.9%), y en el nivel socioeconómico alto (31.1%) comparado con el bajo (29.7%).

Los adultos con mayor vulnerabilidad y pobreza presentan prevalencias más bajas de **HAS** en el ámbito nacional y son los grupos que tienen en un mayor porcentaje Hipertensión Arterial controlada (<140/90 mmHg); por ejemplo, los adultos de la región sur tienen una prevalencia significativamente mayor de control (56.0%) que los del norte (45.8%), igualmente los de localidad rural (51.3%) que los de la urbana (48.3%) y los de nivel socioeconómico bajo (53.2%) que los de nivel socioeconómico alto (50.3%).⁴

Existen diferencias en las prevalencias de **HAS** al categorizar por institución a la que se encuentran afiliados los adultos: ISSSTE 34.4%, Secretaria de Salud 45.4%, IMSS 46.6%, e instituciones privadas 54.0%.⁴

En la Unidad de Medicina Familiar Número 33 “El Rosario”, según informes de ARIMAC se cuenta con un total de 14,873 pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial, siendo la primera causa de consulta subsecuente en la unidad (17,376) en el 2012, así como el principal motivo de envió a segundo nivel.⁵

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

De acuerdo con la OMS, los parámetros internacionales para considerar hipertensión son presión sistólica mayor a 140 mmHg y diastólica superior a 90 mmHg; y refiere que entre algunos grupos de edad, el riesgo de enfermedades cardiovasculares se duplica por cada 20/10 mmHg de incremento en la presión sanguínea, para tomar como presión arterial alta desde 115/75 mmHg (OMS, 2013).^{6,2}

El diagnóstico se basa en el promedio de por lo menos tres mediciones realizadas en intervalos de tres a cinco minutos dos semanas después de la detección inicial, con cifras igual o superior a las consideradas en la definición de Hipertensión Arterial Sistémica.⁷

La hipertensión arterial se clasifica por cifras de la siguiente manera⁸:

CATEGORIA	SISTOLICA	DIASTOLICA
Optima	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal alta	130-139	85-89
Hipertensión grado 1	140-159	90-99
Hipertensión grado 2	160-179	100-109
Hipertensión grado 3	≥ 180	≥ 110

Hipertensión sistólica aislada

≥ 140

< 90

El tratamiento no farmacológico de la hipertensión se basa en evitar la elevación de la tensión arterial para prevenir el daño de los órganos diana sin causar efectos indeseables ni cambios inaceptables al estilo de vida. Este aspecto es crucial y depende de una buena relación médico-paciente.⁷

1. *Control de peso:* Se sugiere llevar al paciente a un índice de masa corporal menor a 30. Está demostrado que por cada 10 kg de reducción en el peso se llegan a disminuir de 5 a 20 mm/Hg las cifras sistólicas de presión.⁹
2. La dieta rica en frutas y vegetales y con pocas grasas saturadas puede incidir en una reducción de las cifras sistólicas hasta de 8 mm/Hg.⁹
3. La dieta baja en sal con 2 g de sodio al día puede disminuir las cifras sistólicas de 8 a 10 mm/Hg.⁹
4. La actividad física aeróbica durante 30 minutos continuos por lo menos 4 veces a la semana ayuda a controlar el peso y puede disminuir las cifras de TA en 4 a 9 mm/Hg además de ofrecer una gran cantidad de beneficios ya conocidos.⁹
5. La reducción en el consumo de alcohol es de gran importancia en el paciente hipertenso. Los pacientes que reducen en forma significativa su consumo pueden disminuir sus cifras sistólicas de 4 a 6 mm/Hg.⁹

En cuanto al tratamiento farmacológico se recomienda como orden de preferencia en la selección de antihipertensivos, el siguiente: Inhibidores de ECA, dosis bajas de tiazidas, betas bloqueadores y calcio antagonistas.^{9,6}

Debe iniciarse tratamiento farmacológico inmediato en pacientes con presión arterial persistente con cifras $\geq 160/100$ mmHg, así como en pacientes con presión arterial $\geq 140/90$ con elevado riesgo cardiovascular o con daño a órgano blanco.⁶

En pacientes menores de 55 años de edad el tratamiento de elección debe ser un Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina. En pacientes hipertensos ≥ 55 años es de primera elección el tratamiento farmacológico con un diurético tiazida o un calcio antagonista.^{9,6}

Los pacientes mayores de 80 años deben recibir el mismo tratamiento farmacológico que los pacientes mayores de 55 años, considerando siempre la presencia de comorbilidad y polifarmacia.^{9,8}

En pacientes portadores de angina o infarto al miocardio e hipertensión arterial se recomienda tratamiento con beta bloqueadores y calcio antagonistas.^{9,8}

En pacientes con hipertensión arterial e insuficiencia renal, en ausencia de estenosis de la arteria renal, el tratamiento de elección es con Inhibidores de ECA o Bloqueadores de Angiotensina II en los pacientes alérgicos.^{9,7}

La decisión de usar un fármaco y no otro depende de las características del enfermo en el interrogatorio y exploración, el hallazgo electrocardiográfico, la tolerancia del paciente al fármaco, la comodidad de la dosis y la presencia o ausencia de efectos secundarios con el medicamento elegido.^{9,7}

El criterio utilizado para catalogar una terapia antihipertensiva como exitosa, es el control de las cifras arteriales. Esto a su vez depende de una terapia adecuada y de la voluntad del paciente de cumplirla. No tiene sentido el indicar más y más medicamentos a pacientes que no son adherentes a sus terapias, esto a pesar de que existen amplias listas de medicamentos disponibles en el mercado, pero no es esa la realidad del sistema de salud público, por lo que en estos casos lo más adecuado es intervenir para el logro de un cambio conductual.¹⁰

Las medidas que existen para mejorar la adherencia aún no han sido comprobadas, sin embargo el identificar aquellos pacientes con dificultad para adherirse a los tratamientos es el primer y fundamental paso para hacer efectivo un tratamiento.^{10,7}

Se conocen las siguientes metas de control de la TA¹¹.

METAS	PA
META GENERAL	<140/90 mmHg
PERSONAS CON DIABETES	<130/80 mmHg
EN PRESENCIA DE PROTEINURIA MAYOR DE 1,0 G E INSUFICIENCIA RENAL	<125/75 mmHg

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

La adherencia se ha analizado a partir de modelos clásicos propuestos para explicar otras conductas de salud en el marco conceptual de la psicología de la salud. Inicialmente, se intentó explicarla a partir de hipótesis situacionales o de personalidad, al considerarla una tendencia de la personalidad y, por tanto, algo relativamente estable y difícil de modificar. Más tarde se realizó una explicación a partir de modelos cognitivo-conductuales. De esta forma, surgieron explicaciones basadas en los modelos de comunicación, de aprendizaje social y cognitivos de decisión, entre los que se incluyen los modelos de creencias en salud, y la teoría de la acción razonada, que son los más empleados para explicar el origen y mantenimiento de la adherencia (Bandura, 1977).¹²

El fenómeno de la adherencia terapéutica involucra a todos los profesionales de la salud, la psicología de la salud proporciona un cuerpo de teorías y modelos conceptuales que han demostrado ser útiles para el pronóstico e intervención sobre la conducta de adherencia, dentro de las cuales se encuentran: la Teoría Social Cognitiva, la Teoría de la Acción Razonada, el Modelo de Creencias en Salud, el Modelo Transteórico y el Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales.¹²

Social Cognitiva. Sugiere que cualquier cambio de conducta se fundamenta sobre la creencia de que una persona puede alcanzar exitosamente la conducta deseada (autoeficacia percibida). La variable autoeficacia, incrementa la habilidad del paciente para guiar su tratamiento, de modo independiente al equipo médico, lo que a su vez podría conllevar menos visitas a los centros de salud.¹²

Teoría de la Acción Razonada. Relaciona las creencias, actitudes, intenciones y conducta. Señala específicamente que el mejor predictor de la conducta es la intención de llevarla a cabo, la cual es la actitud hacia ejecutar tal conducta y factores sociales relacionados.¹²

Modelo de Creencias en Salud. Integra teorías considerando el impacto de las consecuencias y expectativas relacionadas con la conducta. La probabilidad de que una persona adopte o mantenga una conducta para prevenir o controlar una enfermedad dependerá de: (a) grado de motivación e información que tenga sobre su salud, (b) autopercepción como potencialmente vulnerable ante la enfermedad, (c) percibir la condición como amenazante, (d) estar convencido que la intervención o tratamiento es eficaz y (e) percepción de poca dificultad en la puesta en marcha de la conducta de salud, aquellos pacientes no adherentes, creen que la enfermedad no afectará sus vidas. Estos pacientes presentaron al mismo tiempo menor intención de cumplir las instrucciones del médico. Contrariamente, una fuerte creencia en la medicina convencional aumentaría la probabilidad de adherir.¹²

Modelo trans-teórico. Propone etapas de cambio para explicar la adquisición de conductas saludables o la reducción de conductas de riesgo. Se distingue cinco etapas diferentes para el cambio: 1) Pre contemplación (el individuo no tiene intención para cambiar en el corto plazo, usualmente medido en los próximos 6 meses); 2) Contemplación (el sujeto no está preparado para tomar acciones en el presente, pero podría intentarlo en el corto plazo de aquí a 6 meses); 3) Preparación (el individuo está considerando activamente cambiar su conducta en el futuro inmediato, dentro del próximo mes); 4) Acción (el sujeto ha hecho un cambio en el pasado reciente, pero este cambio no está bien establecido); 5) Mantenimiento (se ha cambiado la conducta por más de 6 meses y se está activamente involucrado para sostenerla). De acuerdo a este modelo es posible predecir que los pacientes con alguna enfermedad crónica que se encuentren en las etapas de acción (acción y mantenimiento) en contraposición de aquellos que se encuentren en las etapas de pre acción (pre contemplación, contemplación y preparación) ingieran menos alimentos hipercalóricos, coman durante el día más frutas y vegetales hayan tenido más visitas al médico, así como también hayan fumado menos, presenten menos problemas psicológicos.¹²

Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales. Sometido a rigurosa investigación empírica, tanto en estudios prospectivos como correlacionales, este modelo demuestra que en conjunto la información, la motivación y las habilidades conductuales explican 33% de la varianza del cambio conductual, siendo la información un prerrequisito pero por sí sola no es suficiente para alterar la conducta. Un paciente puede seguir una prescripción basado en la información entregada por el médico.¹² Puede apreciarse que la citada diversidad conceptual responde a posiciones ónticas y teóricas que hunden sus raíces en modelos particulares de conceptualización de salud y la enfermedad.¹³

Una de las más recientes conceptualizaciones, sostiene que la adherencia terapéutica, es el término más adecuado, dentro de los propuestos hasta el momento por el sentido psicológico y es definido como una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente

respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado.¹³

La formulación de problemas sobre salud, en la mayoría de los casos, emerge de la demanda por el cuidado o consecución de ésta como recurso o como bien. Poner en cuestión el concepto de la adherencia, parte de la consideración problematizante de temas como el "cuidado" y la atención en salud, en tanto compromete el beneficio que se puede adquirir del tratamiento y los niveles próximos de intervención y sin la cual queda improbable la concepción de eficacia del mismo.¹⁴

Cuando Matarazzo (1982) define la psicología de la salud abre la posibilidad de reconocer la adherencia como objeto propio de su ejercicio: como el "conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, el análisis y mejora del sistema sanitario y formación de Políticas sanitarias".¹⁴

Meichenbaum y Turk (1991), el término adhesión se emplea para hacer referencia a una implicación más activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado.^{14, 12}

Amigo, Fernández y Pérez (1998), definen la adhesión terapéutica o conducta meta, como la en las rutinas cotidianas de la persona de nuevos hábitos beneficiosos para el sujeto que le permiten la mejora de las condiciones de vida, atención social, creencias de autocontrol o de reducción de riesgos, etc.¹⁵

Bimbela (2002), propone que es la estrategia que permite que el paciente se mantenga y continúe el tratamiento y de esta manera logre cambios significativos en su comportamiento que mejoren su vida.¹⁵

Por otro lado el término de adherencia terapéutica según la OMS (2003) definió el término adherencia como el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario.¹⁶

Osterberg y Blaschke (2005) definen la adherencia como la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el médico o el equipo de salud, tanto desde el punto de vista de los hábitos o estilo de vida recomendados como el propio tratamiento farmacológico prescrito, expresándose como el grado de coincidencia entre las orientaciones sugeridas por el profesional y el cumplimiento de las mismas por el paciente.¹⁶

Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres y Varela (2006) definen la adherencia terapéutica como colaboración y participación activa y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener unas mejores condiciones de salud y de vida, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud.¹⁶

En la literatura anglosajona los términos más utilizados son el de cumplimiento (compliance) y adherencia (adherence), aunque se han propuesto muchos otros como: cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia.¹⁷

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define adherencia como: “Acción y efecto de cumplir”, “ejecutar o llevar a efecto”.¹⁷ En la literatura, se recoge la definición del término “adherence” dada por DiMatteo y DiNicola como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado.”¹⁷

En sentido general, el término “adherencia” se refiere al proceso a través del cual el paciente lleva a cabo las indicaciones del terapeuta, basado en las características de su enfermedad, del régimen terapéutico que sigue, de la relación que establece con el profesional de salud y de sus características psicológicas y sociales.¹⁸

Los comportamientos de adherencia al tratamiento para la HAS incluyen la toma de los medicamentos antihipertensivos según las prescripciones médicas (de horario, dosis, etc.); asistir a la citas médicas y con otros profesionales de la salud; utilizar estrategias eficaces para recordar la toma de los medicamentos; utilizar estrategias para manejar los efectos adversos de los medicamentos; buscar información relacionada con la enfermedad y el tratamiento; expresar y discutir dudas y molestias con el médico, realizar ejercicio aeróbico y actividad física regularmente; alimentarse saludablemente (bajo en sal y grasas, alto consumo de potasio, etc.); manejar los estados emocionales que influyen en los niveles de presión arterial (ej., estrés y ansiedad); disminuir el consumo de alcohol, evitar el consumo de cigarrillo; buscar apoyo social, entre otros, por lo tanto la no adherencia al tratamiento, también puede entenderse como conflicto entre las motivaciones de los pacientes para cumplir con las indicaciones del médico.^{18, 16}

La adherencia es un determinante primario de la efectividad del tratamiento, porque si es deficiente atenúa el beneficio clínico óptimo. La buena adherencia terapéutica mejora la efectividad de las intervenciones encaminadas a promover los modos de vida saludables. Las consecuencias de la adherencia terapéutica deficiente a los tratamientos a largo plazo resultan en bajos resultados de salud y mayores costos sanitarios. Para diseñar intervenciones efectivas dirigidas a mejorar la adherencia, hay que identificar primero qué factores contribuyen a causarla.¹⁹

Existen estudios para medir adherencia, los cuales utilizan instrumentos contruidos y validados para tal fin, dentro de los cuales encontramos El Cuestionario Morinsky-Green-Levine, el cual es un método indirecto de medición basado en la entrevista voluntaria, que consta de un pequeño cuestionario de cuatro preguntas, que orientan a la adherencia o no adherencia al tratamiento. Se considera adherente a la persona que responde “NO” a las cuatro preguntas, y si contesta “SI” en al menos una de las preguntas se clasifica como no-adherente. Esta prueba tiene una validez predictiva y concomitante con una precisión alfa de Cronbach de 0.61. Esta validez se basa en la correlación entre un puntaje alto del test y buen control de presión arterial a los 5 años, y a su vez, un bajo puntaje en el test con un mal control de la presión arterial a los 5 años. Este estudio fue publicado en 1986, en la revista médica denominada Medical Care, y este se utiliza desde entonces en el proceso de cuidado de los pacientes de la Clínica de Hipertensión del Hospital de Johns Hopkins y Baltimore City Hospital, entre otros, debido a lo breve y

sencillo de realizar, a la validez predictiva a largo plazo y la identificación de problemas específicos que surgen de las respuestas del test como la corrección de errores en la toma (si alguna vez se siente mal, las deja de tomar?), adaptar la toma de medicamentos al horario diario del paciente para evitar el olvido (relacionar la toma del medicamento al lavado de dientes o las comidas), o involucrar a otro miembro de la familia como apoyo a largo plazo.²⁰

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA.

Existen factores que influyen en la adherencia terapéutica, dentro de los cuales encontramos la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, en su informe de Adherencia a los tratamientos a largo plazo, nos da un esquema oficial de los factores que influyen en la adherencia terapéutica:²¹

1. Factor Socioeconómico: En países en desarrollo las familias con un bajo nivel socioeconómico están sujetas a tener que elegir entre cumplir sus necesidades básicas como alimentación y vestuario, versus la adquisición de medicamentos que el sistema de salud no puede cubrir. Otros factores socioeconómicos incluyen la cesantía, analfabetismo, bajo nivel educacional, el costo elevado de algunos medicamentos (OMS, 2004).²¹

Un factor importante es el demográfico, en el que se destaca la población adulto mayor como causa de morbilidad a enfermedades principalmente cardiovasculares. Se estima que aproximadamente un 50% del total de prescripciones farmacológicas están dirigidas a este grupo etáreo.²¹

Para incorporar el aspecto socioeconómico hasta este momento, la mayoría de los trabajos del área de salud, utilizan para evaluar el estado social de las familias el método de Graffar modificado por Méndez y Castellanos, el cual considera cuatro variables: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia y tipo de vivienda^{21, 22} clasificando a la familia de la siguiente forma:

- * Estrato I: clase alta (4 a 6 puntos)
- * Estrato II: clase media alta (7 a 9 puntos)
- * Estrato III: clase media media (10 a 12 puntos)
- * Estrato IV: pobreza relativa (13 a 16 puntos)
- * Estrato V: pobreza crítica (17 a 20 puntos)

2. Factores relacionados con el proveedor o el sistema de asistencia sanitaria:

Aunque se han realizado pocos estudios al respecto, está comprobado que una buena relación proveedor paciente puede mejorar la adherencia terapéutica. Este fenómeno puede intervenir en forma negativa cuando existe una relación inadecuada entre el prestador de asistencia sanitaria y el paciente, como la falta de adiestramiento del personal sanitario en el control de enfermedades crónicas, la falta de incentivo profesional, o pobre retroalimentación, la escasa capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento.^{22, 21}

a) Relación médico-paciente: Incluye la motivación que existe en el enfermo derivada de la relación con su médico tratante, la buena comunicación y, finalmente, la confianza en la obtención de un beneficio, hace a los pacientes iniciar y mantener un tratamiento.^{22, 21}

La relación médico-paciente se ha considerado como uno de los factores de mayor influencia en el cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas.²³

La empatía aumenta la confianza y es un potente motivador. El paciente debería de sentirse a gusto consultando con su médico todos sus temores en cuanto a reacciones inesperadas o molestas de los fármacos.²³

La relación médico-paciente es la base del arte médico". El cumplimiento o adherencia al tratamiento médico es definido por Sackett y Snow (1979) como "el grado hasta el cual la conducta del paciente, en términos de tomar medicamentos, seguir las dietas o ejecutar los cambios de estilo de vida, coincide con la prescripción clínica".²³

Es muy importante la calidad y claridad de las instrucciones dadas por el médico tratante con relación a la duración, forma y horarios de la medicación. La adherencia se puede afectar si el paciente no tiene una adecuada habilidad para hacer preguntas de las dudas que tiene o si la comunicación médico-paciente o viceversa es deficiente. La duración de la consulta es también causa de no-adherencia si no se dispone de suficiente tiempo para explicar el tratamiento y menos si el esquema es complejo.²³

Se ha comprobado que pacientes llegan a salir de la consulta sin haber comprendido el diagnóstico y mucho menos el tratamiento.²³

Si la relación es percibida por el paciente como centrado en él, con atención a sus necesidades, con tomas de decisiones compartidas, en un ambiente de empatía y calidez humana las posibilidades de cumplimiento de las prescripciones son mayores.^{23, 6}

b) Organización de los servicios de salud. La continuidad en la atención prestada, la programación de citas y la posibilidad de supervisión de la conducta de adherencia.^{23, 1} Cabría esperar, cuanto mayor sea la continuidad de la atención que se ofrece al paciente mayor será su probabilidad de adhesión.²⁴

3. Factores relacionados con la terapia: Las exigencias propias de la enfermedad para con el individuo, influyen en el comportamiento que este tenga hacia la adherencia. La presencia de síntomas, grado de discapacidad, velocidad de progresión, gravedad de la enfermedad y disponibilidad de tratamientos efectivos, repercuten negativamente en la percepción de riesgo que tienen los pacientes y en la importancia que le otorgan al seguimiento. Son múltiples las implicancias vinculadas a este, como por ejemplo: la complejidad del régimen terapéutico, duración o cronicidad, cambios de terapia, fracasos de esta y efectos colaterales.^{24, 21}

1. Cronicidad. A medida que aumenta esta, el cumplimiento del tratamiento disminuye.^{24, 21}
2. Terapéutica. La dosificación. El número de dosis ha sido relacionado con el nivel de adherencia. Se ha comprobado que los regímenes de medicación monodosis dan lugar a mejores tasas de adherencia que los regímenes multidosis.^{24, 21}
3. La vía de administración. Los niveles más altos de adhesión se dan en los tratamientos que requieren medicación directa (inyecciones), niveles elevados de supervisión y registro e inicio agudo.^{24, 21}
4. La duración. Tratamientos asociados a enfermedades crónicas, que requieren la adopción de cambios permanentes en el estilo de vida o conductas preventivas prolongadas, disminuirán, casi con toda probabilidad, en el tiempo de no convertirse en automáticas y habituales.^{24, 21}
5. Los efectos secundarios. Los efectos secundarios indeseados también favorecen el incumplimiento, especialmente, cuando el paciente se empieza a encontrar bien.^{24, 21}

6. La complejidad del régimen terapéutico. La probabilidad de fallos o problemas en la adherencia se incrementa cuanto más cambio en las actividades habituales de la vida cotidiana del enfermo se exijan, cuanto más incompatibles sean las actividades diarias o los hábitos de la persona con la emisión de respuestas de adherencia y cuanto más complejo sea ese régimen (varios medicamentos, diversos horarios, etc.)^{24, 21}

4. Factores relacionados con el paciente: Estos representan los elementos y herramientas que tiene el paciente para enfrentar el proceso de enfermedad y su tratamiento. Aquí se incluyen apoyo social, los conocimientos, las creencias, percepciones, expectativas del paciente. Todos estos factores interactúan de un modo que refleja la capacidad de adherencia de cada persona, dejando en manifiesto su comportamiento hacia la terapéutica.^{25, 21}

Apoyo social.

Los pacientes con diversas enfermedades crónicas que tienen un alto nivel de satisfacción en relación al apoyo social presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad.²⁵

Para Gottlieb (1998) el apoyo social es una información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesibilidad por otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor.²⁶

Según Saranson (1983), el apoyo social es un término referido a la existencia o disponibilidad de personas con las cuales se puede confiar o contar en periodos de necesidad; quienes proveen al individuo de preocupación, amor y valor personal.²⁶

De acuerdo con Muñoz se puede decir que el apoyo social es una práctica de cuidado que se da en el intercambio de relaciones entre las personas y se caracteriza por expresiones de afecto, afirmación o respaldo de los comportamientos de otra persona, entrega de ayuda simbólica o material a otra persona. El apoyo social se expresa como la transacción interpersonal que incluye tres aspectos: la expresión de afecto de una persona hacia otra (Apoyo Afectivo), la aprobación de la conducta, pensamientos o puntos de vista de la otra persona (Apoyo Confidencial) y la prestación de ayuda de tipo material (Apoyo Instrumental).²⁶

El apoyo social es uno de los factores psicosociales más influyentes en la conducta de adherencia terapéutica a las prescripciones de salud, especialmente en el caso de los pacientes crónicos. Por lo que un apoyo social insuficiente podría conducir hacia una menor adopción de hábitos de vida saludables y un menor cumplimiento de las recomendaciones médicas. El apoyo social incide en el cumplimiento de las prescripciones médicas, en el sentido de que cumplirán más los pacientes que tengan un buen nivel de apoyo.²⁷

Uno de los instrumentos utilizados para estudiar el apoyo social subjetivo es el cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 (Broadhead, Gehlbach, Degruy & Kaplan, 1988), que evalúa el apoyo social funcional o cualitativo percibido, y tiene la ventaja de ser multidimensional y destacar por su sencillez y brevedad. Evalúa el “apoyo confidencial” (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y el “apoyo afectivo” (demostraciones de amor, cariño y empatía). Este cuestionario fue originalmente validado en pacientes estadounidenses, en su mayoría mujeres, blancas, por debajo de los 45 años. El instrumento original incluía ítems sobre cantidad de apoyo, apoyo confidencial, apoyo afectivo y apoyo instrumental. Tras la validación el cuestionario quedó reducido a

las dos dimensiones previamente mencionadas, aunque tres de los 11 ítems en el estudio original no pudieron ser considerados dentro de las dos dimensiones del apoyo social y utilizado en fundamentalmente en personas con patologías médicas. Se trata de un cuestionario auto administrado, que consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo likert (1-5). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación < 32. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo.²⁸

Dentro del apoyo social, la familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo y ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana, puede contribuir a incrementar la ejecución de las prescripciones al animar a mantener el régimen médico, de igual manera, el refuerzo de la familia y otras personas significativas puede facilitarlos.²⁹

Un individuo se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a su familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica y, por lo tanto, en el control de enfermedad. Un paciente que no tiene adecuado apoyo familiar presenta sobrecarga de responsabilidades y mal apego al tratamiento, ya que antepone estas ante su salud.³⁰

Las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores: del tipo de familia, la cultura y la educación de cada miembro; del desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento, lo que influye en el enfermo.³¹

Al ser la familia parte importante en el entorno del paciente crónico para su estudio puede ser clasificada de acuerdo a su conformación, para determinar quienes integran la familia, tipo de parentesco que los une y las relaciones entre ellos, según De la Revilla, modificado por Márquez, quien clasifica la estructura familiar de la siguiente manera^{32, 33}:

1. Familia nuclear: Formada por dos individuos de distinto sexo y sus hijos convivientes en el mismo domicilio.
2. -Familia nuclear simple: Formada por los cónyuges y menos de cuatro hijos.
3. -Familia nuclear numerosa: en la que conviven cuatro o más hijos con sus padres.
4. -Familia nuclear ampliada: Integrada por un núcleo familiar al que se añaden otros parientes (abuelos, tíos, primos, etc.) o bien agregados (personas sin vínculo consanguíneo, huéspedes, servicio doméstico).
5. -Familia binuclear: Familia en la que uno de los cónyuges o ambos son divorciados, conviviendo en el hogar hijos de distintos progenitores.
6. Familia extensa: Es aquella en la que se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en el mismo hogar más de dos grupos generacionales, suele estar formada por hermanos, cónyuges y sus hijos y/o padres e hijos casados.
7. Familia monoparental: Está constituida por un solo cónyuge y sus hijos.
8. Sin familia: En esta familia se contempla no sólo al adulto soltero, sino también al divorciado o al vínculo sin hijos.

En cuanto al desarrollo social la familia se divide en³²:

1. Moderna: Madre trabaja
2. Tradicional : padre proveedor económico
3. Primitiva o arcaica: campesina

En el aspecto demográfico, relacionado con el número de habitantes que conforman la población la familia se divide en:³²

1. Rural: compuesta por 5,000 habitantes
2. Urbana: Compuesta por más de 5,000 habitantes

La familia moderna urbana condiciona que sus papeles estén organizados de tal modo que limitan la capacidad de esta para proporcionar el apoyo emocional necesario en este tipo de enfermedades crónicas, condicionando mal apego terapéutico.^{32, 31}

El ciclo vital familiar es un concepto ordenador para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros, según Geyman existen cinco etapas:³³

1. Etapa de matrimonio: Comprende desde el momento que la pareja decide establecer vida conyugal, ya sea con el acto de casamiento o unión libre.
2. Etapa de Expansión: Comprende desde el nacimiento del primer hijo hasta la presencia de algún acontecimiento que defina alguna de las siguientes etapas:
3. Etapa de dispersión: Comprende el periodo en el que el primer hijo asiste a la escuela, así como la pubertad y la adolescencia.
4. Etapa de independencia: Comprende cuando alguno de los hijos inicia la formación de una nueva familia y los padres presentan el síndrome del nido vacío.
5. Etapa de retiro y muerte: Comprende cuando alguno de los cónyuges deja de laborar, presenta alguna enfermedad crónica degenerativa, todos los hijos se han casado, los padres presentan un reencuentro de pareja y/o llega a fallecer alguno de ellos.

Se ha encontrado a los enfermos crónicos no controlados en las fases terminales del ciclo vital familiar; (independencia, retiro y muerte).³⁴

El interés por el estudio sistemático y científico de la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso salud-enfermedad, con lo cual el individuo deja de ser visto como un ente y cobran interés factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo.³⁵

La Funcionalidad Familiar, es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.^{35, 32} La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien o mal como unidad.^{35, 32}

En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan comportamientos, sentimientos, expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y contar con el apoyo de los demás. En cambio las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas.^{35, 32}

Las alteraciones en la dinámica familiar, desempeñan un papel importante en el control de los pacientes con enfermedades crónicas, siendo factor de riesgo para abandono de la medicación o mal apego al tratamiento.^{36,}

Edelstein y Lin (1985) encontraron que los pacientes con un mejor control metabólico perciben a sus familias como poco conflictivas, bien organizadas y orientadas hacia logros, estos autores sugieren que el ambiente familiar activa el éxito, la cual constituye la motivación que conduce a los pacientes a un mejor control de su padecimiento.³⁷

El paciente con enfermedad crónica percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia, y a menos que el ambiente familiar se modifique para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de apego al tratamiento.³⁷

Existen varios instrumentos para evaluar el funcionamiento de la familia, entre estos tenemos el Apgar Familiar, cuyo uso se remonta a 1978 cuando Smilkstein publicó la primera versión de este instrumento. Su propósito fue diseñar un instrumento breve de tamizaje para uso diario en el consultorio del médico de familia, "para obtener una revisión rápida de los imponentes del funcionamiento familiar". Establece puntajes de calificación Apgar con base en el grado de satisfacción de los miembros de la familia, en cada uno de los componentes básicos de la función familiar, considerando los niveles de 0-3 como baja satisfacción de la función familiar, de 4-6 como media satisfacción de la función familiar y de 7-10 como alta satisfacción de la función familiar. Esta escala de puntajes se mantuvo siguiendo la propuesta original de Smilkstein. La consistencia interna del instrumento fue buena, con un alfa de Cronbach de 0.770.³⁸

Es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función familiar. Sus parámetros se delinearon sobre la premisa que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar:³⁸

1. Participación
2. Participación
3. Ganancia o crecimiento
4. Afecto
5. Recursos

Otras causas de mala adherencia en el paciente se encuentran: El Deterioro sensorial. La pérdida de la visión y/o audición, puede conducir a que el paciente no obtenga la información adecuada cuando le imparten instrucciones verbales o escritas. La limitación para desplazarse, la pérdida de destreza para abrir envases con protección de seguridad para niños, etcétera.⁴⁰

Deterioro cognoscitivo y estados alterados del ánimo. Llevan a que la información no se procese o se elabore de manera alterada, por ejemplo: demencias, depresiones, ansiedad, etcétera. . En estos casos las distracciones y la información atropellada pueden representar una sobrecarga, que altera significativamente el aprendizaje, generando diversas formas de procesamiento de la información:⁴⁰

- Omisión parcial o total del contenido
- Filtración de acuerdo con creencias personales
- Aprendizaje incorrecto

- Aprendizaje fuera de tiempo
- Aprendizaje incompleto, al procesar sólo una pequeña parte de la información

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

Numerosos estudios confirman que la mitad de los pacientes no sigue adecuadamente el tratamiento farmacológico, menos del 30% cambia sus hábitos o estilos de vida. Más del 90% toman dosis menores de las prescritas por su médico, lo que condiciona resultados desfavorables y por lo tanto gastos innecesarios para el sector salud.⁴¹

Rodríguez. H. Pérez Humberto, et al, en su investigación sobre el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en un área de salud comunitario del policlínico de Manzanillo, 2002 reportó que el 68.3% de los hipertensos cumplen con el tratamiento farmacológico, mientras que el 31.7% no lo cumplen.⁴²

Morisky et al. (1986) realizaron una investigación cuyo objetivo fue revisar las propiedades psicométricas y la validez concurrente y predictiva de una medida de auto reporte de adherencia al tratamiento compuesta por cuatro ítems. La muestra del estudio estuvo constituida por 400 pacientes hipertensos, controlados en promedio hace 6 años en un centro de salud. En el estudio se encontró una relación entre esta medida de adherencia y las cifras de presión arterial, de manera que los sujetos con altos puntajes en el cuestionario, tuvieron una mayor probabilidad de tener la presión controlada que aquellos con puntajes bajos a los 6 y a los 42 meses.

Con base en el cuestionario anterior, se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal en el que se entrevistó a pacientes atendidos en consultorios externos del Hospital Nacional Cayetano Heredia Perú, utilizando el Test de Morisky-Green para determinar su adherencia al tratamiento farmacológico y además, se determinó la presión arterial. Dentro de los resultados obtenidos el 80,6% de los participantes tenía 60 años o más, 69,9% era del sexo femenino y 77% tenían un tiempo de enfermedad mayor de tres años. El 6,8% era analfabeto y 52,4% tenía grado de instrucción primaria. Se encontró control de la presión arterial en 62,1% de pacientes y la adherencia al tratamiento farmacológico fue 37,9%.⁴³

Orueta, et al. En su investigación sobre adherencia destaca que los pacientes que viven solos incumplen más la asistencia a las citas de control de la hipertensión arterial.^{43, 29}

Daly et al 2009 en un estudio realizado, encontraron que tener pareja favorece el tratamiento de la diabetes, porque estaba asociado a bajos niveles de HbA1 y aun mayor auto reporte respecto a la adhesión a la medicación.⁴⁴

Beverly et al realizaron otro estudio con el objetivo de explorar como el apoyo conyugal tiene influencia sobre cambios en la dieta en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 y detectaron que incide en la adherencia el control sobre la comida, lo apropiado de la dieta, la comunicación de la pareja y el afrontamiento de la diabetes.⁴⁴

Existen pocos estudios en relación a la adherencia terapéutica y la tipología familiar, los estudios encontrados hacen mayor referencia al apoyo familiar, dentro de los cuales encontramos para fines de la investigación:

Ahumada Azzollini S, Pupko B, et al analizaron la percepción del apoyo familiar en un grupo de pacientes con Diabetes Mellitus 2 (DM2) y su relación con la adhesión a los

tratamientos médicos en la administrando un cuestionario de datos personales y percepción de apoyo familiar, el 74.8% expreso que su familia los apoya siempre, el 18.4% expreso que solo a veces y el 6.8% consideró que nunca era apoyado, el 73.9% dijo que su familia no se fastidiaba con ellos por la dieta o los cuidados especiales, 21.7 consideró que esto ocurría a veces y el 4.2% dijo percibirlo siempre, con lo anterior se concluyó que el apoyo familiar favorece la adherencia al tratamiento a través de cumplimiento de pautas de autocuidado en pacientes con DM2.⁴⁴

Menéndez Villalva C, et al, realizaron un estudio acerca del tema de adherencia terapéutica, en Galicia, España con un total de 236 pacientes diagnosticados de hipertensión arterial esencial en control en el centro de salud, se midieron las variables clínicas: edad, sexo, presión arterial, gravedad de la hipertensión, consumo de tabaco, consumo de alcohol, presencia de diabetes mellitus, hipercolesterolemia, índice de masa corporal y cumplimiento del tratamiento, se determinaron las siguientes variables socio familiares: estado civil, nivel cultural, nivel socioeconómico, tipo de familia, acontecimientos vitales estresantes y el apoyo social y apoyo social (medido a través del cuestionario de Duke-Unc-11). La edad media fue de 63,5 años, y el 66,1% fueron mujeres. La tipología familiar predominante es la familia nuclear (64,3%). El 30,2% de los pacientes refería una baja red social (0-1 contactos sociales). Detectamos un 22% de bajo apoyo social funcional. El apoyo social se mantuvo estable a lo largo del estudio. Los hipertensos con apoyo social bajo presentan un incremento de la presión arterial sistólica respecto de los pacientes hipertensos con mayor apoyo social.^{45, 31}

Se realizó un estudio con 236 pacientes hipertensos por *Menéndez et al*, en Galicia, España sobre las variables familiares asociadas al incumplimiento de las citas programadas en pacientes con HAS, se recogió información sobre edad, sexo, diabetes, dislipidemia, tabaco, alcohol, peso, actividad laboral, clase social, nivel cultural, estado civil, tipo de familia, función familiar,). La edad media fue de 63,5 años, el 30,2 de los pacientes hipertensos presentan una baja red social (0-1 contactos sociales), encontrando un bajo apoyo social percibido del 22%, concluyendo los pacientes hipertensos con familias no nucleares presentan 3,87 veces más posibilidades de no acudir a las citas de control de la HTA respecto de los individuos con familias nucleares, existiendo una tendencia al hipo cumplimiento en familias disfuncionales, diabéticos e hipertensos con bajo apoyo social.^{46, 31}

Pérez M, Leal H, et al diseñaron un estudio para conocer la importancia del no-cumplimiento farmacológico en hipertensos en medio rural y su relación con factores familiares, realizado en pacientes hipertensos de tres zonas rurales (<2000habitantes) de Sierra Mágina, se utilizó el cuestionario que recoge edad, sexo, riesgo cardiovascular (RCV), fármacos, tensión arterial, test de Morinsky-Green (MG) y de Apgar-familiar (AF). Obteniendo de los 104 pacientes (20% del total de hipertensos), con edad media 66 años, 72% mujeres, encontrando que (13%) presentan un mejor cumplimiento, los pacientes mal cumplidores tienen mayor porcentaje de disfunción familiar (43% vs 12%) y presentan medias de TA superiores (TA sistólica 140/70 vs 130).⁴⁷

Rodríguez Moran M, et al, México 1999, realizaron un estudio para determinar la asociación entre apoyo familiar (AF) y apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial (HAS), se realizó un estudio de casos y controles al que se integraron 80 sujetos con diagnóstico establecido de HAS. El estudio se realizó en el Hospital Regional del IMSS, en la ciudad de Durango, Durango, México. Tenían control de la presión arterial 31 (77.5%) pacientes con apego y 11 (27.5%) sin apego. El Apoyo Familiar se asoció de

manera independiente con apego al tratamiento, por lo que se llegó a la conclusión de que el apego se vincula de forma significativa con el apoyo que los familiares otorgan al enfermo.⁴⁸

Un estudio realizado en la UMF N. 8 por la “Gilberto Flores Izquierdo” por la Dra. Gutiérrez Cruz, sobre adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en pacientes con DM2, utilizando el test de Morinsky y el apgar familiar, se encontró que 118 (47.2%) con apego terapéutico, 131 (52.4%) sin apego al tratamiento. Se analizó el apego terapéutico en relación con la familia funcional encontrando el 63 (25.2%) con familia funcional y apego terapéutico, 55 (22.0%) con familia no funcional y apego terapéutico, 15 (6.0%) con familia funcional sin apego y 116 con familia no funcional sin apego terapéutico, concluyendo que pacientes con familias funcionales presentan mayor apego terapéutico, mientras que los pacientes de familias disfuncionales no tiene apego terapéutico.⁴⁹

En la Unidad de Medicina Familiar Número 33, se encuentra el estudio de tesis realizado en el 2006 por la Dra. Álvarez AE, sobre la frecuencia del apoyo familiar para el apego al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, con un total de 577 pacientes, utilizando el cuestionario de Morinsky-Green con dos preguntas adicionales, mientras que a su familiar acompañante se le dio a contestar el cuestionario instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2, encontrándose que 256 (44%) recibe apoyo familiar alto, 300 (52%) reciben apoyo familiar medio y 21 (4%) reciben un apoyo familiar bajo. En cuanto al apego al tratamiento se encuentra que 269 (47%) si presenta apego al tratamiento, mientras que 308 (53%) no presenta apego al tratamiento. En lo que concierne a la relación del apoyo familiar con el apego al tratamiento se encuentra que de los 256 pacientes que reciben apoyo familiar alto 157 (61%) si presentan apego al tratamiento, mientras que el 99 (39%) no presentan apego al tratamiento. Finalmente de los 21 pacientes que reciben apoyo familiar bajo solamente 3 (14%) si presentan apego al tratamiento, mientras que 18 (86%) no presentan apego al tratamiento.⁵⁰

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial (HAS) es uno de los principales factores de riesgo para padecer enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y falla renal, que son importantes causas de mortalidad en México. Las complicaciones de la HAS se relacionan directamente con la magnitud del aumento de la tensión arterial y el tiempo de evolución.

Los estudios respaldan que uno de los principales factores que inciden en el mantenimiento de la Hipertensión Arterial y de otras enfermedades crónicas, es la falta de adherencia al tratamiento de los pacientes diagnosticados.

El fenómeno de la adherencia terapéutica involucra a todos los profesionales de la salud, la psicología de la salud proporciona un cuerpo de teorías útiles para el pronóstico e intervención sobre la conducta de adherencia: la Teoría Social Cognitiva, la Teoría de la Acción Razonada, el Modelo de Creencias en Salud, el Modelo Transteórico y el Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales.

Para la OMS la adherencia al tratamiento, está definida como el grado en el cual el comportamiento del paciente, la toma de los medicamentos, la dieta y la introducción de los cambios en sus estilos de vida, responden a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud.

En las enfermedades crónicas, entre ellas la Hipertensión Arterial, la adherencia está basada en varios factores relacionados con la terapéutica, los proveedores de salud, el paciente, sociodemográficos, apoyo social, entre otros, los cuales inciden en la manera en el que los pacientes tendrán o no adherencia al tratamiento, ajustando las indicaciones a su estilo de vida, para lo cual existe un cuestionario diseñado para medir la adherencia el Test de Morinski-Green-Levin, el cual se utilizara en la presente investigación.

Dentro del apoyo social, encontramos a la familia, la cual constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo para mantener el régimen médico, variable que se medirá con el cuestionario de Apoyo Social Duke-UNC-11. Siendo la familia base importante del apoyo en la adherencia terapéutica, se estudiara su estructura en cuanto a composición, desarrollo, demografía, ciclo vital y funcionalidad familiar, con un cuestionario diseñado para ello, así como con ayuda del apgar familiar.

La medicina familiar tiene como principio, centrarse en la atención de la persona como un todo, siendo el médico familiar el encargado de orientar a la familia en patologías crónicas como lo es la Hipertensión Arterial Sistémica, requiriendo el manejo de conocimientos, destrezas y habilidades para lograr una buena adherencia en el tratamiento médico, que le permita tener en sus pacientes un adecuado control de cifras tensionales evitando las comorbilidades asociadas, por lo que identificando la baja Adherencia como el principal problema para la mejoría de los pacientes con Hipertensión Arterial, enfermedad de mayor prevalencia en la UMF 33, con lo que se plantea la siguiente pregunta:

¿CUALES SON LOS FACTORES FAMILIARES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN LA UMF No. 33 EL ROSARIO?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

-Conocer los factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica en la UMF No. 33 EL ROSARIO.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

-Determinar la frecuencia de adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica en la UMF No. 33 EL ROSARIO.

-Determinar la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica en la UMF No. 33 EL ROSARIO en base a la estructura familiar.

-Determinar la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica en la UMF No. 33 EL ROSARIO en base al desarrollo familiar.

-Determinar la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica en la UMF No. 33 EL ROSARIO en base a su demografía.

-Determinar la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica en la UMF No. 33 EL ROSARIO en base al ciclo vital familiar.

-Determinar la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica en la UMF No. 33 EL ROSARIO en base a la funcionalidad familiar.

-Determinar la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica en la UMF No. 33 EL ROSARIO en base al apoyo social.

-Determinar la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica en la UMF No. 33 EL ROSARIO en base a su estado socioeconómico.

-Determinar las características sociodemográficas en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica en la UMF No. 33 EL ROSARIO (edad, sexo, estado civil)

-Determinar la frecuencia de control tensional en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica en la UMF No. 33 EL ROSARIO.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” IMSS, del Distrito Federal, que se encuentra en la Delegación Azcapotzalco, en el servicio de consulta externa, con el objetivo de conocer los factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes derechohabientes con hipertensión arterial sistémica de la UMF 33 “El Rosario”.

El diseño de estudio es no experimental, de tipo no observacional, prospectivo, transversal, descriptivo, por medio de muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo a 240 pacientes de ambos turnos, que deseen participar y que cumplan con los criterios de inclusión, los cuales fueron: derechohabientes de la Unidad con diagnóstico establecido de hipertensión arterial sistémica, de 35 a 75 años, ambos sexos y ambos turnos. Fueron excluidos pacientes que no desearon colaborar en el estudio, con deterioro cognitivo (demencia, depresión, ansiedad), con discapacidad intelectual, parálisis cerebral sin acompañante, pacientes con deterioro sensorial (visión, audición) y pacientes con comorbilidades asociadas (Diabetes mellitus, Insuficiencia Renal Crónica, Evento Vascular Cerebral). Se eliminaron aquellos pacientes con encuestas mal llenadas por pacientes.

El tamaño de la muestra se calculó tomando en cuenta un error de estimación del 5% (0.05), con un intervalo de confianza del 95% considerando un grupo de estudio de 14,783 pacientes hipertensos, sumando un 20% más a la muestra para evitar pérdidas mayores al 10%.

Previo consentimiento informado (ANEXO 1), a los pacientes se les aplicó una encuesta diseñada ex profeso (ANEXO 2) que consto de seis secciones con 46 preguntas a responder. La primera sección considero los aspectos socioeconómicos utilizando el método de Graffar; la segunda sección se basó en la tipología familiar con preguntas clave para conocer el desarrollo de la familia, demografía de la familia y ciclo vital de la familia; la tercera sección del cuestionario es la que determino la adherencia o no al tratamiento de la HA, la cual consto de 4 preguntas, considerando como adherente a la persona que responde “NO” a las cuatro preguntas, y si contesta “SI” en al menos una de las preguntas se clasifica como no adherente. En la cuarta sección del cuestionario se determinó la funcionalidad familiar, para lo cual se utilizó el Apgar familiar, de cinco preguntas, las cuales se evaluaron con Casi siempre: (2 puntos); Algunas veces. (1 punto); Casi nunca: (0 puntos), de acuerdo a las respuestas de cada paciente hipertenso. La quinta sección por medio del cuestionario de Duke sobre apoyo social percibido que consta de 11 ítems, obteniendo una puntuación igual o mayor a 32 para apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo. La sexta y última sección determino las cifras de tensión arterial de la consulta y se estableció si está controlado o no el paciente hipertenso.

El presente estudio se realizó bajo los lineamientos éticos de investigación en salud en seres humanos.

Para realizar el análisis se concentraron en una tabla de Excel para su organización, tabulación y procesamiento en una base de datos de EXCEL 2012, siguiendo el orden de la codificación establecida para cada participante y, teniendo en cuenta los datos sociodemográficos y los ítems correspondientes a cada una de las dimensiones o factores que contempla el instrumento, donde se obtuvieron frecuencias y porcentajes, se elaboraron gráficas y tablas para la presentación de los resultados.

RESULTADOS.

Se realizó un estudio con la finalidad de conocer los factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial sistémica en la UMF No. 33 "El Rosario", entrevistando un total de 240 pacientes, obteniendo los siguientes resultados:

En relación a la adherencia terapéutica se encontraron adherentes 179 (75%) pacientes y no adherentes 61 (25%) pacientes. (TABLA Y GRAFICA 1).

En lo referente a la estructura familiar se encontró nuclear simple 101(42%) familias, nuclear numerosa 1(0%) familia, nuclear ampliada 10 (4%) familias, binuclear 9(4%) familias, extensa 85 (35%) familias, monoparental 25(10%) familias, sin familia 9 (4%) familias. (TABLA Y GRÁFICA 2).

En cuanto al desarrollo familiar se encontraron 206 (86%) familias tradicionales y 34 (14%) familias modernas. (TABLA Y GRÁFICA 3).

En relación a la demografía familiar las familias residentes de pacientes con hipertensión arterial sistémica de la UMF 33 se encontraron siendo urbanas en un 100%. (TABLA Y GRÁFICA 4).

En cuanto al ciclo vital familiar en matrimonio, expansión no se encontró a ningún paciente con hipertensión arterial sistémica. En dispersión se encontraron 4 (2%) familias, en independencia 92 (38%) familias, en retiro y muerte 144 (60%) familias. (TABLA Y GRÁFICA 5).

La funcionalidad familiar que se encontró en las familias en estudio fue la siguiente: Normofuncional 176(73%), Disfuncional leve 58(24%), Disfuncional grave 6 (3%). (TABLA Y GRÁFICA 6).

El apoyo social percibido en los pacientes con hipertensión arterial sistémica encontrado es en apoyo normal 186 (78%) y en apoyo bajo 54 (23%). (TABLA Y GRÁFICA 7).

El estado socioeconómico en donde no se situó ninguna de las familias corresponde al Estadio I clase alta, así como Estadio V. En el Estadio II clase Media Alta se encontraron 30 (12%), en el Estadio III clase Media 206 (86%), Estadio IV Pobreza Relativa 4(2%) pacientes con hipertensión arterial sistémica. (TABLA Y GRÁFICA 8).

En cuanto al estado civil se encontraron solteros 9 (4%) pacientes, casados 176 (73%) pacientes, unión libre 1 (0%) paciente, viudo 32(13%) pacientes, separado 7 (3%) pacientes, divorciado 15 (6%) pacientes. (TABLA Y GRÁFICA 9)

La edad de los pacientes en estudio de 35-45 años 13(5%) , de 46-55 años 21(9%), de 56 a 65 años 75 (31%), de 66 a 75 años 131(55%) . (TABLA Y GRÁFICA 10).

El sexo de los pacientes en estudio fue en su mayoría pacientes del sexo femenino 169 siendo un 70%, mientras que sexo masculino 71 pacientes siendo un 30%. (TABLA Y GRÁFICA 11).

En lo referente al control terapéutico se encontró controlados 185 (77%) pacientes y no controlados 55 (23%) pacientes. (TABLA Y GRÁFICA 12).

Al realizar la relación de adherencia con cada variable de estudio se encontró lo siguiente:

Familia nuclear simple en adherencia 85 (84%) familias y en no adherencia 16 (16%) familias. Familia nuclear numerosa 1 (100%) familia en adherencia terapéutica. Familia nuclear ampliada en adherencia 7(70%) y en no adherencia 3(30%). Familia binuclear en adherencia 3 (33%) y en no adherencia 6(67%). Familia extensa en adherencia 67 (79%) y en no adherencia 18 (21%). Familia monoparental en adherencia 15(60%) y en no adherencia 10 (40%). Sin familia en adherencia 1 (11%) y en no adherencia 8 (89%) familias. (TABLA Y GRÁFICA 13).

En lo referente al desarrollo familiar y adherencia se encontró:

Familia tradicional en adherencia 154(75%) y en no adherencia 52 (25%) pacientes con hipertensión arterial sistémica. Familia moderna en adherencia 25(74%) y en no adherencia 9(26%) familias. (TABLA Y GRÁFICA 14).

En relación a la demografía familiar y adherencia tenemos del total de las familias urbanas en adherencia 179 (75%) y en no adherencia 61 (25%). (TABLA Y GRÁFICA 15).

En cuanto al ciclo vital familiar y la adherencia tenemos:

En etapa de dispersión a 1 (25%) familia en adherencia y en no adherencia a 3(75%) familias. En etapa de independencia en adherencia 63(68%) familias y en no adherencia 29(32%) familias. En etapa de retiro y muerte en adherencia 115 (80%) familias y en no adherencia a 29 (20%) familias. (TABLA Y GRÁFICA 16).

En lo referente a la funcionalidad familiar y adherencia se encontró:

Familias normofuncionales en adherencia 150 (85%) y en no adherencia 26(15%) familias. Familias con disfunción leve en adherencia 27(47%) y en no adherencia 31(53%) familias. Familias con disfunción grave en adherencia 2 (33%) y en no adherencia 4(67%) familias. (TABLA Y GRÁFICA 17).

En relación al apoyo social percibido en apoyo normal se encontraron adheridos 155 (83%) y no adheridos 31(17%) pacientes. En apoyo bajo se encontraron adheridos 24 (44%) y no adheridos 30 (56%) de los pacientes con hipertensión arterial sistémica. (TABLA Y GRÁFICA 18).

En lo referente al control terapéutico se encontró controlados y en adherencia a 158 (85%) y en no adherencia a 27 (15%) pacientes. Pacientes no controlados y con adherencia 21 (38%) y no controlados y sin adherencia 34 (62%) pacientes. (TABLA Y GRÁFICO 19).

En relación al estado civil y adherencia:

Solteros en adherencia 8 (89%) y en no adherencia 1 (11%). Casados en adherencia 144 (82%) y en no adherencia 32 (18%) pacientes. En unión libre 1 (100%) en adherencia terapéutica. Viudos en adherencia 16 (50%) y no adherencia 16 (50%) pacientes. Separados en adherencia 5 (71%) y no adherencia 2 (29%) pacientes. Divorciado en

adherencia 5 (33%) pacientes con hipertensión arterial sistémica y en no adherencia 10 (67%) pacientes con hipertensión arterial sistémica. (TABLA Y GRÁFICO 20).

En relación al estado socioeconómico y adherencia en el Estadio II clase media alta en adherencia 13 (43%) y no adherencia 17 (57%) pacientes. En el Estadio III clase media media en adherencia 164(80%) pacientes y en no adherencia 42 (20%) pacientes. En el estadio IV pobreza relativa en adherencia 2(50%) y no adherencia 2 (50%) pacientes con hipertensión arterial sistémica. (TABLA Y GRÁFICO 21).

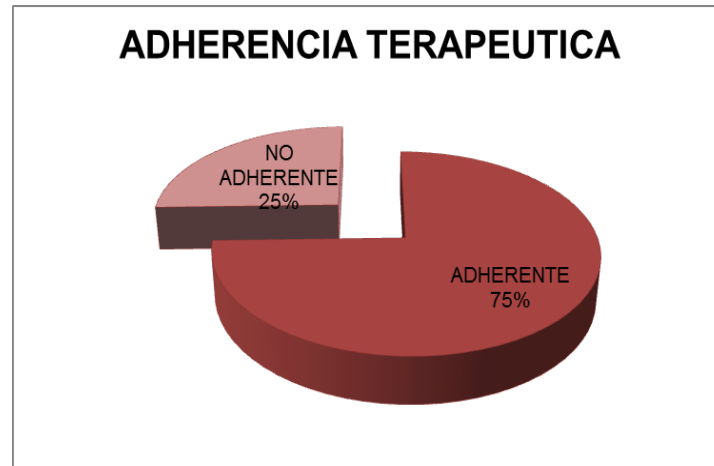
TABLAS Y GRÁFICOS.

TABLA 1. PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA ADHERIDOS.

ADHERENCIA TERAPEUTICA	ADHERENTE	179	75%
	NO ADHERENTE		61
TOTAL		240	100%
		TOTALES	100%

FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

GRAFICA 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA.



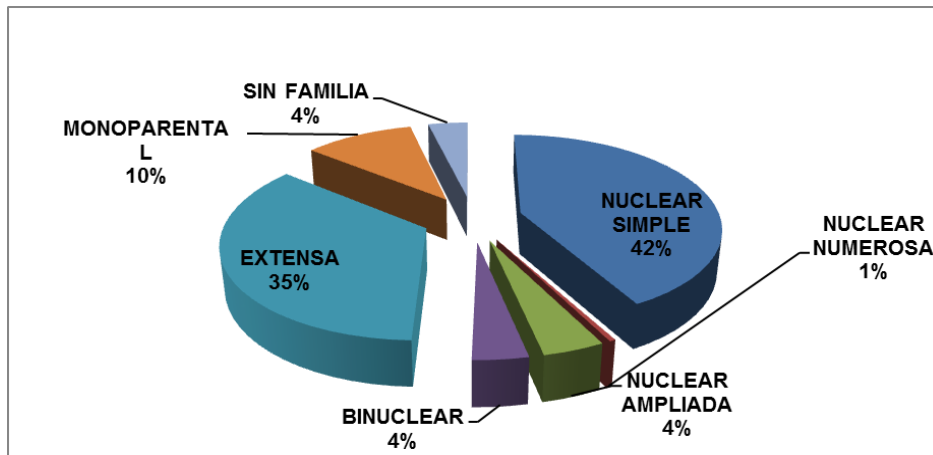
FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

TABLA 2. TIPOLOGIA FAMILIAR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 33 "EL ROSARIO".

ESTRUCTURA FAMILIAR	NUCLEAR SIMPLE	101	42%	
	NUCLEAR NUMEROSA		1	0%
	NUCLEAR AMPLIADA		10	4%
	BINUCLEAR		9	4%
	EXTENSA		85	35%
	MONOPARENTAL		25	10%
	SIN FAMILIA		9	4%
TOTAL		240	100%	

FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

GRAFICA 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS FAMILIAS POR ESTRUCTURA FAMILIAR.



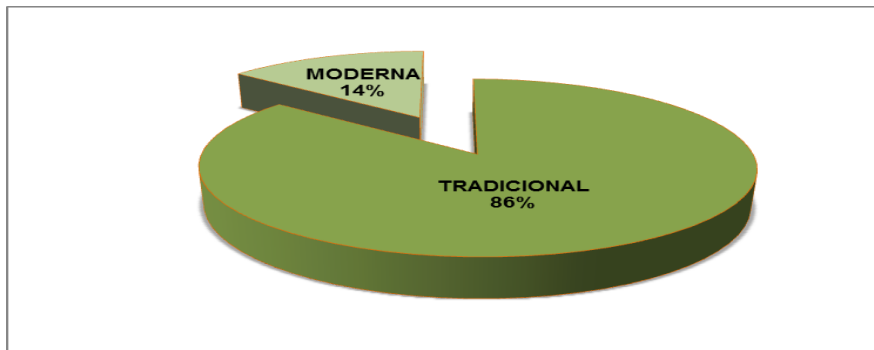
FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

TABLA 3. FAMILIAS TRADICIONALES Y MODERNAS ENCONTRADAS DENTRO DE LA UNIDAD 33 “EL ROSARIO”.

		TOTALES	100%
DESARROLLO FAMILIAR	TRADICIONAL	206	86%
	MODERNA	34	14%
TOTAL		240	100%

FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

GRAFICA 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CADA FAMILIA POR DESARROLLO FAMILIAR ENCONTRADA EN LA UMF 33 “EL ROSARIO”.



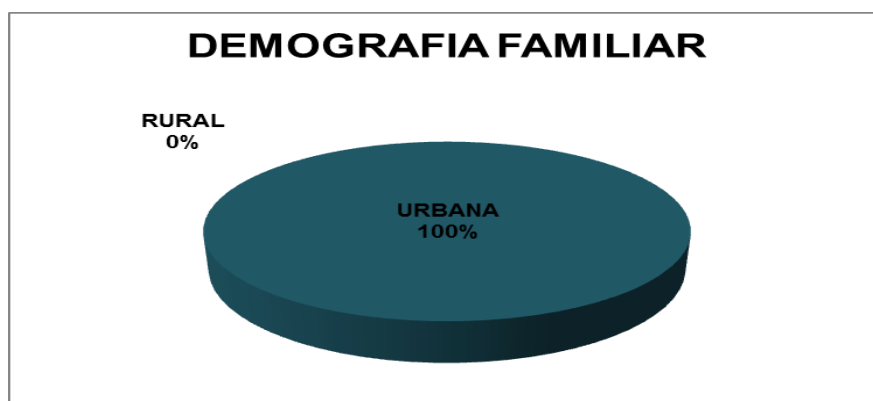
FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

TABLA 4. POBLACIÓN URBANA DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA.

DEMOGRAFIA FAMILIAR	RURAL	0	0%
	URBANA	240	100%
	TOTAL	240	100%

FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

GRAFICA 4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS FAMILIAS URBANAS.



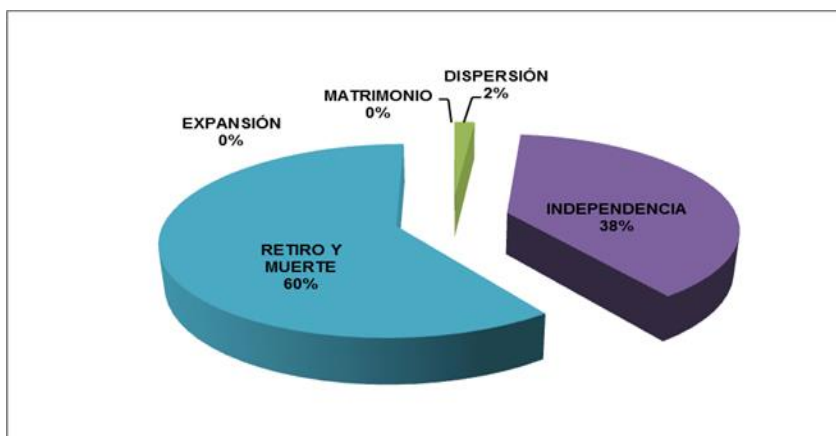
FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

TABLA 5. PORCENTAJE DE ETAPAS DEL CICLO VITAL SEGÚN GEYMAN EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA.

CICLO VITAL FAMILIAR		TOTALES	100%
	MATRIMONIO	0	0%
	EXPANSIÓN	0	0%
	DISPERSIÓN	4	2%
	INDEPENDENCIA	92	38%
	RETIRO Y MUERTE	144	60%
	TOTAL	240	100%

FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

GRAFICA 5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO AL CICLO VITAL FAMILIAR.



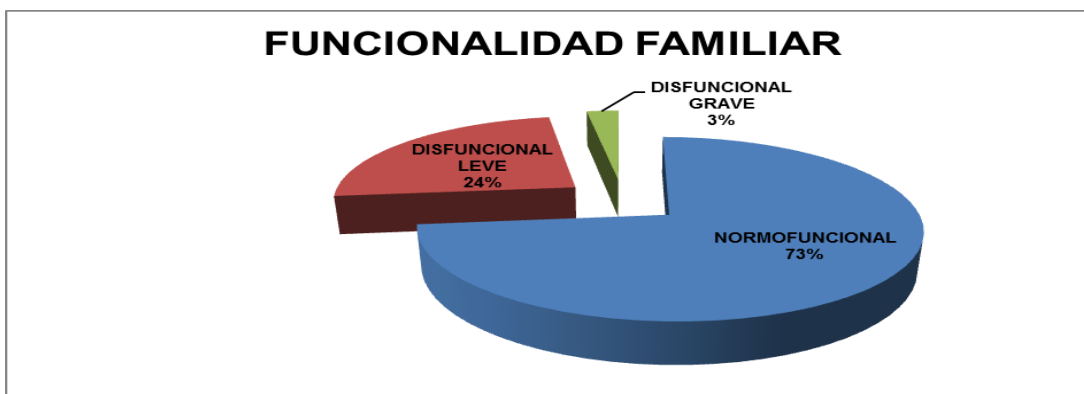
FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

TABLA 6. RESULTADOS DE APLICACIÓN DE APGAR FAMILIAR.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	TOTALES		100%
	NORMOFUNCIONAL	176	73%
DISFUNCIONAL LEVE	58	24%	
DISFUNCIONAL GRAVE	6	3%	
TOTAL	240	100%	

FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

GRAFICA 6. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE APLICACIÓN DEL APGAR FAMILIAR



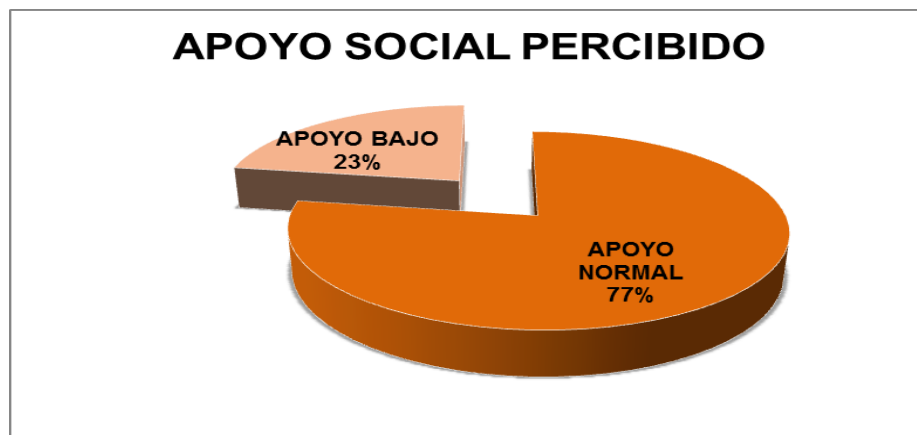
FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

TABLA 7. APOYO SOCIAL EN LA POBLACIÓN HIPERTENSA.

		TOTALES	100%
APOYO SOCIAL PERCIBIDO	APOYO NORMAL	186	78%
	APOYO BAJO	54	23%
TOTAL		240	100%

FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

GRAFICA 7. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL EN LAS FAMILIAS HIPERTENSAS.



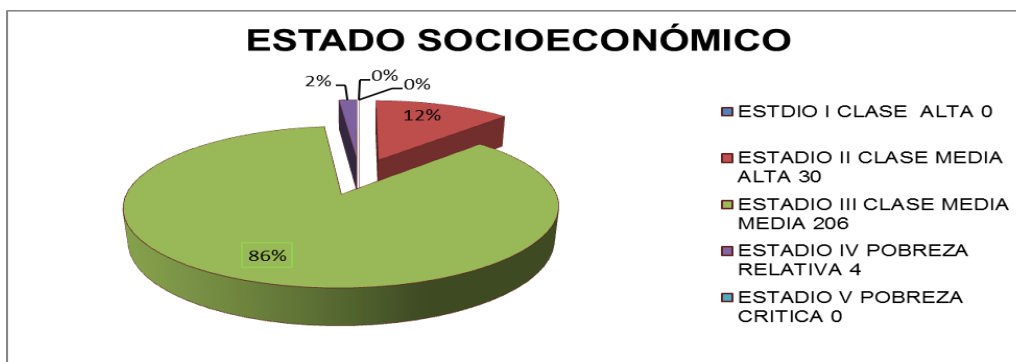
FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

TABLA 8. ESTADO SOCIOECONÓMICO.

		NO. PACIENTE	100%
NIVEL SOCIOECONOMICO	ESTADIO I CLASE ALTA	0	0%
	ESTADIO II CLASE MEDIA ALTA	30	12%
	ESTADIO III CLASE MEDIA MEDIA	206	86%
	ESTADIO IV POBREZA RELATIVA	4	2%
	ESTADIO V POBREZA CRITICA	0	0%
TOTAL		240	100%
		TOTALES	100%

FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

GRAFICA 8. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEACUERDO A NIVEL ECONÓMICO.



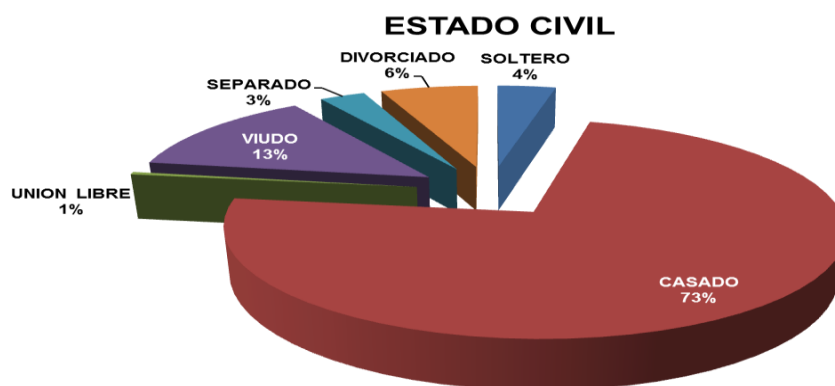
FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

TABLA 9. ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS EN ESTUDIO.

		TOTALES	100%
ESTADO CIVIL	SOLTERO	9	4%
	CASADO	176	73%
	UNION LIBRE	1	0%
	VIUDO	32	13%
	SEPARADO	7	3%
	DIVORCIADO	15	6%
	TOTAL	240	100%

FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

GRAFICA 9. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL.



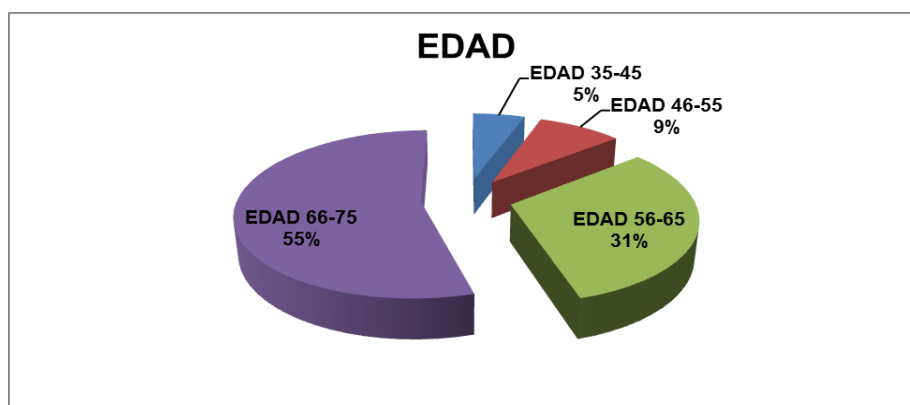
FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

TABLA 10. DISTRIBUCIÓN DE EDADES EN LA POBLACIÓN HIPERTENSA DE LA UMF 33 EL “ ROSARIO”.

		No. paciente	100%
EDAD	35-45	13	5%
	46-55	21	9%
	56-65	75	31%
	66-75	131	55%
	TOTAL	240	100%

FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

GRAFICA 10. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GRUPO DE EDAD.



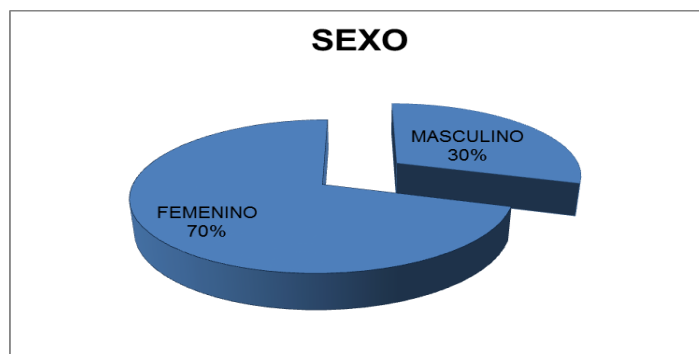
FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

TABLA 11. DISTRIBUCIÓN POR SEXO EN LA POBLACIÓN HIPERTENSA DE LA UMF 33 “EL ROSARIO”.

		NO. PACIENTE	100%
SEXO	MASCULINO	71	30%
	FEMENINO	169	70%
	TOTAL	240	100%

FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014

GRAFICA 11. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL.



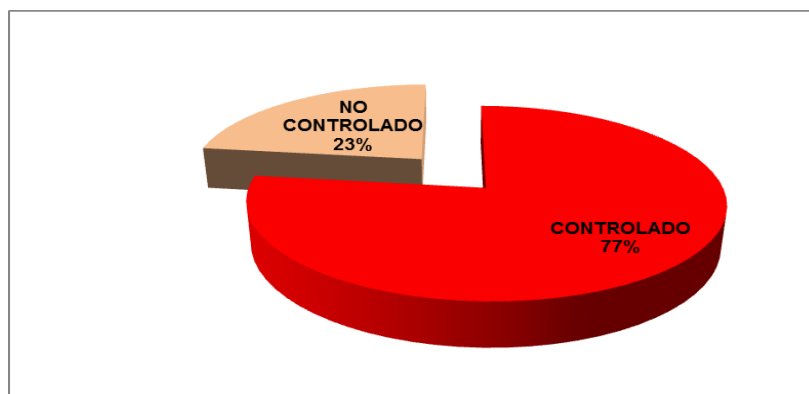
FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014

TABLA 12. PACIENTES CONTROLADOS EN LA POBLACIÓN HIPERTENSA DE LA UMF 33 "EL ROSARIO".

CONTROL TERAPEUTICO	CONTROLADO	TOTALES	
			100%
	CONTROLADO	185	77%
	NO CONTROLADO	55	23%
	TOTAL	240	100%

FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014

GRAFICA 12. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL CONTROL TERAPEUTICO.



FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014

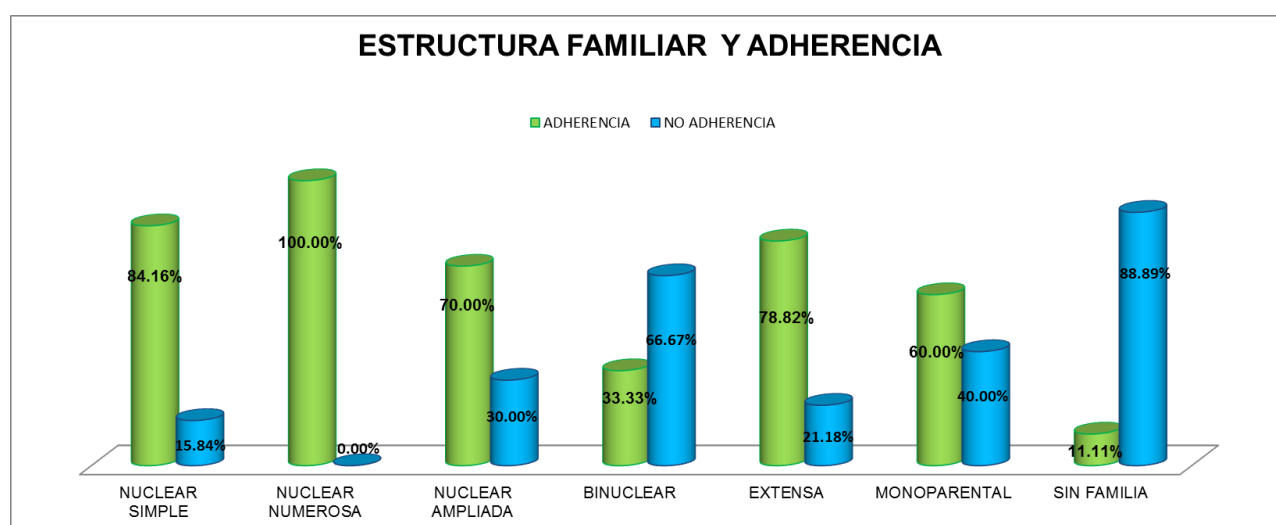
TABLA 13. DISTRIBUCIÓN FAMILIAR POR ESTRUCTURA Y PORCENTAJE DE ADHERENCIA.

100%

ESTRUCTURA FAMILIAR	NUCLEAR SIMPLE	NUCLEAR NUMEROSA	NUCLEAR AMPLIADA	BINUCLEAR	EXTENSA	MONOPARENTAL	SIN FAMILIA	TOTAL	PORCENTAJE
ADHERENCIA	85	1	7	3	67	15	1	179	75%
NO ADHERENCIA	16	0	3	6	18	10	8	61	25%
TOTAL	101	1	10	9	85	25	9	240	100%

FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014

GRAFICA 13. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ESTRUCTURA FAMILIAR SEGÚN ADHERENCIA TERAPEUTICA.



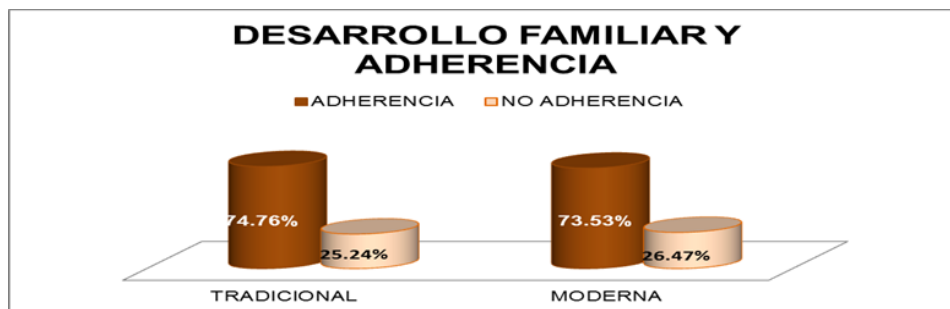
FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014

TABLA 14. DISTRIBUCIÓN POR DESARROLLO FAMILIAR SEGÚN ADHERENCIA TERAPEUTICA.

DESARROLLO FAMILIAR	PORCENTAJE DESARROLLO FAMILIAR		
	TRADICIONAL	MODERNA	TOTAL
ADHERENCIA	75%	74%	75%
NO ADHERENCIA	25%	26%	25%
TOTAL	100%	100%	100%

FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014

GRAFICA 14. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ADHRENCIA PARA FAMILIAS MODERNAS Y URBANAS.



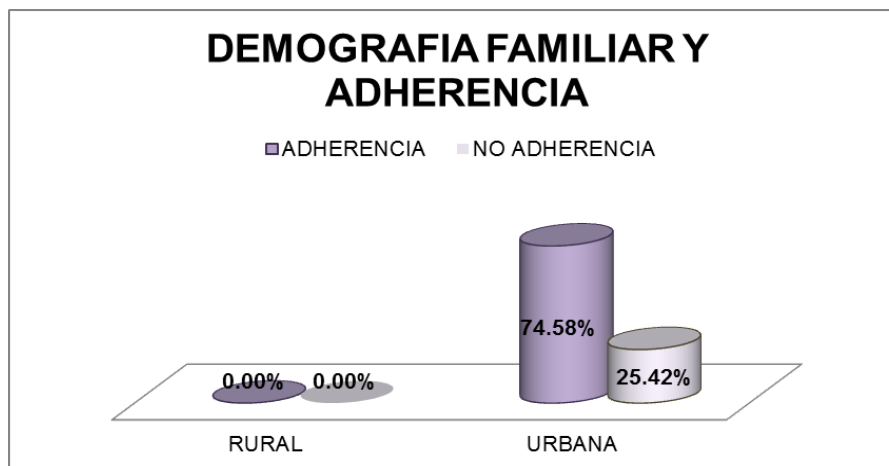
FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014

TABLA 15. DISTRIBUCIÓN DEMOGRAFICA SEGÚN ADHERENCIA TERAPEUTICA.

DEMOGRAFIA FAMILIAR	RURAL	URBANA	TOTAL	PORCENTAJE
ADHERENCIA	0	179	179	75%
NO ADHERENCIA	0	61	61	25%
TOTAL	0	240	240	100%

FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014

GRAFICA 15.DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE FAMILIAS URBANAS ADHERIDAS.



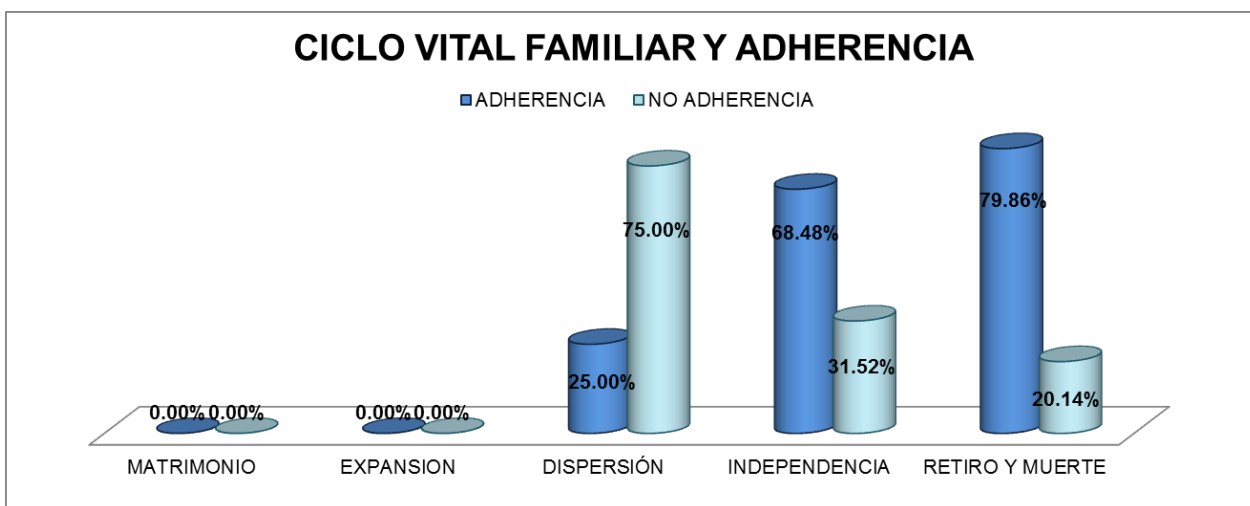
FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014

TABLA 16. DISTRIBUCIÓN DE ADHERENCIA TERAPEUTICA SEGÚN CICLO VITAL FAMILIAR.

CICLO VITAL FAMILIAR	MATRIMONIO	EXPANSION	DISPERSIÓN	INDEPENDENCIA	RETIRO Y MUERTE	TOTAL	PORCENTAJE
ADHERENCIA	0	0	1	63	115	179	75%
NO ADHERENCIA	0	0	3	29	29	61	25%
TOTAL	0	0	4	92	144	240	100%

FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014

GRAFICA 16. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE FAMILIAS EN ADHERENCIA SEGÚN SU CICLO VITAL.



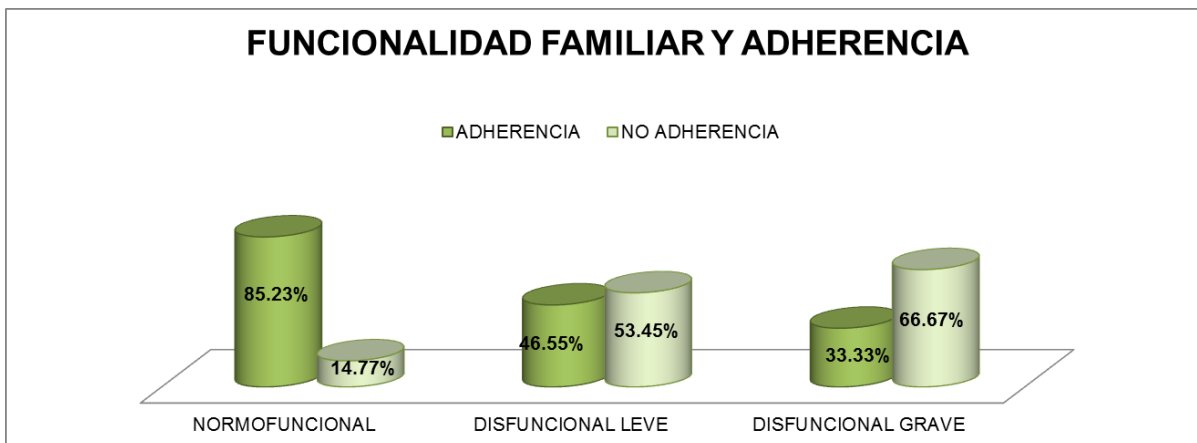
FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014

TABLA 17. DISTRIBUCIÓN DE FAMILIAS POR FUNCIONALIDAD SEGÚN ADHERENCIA TERAPEÚTICA.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	NORMOFUNCIONAL	DISFUNCIONAL LEVE	DISFUNCIONAL GRAVE	TOTAL	PORCENTAJE
ADHERENCIA	150	27	2	179	75%
NO ADHERENCIA	26	31	4	61	25%
TOTAL	176	58	6	240	100%

FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014

GRAFICA 17. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ADHERENCIA POR FUNCIONALIDAD FAMILIAR.



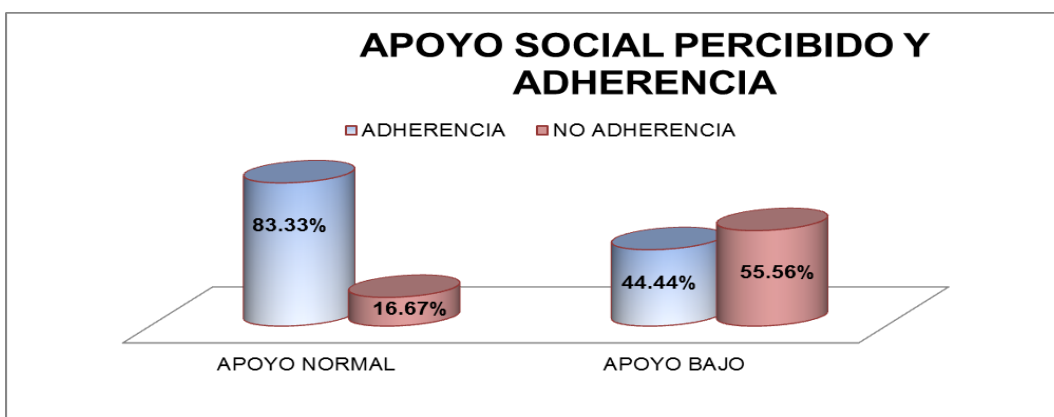
FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014

TABLA 18. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS ADHERIDOS SEGÚN EL APOYO SOCIAL PERCIBIDO.

				100%
APOYO SOCIAL PERCIBIDO	APOYO NORMAL	APOYO BAJO	TOTAL	PORCENTAJE
ADHERENCIA	155	24	179	75%
NO ADHERENCIA	31	30	61	25%
TOTAL	186	54	240	100%

FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014

GRAFICA 18. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ADHERENCIA POR FUNCIONALIDAD FAMILIAR.



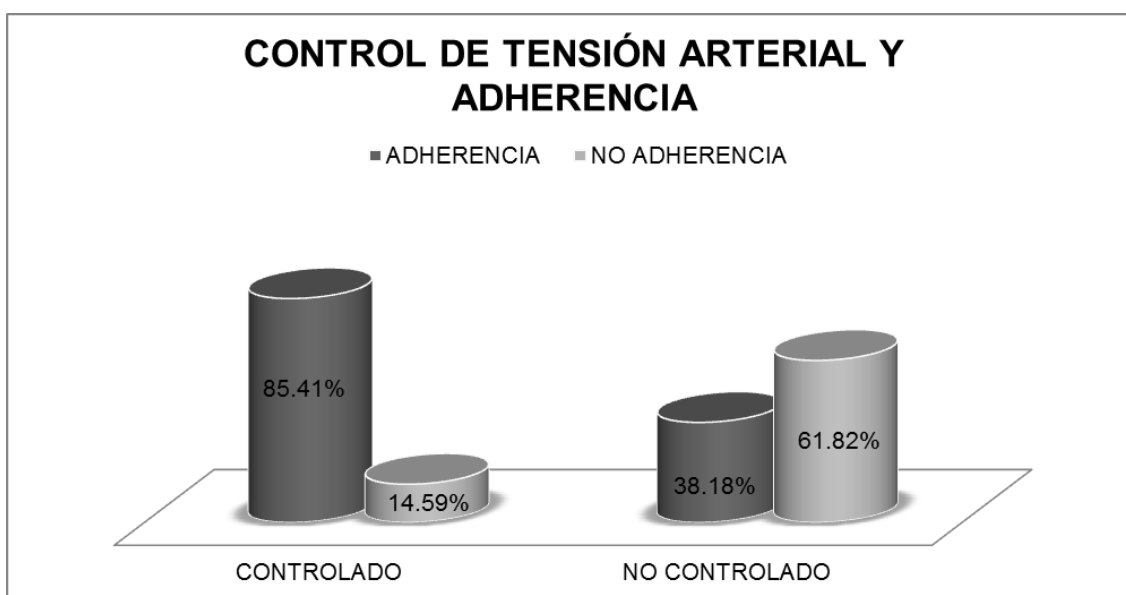
FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014

TABLA 19. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CONTROLADOS EN ADHERENCIA TERAPEUTICA.

CONTROL DE TENSIÓN ARTERIAL	CONTROLADO	NO CONTROLADO	TOTAL	100% PORCENTAJE
ADHERENCIA	158	21	179	75%
NO ADHERENCIA	27	34	61	25%
TOTAL	185	55	240	100%

FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014

GRAFICA 19. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES CONTROLADOS O NO SEGÚN ADHERENCIA TERAPEUTICA.



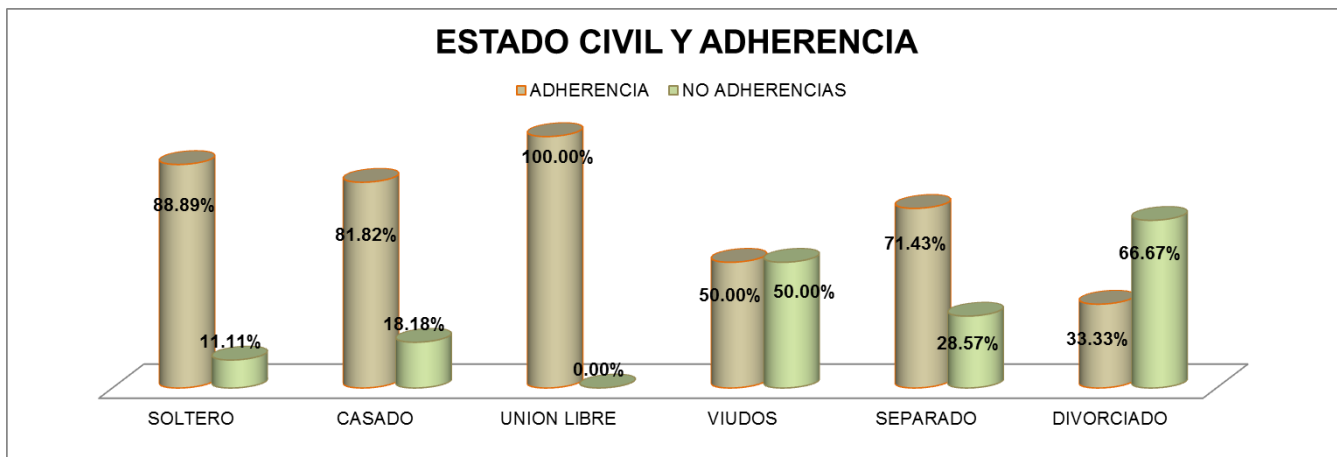
FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014

TABLA 20. DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL SEGÚN ADHERENCIA TERAPEUTICA.

ESTADO CIVIL	SOLTERO	CASADO	UNION LIBRE	VIUDOS	SEPARADO	DIVORCIADO	TOTALES	PORCENTAJE
ADHERENCIA	8	144	1	16	5	5	179	75%
NO ADHERENCIAS	1	32	0	16	2	10	61	25%
TOTAL	9	176	1	32	7	15	240	100%

FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014

GRAFICA 20. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES HIPERTENSOS ADHERIDOS SEGÚN SU ESTADO CIVIL.



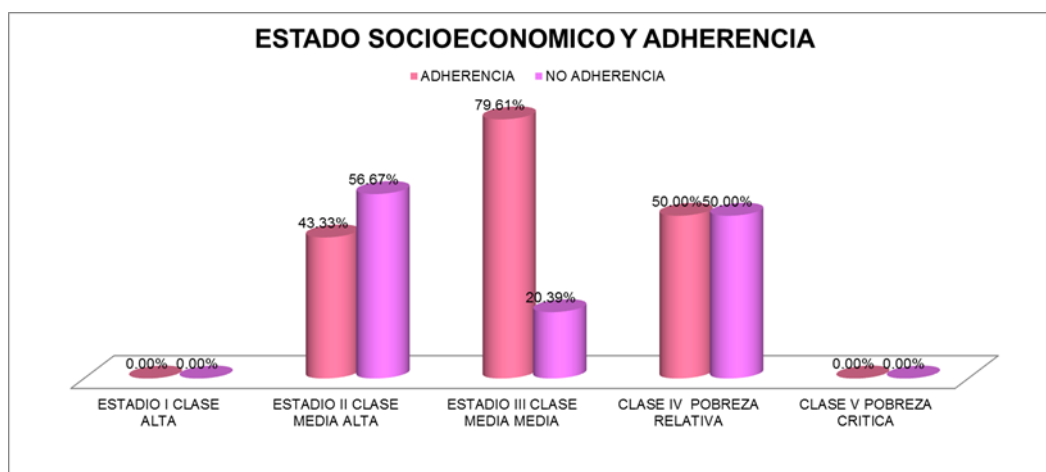
FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014

TABLA 21. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES EN ADHERENCIA SEGÚN ESTADO SOCIOECONÓMICO.

ESTADO SOCIOECONÓMICO	ESTADIO I CLASE ALTA	ESTADIO II CLASE MEDIA ALTA	ESTADIO III CLASE MEDIA MEDIA	CLASE IV POBREZA RELATIVA	CLASE V POBREZA CRITICA	TOTALES	PORCENTAJE
ADHERENCIA	0	13	164	2	0	179	75%
NO ADHERENCIA	0	17	42	2	0	61	25%
TOTALES	0	30	206	4	0	240	100%

FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014

GRAFICA 21. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES EN ADHERENCIA POR ESTADO SOCIOECONÓMICO.



FUENTE: Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014

DISCUSIÓN.

El presente estudio de tipo no experimental, de encuesta transversal, observacional, prospectivo, transversal, descriptivo en un grupo de pacientes con hipertensión arterial sistémica de la UMF 33 “El Rosario” tuvo como objetivo el conocer los factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica en la UMF No. 33 “El Rosario”, para lograr identificar aquellos que pueden influir en la adherencia al tratamiento, y que ello nos permitan conocer el entorno en el que viven los pacientes e intervenciones que favorezcan el control de los mismos.

En primer lugar se encontró que la mayoría de los pacientes hipertensos se encuentran adherentes al tratamiento en un mayor porcentaje, siendo del 75% (179), mientras que un 25% (61) no están adheridos, datos similares a los encontrados por *Rodríguez H, Pérez H, et al* en su investigación sobre cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en donde se reportó que el 68.3% de los hipertensos cumplen con el tratamiento farmacológico, mientras que el 31.7% no lo cumplen.

En lo referente a la estructura familiar, la familia predominante es la nuclear simple con un 42% (101), en segundo lugar la familia extensa 35% (85), en tercer lugar la familia monoparental 10% (25), cuarto lugar nuclear ampliada 4% (10), en porcentajes similares encontramos la familia binuclear 4% (9) y sin familia 4% (9), como se describe en la literatura obtenido en el estudio de *Menéndez Villalva C, et al*, en donde la tipología familiar prevalente es la nuclear en un 64.3%, probablemente por la planificación familiar que se promueve en la familias derechohabientes de la unidad, sin embargo la familia extensa también ocupa un gran porcentaje, manteniendo un vínculo generacional, conviviendo en el mismo hogar más de dos grupos generacionales, siendo en su mayoría cónyuges y sus hijos y/o padres e hijos casados. En lo que respecta a la adherencia terapéutica la familia nuclear simple tiende a adherirse más con un 84%, lo cual en la literatura refiere ser estas familias las que al contar con menor número de integrantes, siendo estos hijos se tiende a tener mejor apego terapéutico, esta familia es seguida por la extensa cuyos miembros tienen mayor adherencia en un 79%, sin embargo los pacientes que no tienen familia o en familia binuclear al no contar con más redes de apoyo tienden a estar no adheridos siendo un 89% sin familia no adheridos y binucleares 67%, cabe destacar en este aspecto, el estudio realizado por *Menéndez et al*, en donde se menciona que los pacientes hipertensos con familias no nucleares presentan 3,87 veces más posibilidades de no acudir a las citas de control de la HTA respecto de los individuos con familias nucleares. La familia monoparental en donde hay un solo cónyuge y sus hijos la mayor parte está en adherencia 60% y sólo un 40 % en no adherencia, así como la familia nuclear ampliada 70% y en no adherencia 30%.

El desarrollo familiar en donde se observó gran porcentaje fue el de las familias tradicionales en un 86% (206) encontrando sólo un 14% (34) para las familias modernas, predominando aquellas familias en donde el padre es el proveedor de recursos económicos. Al realizar el análisis encontramos que al ser las familias tradicionales predominantes en su mayoría se encuentran adheridas 75% y sólo un 25% no adherida, mientras que las familias modernas también en su mayoría se encuentran en adherencia 74% y en no adherencia 26%, podemos decir que no se presenta lo referido por *Menéndez V, et al* en donde se menciona que la familia moderna condiciona que sus papeles estén organizados de tal modo que limitan la capacidad de esta para proporcionar el apoyo emocional necesario en este tipo de enfermedades crónicas,

condicionando mal apego terapéutico, aquí observamos que ambas familias tienen mayor adherencia terapéutica, por lo que no influye el desarrollo social en la adherencia.

Al ser la población estudiada con un total de habitantes mayor a 5,000 habitantes, contando es su mayoría con recursos de agua, luz, drenaje y por las características de los alrededores en los que se ubica la clínica, contamos en su mayoría con una población 100% urbana, por lo que el porcentaje de adherencia está en un 100%; cabe mencionar que según Taboada et al en su estudio en el que menciona que la familia moderna urbana condiciona que sus papeles estén organizados de tal modo que limitan la capacidad de esta para proporcionar el apoyo emocional necesario en este tipo de enfermedades crónicas, condicionando mal apego terapéutico, sin embargo es necesario realizar una comparación con la población rural.

Al valorar el ciclo vital familiar, tomando en cuenta que este es un sistema abierto, pudiendo vivir al mismo tiempo una o dos etapas, ya que estas no son fijas y presentan etapas evolutivas de acuerdo a cada uno de sus miembros, se encontró que estas familias según el autor Geyman se encuentran en su mayoría en retiro y muerte 60% (144), seguidas por independencia 38% (92), siendo en su mayoría familias integradas por adultos mayores pensionados, con alguna enfermedad crónica degenerativa, con hijos ya en formación de nuevas familias. Cabe mencionar, que no se encontraron familias en las primeras dos etapas, ya que en su mayoría son familias que tienen más de un año de haberse formado, con hijos en etapa de adultez, siendo sólo en dispersión un 2% (4). En lo que respecta a adherencia el ciclo vital en donde se presenta mayor adherencia es en la etapa de retiro y muerte con un 80% mientras que sin adherencia sólo 20%, en segundo lugar se ubica a la etapa de independencia siendo en adherencia 68% y en no adherencia el 32%, siendo en la etapa de dispersión los que se encuentran menos adheridos en un 75% y en adherencia sólo el 25% un paciente, lo cual es muy diferente a lo encontrado por Taboada B, et al en donde se ha encontrado a los enfermos crónicos no controlados en las fases terminales del ciclo vital familiar; (independencia, retiro y muerte), aquí observamos a la etapa de dispersión menos adherida quizá por el ciclo vital al que están enfrentando, teniendo mayor responsabilidad y probable descuido por tener en su composición hijos adolescentes.

Al realizar la evaluación sobre la funcionalidad familiar, se observa en primer lugar familias Normofuncionales 73% (176), en segundo lugar con disfunción leve 24% (58) y pocas familias en Disfunción grave con sólo un 3% (6), con lo cual se corrobora una alta capacidad del sistema familia para enfrentar y superar crisis que ayuden al individuo a tener mejor adherencia en su tratamiento. En lo referente a la adherencia las familias funcionales se encuentran en mayor adherencia con un 85% y sólo un 15% en no adherencia, mientras que al presentar alguna disfunción leve tienden a estar en no adherencia en un 53%, sólo en adherencia 47% y en disfunción grave solo un 33% en adherencia frente a un 67% en no adherencia, estudio similar al encontrado por *Edelstein y Lin (1985)* el cual menciona que los pacientes con un mejor control metabólico perciben a sus familias como poco conflictivas, bien organizadas y orientadas hacia logros. *Pérez M, Leal H* encontró que un 13% de los pacientes hipertensos presentan un mejor cumplimiento, los pacientes mal cumplidores tienen mayor porcentaje de disfunción familiar (43% vs 12%). Estudio realizado en el IMSS, UMF N. 8 por *Gutiérrez C.*, sobre adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 encontró que 118 (47.2%) con apego terapéutico, 131 (52.4%) sin apego al tratamiento. Se analizó el apego terapéutico en relación con la familia funcional encontrando el 63

(25.2%) con familia funcional y apego terapéutico, 55 (22.0%) con familia no funcional y apego terapéutico, 15 (6.0%) con familia funcional sin apego y 116 con familia no funcional sin apego terapéutico, concluyendo que pacientes con familias funcionales presentan mayor apego terapéutico, mientras que los pacientes de familias disfuncionales no tiene apego terapéutico. En la UMF No. 33, existe un estudio de tesis realizado en el 2006 por *Álvarez A.*, en donde de los 256 pacientes en estudio que reciben apoyo familiar alto 157 (61%) si presentan apego al tratamiento, mientras que el 99 (39%) no presentan apego al tratamiento. Finalmente de un 21 pacientes que reciben apoyo familiar bajo solamente 3 (14%) si presentan apego al tratamiento, mientras que 18 (86%) no presentan apego al tratamiento.

La mayor parte de los pacientes en estudio refieren un apoyo social percibido normal en un 78% (186) y sólo un 23% (54) en apoyo bajo, siendo este un factor importante que influye en la adherencia terapéutica, que al ser el mayor porcentaje encontrado incide en el adecuado cumplimiento de las prescripciones médicas y una mejor adherencia terapéutica, pues en apoyo normal se encontraron adheridos 83% y no adheridos 17%, mientras que en apoyo bajo se encontraron adheridos 24 (44%) y no adheridos 30 (56%) de los pacientes con hipertensión arterial sistémica, similar al estudio encontrado por *Olvera A.* y *Salazar* realizaron una investigación en donde se estudió la asociación entre adherencia terapéutica y apoyo familiar en personas hipertensas, en donde se concluyó que el apoyo familiar es un factor importante para el éxito del tratamiento, destacando que ni las cuestiones económicas, edad, nivel académico o estado civil actúan como limitantes para ello. *Ahumada A., Pupko B, et al* analizaron la percepción del apoyo familiar en un grupo de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y su relación con la adhesión a los tratamientos médicos el 74.8% expresó que su familia los apoya siempre, el 18.4% expreso que solo a veces y el 6.8% consideró que nunca era apoyado, el 73.9% dijo que su familia no se fastidiaba con ellos por la dieta o los cuidados especiales, 21.7 consideró que esto ocurría a veces y el 4.2% dijo percibirlo siempre, con lo anterior se concluyó que el apoyo familiar favorece la adherencia al tratamiento a través de cumplimiento de pautas de autocuidado en pacientes con DM2.

Con respecto al estado civil predominante son los pacientes casados en un 73% (176) de los cuales la mayoría 82% (144) se encuentran en adherencia y solo un 18% (32) pacientes no están adheridos, por lo que se confirma que los pacientes que viven solos se adhieren menos, como lo encontrado por *Ahumada M y col*, niveles de adherencia al tratamiento antirretroviral en Chile, encontrando que los pacientes que presentan mayor apoyo social tienen mejor adherencia al tratamiento antirretroviral. La satisfacción percibida del apoyo de la pareja se asoció con el seguimiento del tratamiento prescrito, por lo que los pacientes casados al tener pareja se adhieren más, sin embargo los 9 pacientes solteros tienen un nivel de adherencia bueno, probablemente al encontrarse más al pendiente de sus necesidades diarias.

El estado socioeconómico presente en las familias hipertensas es en su mayoría un clase Media Media 86%, siendo su adherencia 80% y en no adherencia 20%, seguida de la familia clase Media Alta 12% siendo en adherencia 43% y en no adherencia 57%, en donde en este estadio es mayor la no adherencia, sin embargo el estadio con Pobreza relativa 2% la adherencia y no adherencia está presente en forma similar 50%, lo cual es diferente a lo referido en la literatura en donde se comenta que los países en desarrollo las familias con un bajo nivel socioeconómico están sujetas a tener que elegir entre

cumplir sus necesidades básicas como alimentación y vestuario, versus la adquisición de medicamentos que el sistema de salud no puede cubrir presentando menor adherencia.

La edad de los pacientes en estudio de 35-45 años 13(5%) , de 46-55 años 21(9%), de 56 a 65 años 75 (31%), de 66 a 75 años 131(55%) , se encuentra con una población en su mayoría envejecida, por la transición demográfica que nos encontramos viviendo.

El sexo de los pacientes en estudio fue en su mayoría pacientes del sexo femenino 169 siendo un 70%, mientras que sexo masculino 71 pacientes siendo un 30%, prevaleciendo el sexo femenino, el cual tiende a acudir en su mayoría a las consultas médicas, teniendo una mejor prevención que los hombres.

En lo referente al control terapéutico se encontró controlados 185 (77%) pacientes y en adherencia 158 (85%) y en no adherencia a 27 (15%) pacientes. No controlados 55 (23%) pacientes y en adherencia 34 (62%) pacientes, siendo la mayoría controlados y en adherencia, por lo que el control terapéutico influye en la adherencia.

CONCLUSIONES.

Dentro de los factores asociados a adherencia se encontraron los siguientes: familia nuclear simple, tradicional, urbana, en fase de retiro y muerte, con funcionalidad normal, apoyo social percibido normal y estado socioeconómico clase media media. Los factores asociados a no adherencia son encontrarse sólo sin familia, moderna, en fase de dispersión, en disfunción familiar, apoyo percibido bajo, estado socioeconómico clase media alta. Habiéndose cumplido los objetivos previamente establecidos en la investigación, haciendo una comparación en la literatura previamente mencionada.

Los factores familiares encontrados en el estudio permite que el médico familiar al identificarlos logre intervenir más en estos, apoyando a aquellas familias en las que no se identifiquen dichos factores para lograr una actuación temprana, incorporando a sus integrantes en las actividades de acercamiento del paciente, en las consultas que se lleven a cabo con el médico familiar, en las visitas domiciliarias, en las actividades de educación para la salud, con el fin de conocer la dinámica familiar, estableciendo relaciones empáticas, solidarias y de integración con el paciente, lo que permita adquirir conocimientos sobre la patología y sus implicaciones en la vida diaria, motivándolos en la creación de un sostén social de apoyo y funcionalidad familiar. Es necesario que el equipo esté capacitado en el uso de herramientas que nos permitan identificar y valorar la calidad del aporte de la familia para poder interceder en aquellos factores implicados en la adherencia, sin embargo es el primer estudio realizado en la unidad sobre factores familiares, por lo que se sugiere continuar una línea de investigación en donde se tengan en cuenta factores como edad, sexo, estado civil para realizar un abordaje más completo del tema, del mismo modo realizar su aplicación en una población rural y realizar una comparación.

Con los resultados obtenidos se podrían realizar estrategias educativas en el primer nivel de atención, en las que se integre al paciente y su familia dentro de un programa de autocuidado, en donde tanto él como su familia aprendan a vivir con su enfermedad, implementando acciones de apoyo, medidas higiénico dietéticas en las que todos se hagan partícipes para ayudar a una adecuada adherencia terapéutica en cada paciente con Hipertensión Arterial Sistémica.

La mayor parte de nuestros pacientes hipertensos se encuentran controlados y en adherencia, lo que muestra que la adherencia es un factor primordial para lograr las metas de control establecidas por el profesional de salud, ayudando a mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes en la unidad y evitando las comorbilidades asociadas, un elevado gasto asistencial y farmacéutico al enfermo, además de los costos e implicaciones para la unidad médica. Igualmente, la comorbilidad de la Hipertensión Arterial Sistémica genera discapacidades que deterioran, no sólo la calidad de vida de los individuos, sino también la de las familias, por lo que al estar nuestros pacientes adheridos y controlados se encuentran en menor riesgo de complicaciones, sin embargo hay un porcentaje considerable de pacientes no controlados por baja adherencia terapéutica, cuyo objetivo será interceder para lograr en ellos el control y la adherencia

por parte del médico familiar, poniendo énfasis en los factores familiares encontrados para lograrlo.

Se sugiere para la realización de estudios próximos, se cuente con una muestra de pacientes más grande para tener resultados más fiables. Realizar un estudio comparativo en donde se comparen factores asociados a adherencia y a no adherencia, en donde se pueda ejemplificar las diferencias encontradas y proponer estrategias de acción en los resultados obtenidos. Del mismo modo hacer mención de otras variables como la edad, las creencias, en la enfermedad la depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad, de la terapéutica tratamientos complejos, costo elevado, efectos secundarios y la mala relación médico paciente por mencionar algunos que sería importante para lograr un mejor abordaje por el médico familiar hacia su paciente hipertenso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Velázquez M O, Rosas P M, Lara E A, Pastelin H G. Hipertensión Arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA), 2011 [citado 12 mayo 2012]; 1(1): [12 pantallas]. Disponible en: URL: http://www.insp.mx/ensa/ensa_tomo2.pdf.
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadística a propósito del día Mundial de la Salud. Aguascalientes, 2013 [citado 14 mayo 2012]; 3(1): [24 pantallas]. Disponible en: URL: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/salud0.pdf>
3. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SNVE). Boletín Epidemiológico 2011; 22(28):34-59.
4. Barquera S, Campos S, Hernández L, Rojas R, Jiménez A, Rosalba. Encuesta Nacional de salud y Nutrición 2012. Hipertensión Arterial en Adultos Mexicanos: importancia de mejorar el diagnóstico oportuno y el control [citado 22 Junio 2012]; 12(1): [23 pantallas]. Disponible en: URL : <http://ensanut.insp.mx>
5. ARIMAC. Unidad de Medicina Familiar Número 33. El Rosario.
6. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención México: Secretaria de Salud, 2009.
7. Soria T R, Ávila D, Vega Z, Nava C. Estrés familiar y adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. Alternativas psicología 2012; (26): 76-83.
8. Rosas PM, Velásquez M, Pastelín H, Lara E, Tapia C, Attie F. Nueva visión de los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en México. Rev. Archivos de Cardiología de México 2004; 2(74): 164-178.
9. Jáuregui A R. Hipertensión Arterial Sistémica. Conceptos actuales. Acta médica grupo ángeles 2009; 7(1): 17-23.
10. Fodor G. "Is interview a reliable method to verify the compliance with antihypertensive therapy? An International Central-European study". Journal of Hypertension 2005; 23:1261-1266.
11. Resumen Integrado de la NOM-030-SSA2-2009 y Guía de Tratamiento farmacológico y Control de la HAS. Rev Mex Cardiol 2012; 23 (1): 4A-38A.
12. Ortiz PM, Ortiz P. Psicología de la Salud: Una clave para comprender el fenómeno de la Adherencia Terapéutica. Rev. Méd. Chile 2007; 135(2): 647-652.
13. Granados EE, Escalante E. Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. Liber 2010; 16(2):697-707.
14. Nieto, L. y Pelayo. "Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a ésta, como objeto de la psicología de la salud". Revista Académica e Institucional 2009; 85 (3): 61-75.
15. Holguín L, Correa D, Arrivillaga M, Cáceres D, Varela M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. Univ. Psychol. Bogotá (Colombia) 2006; 5 (3): 535-547.
16. Soria T R, Vega VZ, Saavedra VK. Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. Rev. Perú 2011; 17(2): 223-230.
17. Martín AL. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev. cubana de Salud pública 2004; 30 (4): 23-32.
18. Martín L A. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario [tesis de posgrado]. Colombia: Escuela Nacional de salud Pública; 2007.
19. Martín AL, Bayarre V, et al. Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. Rev. Cubana Salud Pública 2007; 33(3): 235-300.

20. Rodríguez CM, et al. Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizado en la práctica clínica. *Aten Primaria* 2008; 40(8):413-417.
21. Peralta ML y col. Adherencia al tratamiento. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2008; 17(3): 89-99.
22. Gerardo J Bauce, Miguel Acordovar. Cuestionario Socioeconómico a grupos familiares del distrito capital para investigaciones relacionadas con la Salud pública. *Rev.Inst. Nag.Hig "Rafael Rangel"* 2010; 41(4): 14-24.
23. D'anello et al. Relación médico paciente y adherencia al tratamiento. *Medula* 2009; 18(2) : 33-39
24. Márquez Contreras E, Gil Guillen V, Casado Martínez JJ, Martel Claros N, De la Figuera von Wichmann M, Martin de Pablos JL, et al. Análisis de los estudios publicados sobre el incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial en España entre los años 1984 y 2005. *Aten Primaria*. 2006; 38: 325–32.
25. Ortiz, M. y Ortiz, E. Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile* 2009; 135, 647-652.
26. Vega AO, González E. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enferm. Glob. Murcia* 2009; 16(5):2-12.
27. Martos M, Pozo C, Alonso E. Influencia de las relaciones interpersonales sobre la salud y la conducta de adherencia en una muestra de pacientes crónicos. *Boletín de Psicología* 2008; 93: 59-77.
28. Ciuellar F I. Deresch V. Validación del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 en personas cuidadoras. *RIDEP* 2012; 1(34):89-93.
29. Orueta R, Gómez C, Redondo S, Soto M, Alejandre G, López J. Factores relacionados con el incumplimiento a citas concertadas de un grupo de pacientes hipertensos. *Medifam* 2001; 11: 140-6.
30. Ortiz MT, Bernal L, Jiménez C. La salud familiar. Caracterización en un área de salud". *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999; 15(3):303-9.
31. Menéndez V, Martínez A, Fachado A. Variables familiares asociadas al incumplimiento de las citas programadas en pacientes con hipertensión arterial. *Aten Primaria*. 2003; 31 (4):273.
32. Huerta González José L. La familia como unidad de estudio en: *Medicina Familiar*. Editorial alfil S.A de C.V. 1ª edición, México 2005, p. 9-55.
33. Irigoyen Coria AE. *Medicina Familiar Mexicana en: Nuevos Fundamentos de la Medicina Familiar 3ª Ed, México* 2006; p.49-50, 153-176.
34. Taboada B, Balboa G. Estudio anual de una población diabética por el médico de familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000; 16 (1): 57-62.
35. Santacruz V J. La familia como unidad de análisis. *Rev. Med IMSS* 1983; 21 (4): 348-357.
36. Baena JM, Gómez FC, Vilató GM, Vásquez EJ, Byriam AL, Vidal-Solsona M. Registro del historial fármaco terapéutico de la historia clínica informatizada en pacientes con hipertensión arterial: un nuevo instrumento para valorar la adherencia terapéutica. *Aten Primaria*. 2011; 43: 336-42.
37. Velasco M L, Sinibaldi J. La diabetes mellitus y la familia. En: Velasco M L, Sinibaldi J. *Manejo del enfermo crónico y su familia Ed. Manual moderno*. México 2001; p. 195-219
38. Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar familiar. *Aten Primaria* 1996; 18(6): 289-96.
39. Enrique SG, Galeano E, Jaime O. Adherencia al tratamiento Implicaciones de la no adherencia. *D.C Acta Médica Colombiana* 2005; 30(4): 271-276.

40. Martin AL, et al. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos [tesis de posgrado]. Colombia: Universidad de Bogotá; 2011.
41. Carhuallanqui R, Cabrera G, Herrera J. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. Rev Med Hered [online]. 2010; 21 (4): 197-201.
42. Azzollini S, Pupko B, Victoria A. Diabetes importancia en la familia y el trabajo en la adhesión al tratamiento. Facultad de Psicología-UBA/ Secretaria de Investigaciones 2001; XVII: 323-330.
43. Ahumada M, Escalante E, Santiago I. Estudio preliminar de las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social con la adherencia al tratamiento de personas que viven con VIH/SIDA 2011; 15(1): 55-70.
44. Aguila D, Véliz M, Moya M. Factores Psicosociales que influyen en la no adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus. Interpsiquis 2012 [citado 28 septiembre 2012]; 18(3): [12 pantallas]. Disponible en: URL <http://hdl.handle.net/10401/5075>
45. Méndez LD, et al. Disfunción familiar y Diabetes Mellitus Tipo 2 Rev Med IMSS 2004; 42 (4): 281-284.
46. German RD. Disfunción y falta de apoyo familiar como factor desencadenante de descontrol glucémico del paciente con diabetes mellitus tipo 2 [tesis de posgrado]. México: Hospital general de Zona y Medicina Familiar No. 1: Colima; 2006.
47. Rodríguez M, Guerrero J, Romero M. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. Salud pública México 1997; 39(2): 2-6
48. Castañeda SO. y cols. apego farmacológico en pacientes con hipertensión arterial. Archivos en Medicina Familia 2008; 10(1): 43-45.
49. Gutiérrez CT. Disfunción Familiar en el paciente diabético [tesis de posgrado]. México D.F, Unidad de Medicina familiar No. 8 "Gilberto Flores Izquierdo": UNAM Univ. ; 2008.
50. Álvarez AE. Frecuencia de apoyo familiar para el apego al tratamiento en pacientes con DM tipo 2 usuarios de la UMF 33 [tesis de posgrado]. México D.F, Unidad de medicina familiar No. 33 "El Rosario": UNAM Univ. ; 2006
51. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LM. Niveles de medición. En: Hernández SR, Fernández CC, Baptista LM Metodología de la Investigación. 5ª Ed. México D.F. Edit. Mc Graw Hill, 2010. p 214-220.
52. Código Civil para el Distrito Federal. Disposiciones Generales: Capítulo I. Ed. Porrúa, 4ª Ed. México 2009. p. 35-53.
53. Ávila R, Aguilar G. Diccionario de la Lengua Española, 3ª edición. Edit. Trillas, México 2003. p. 12-46.
54. Martos M.J, Pozo C, Alonso E. Influencia de las relaciones interpersonales sobre la salud y la conducta de adherencia en una muestra de pacientes crónicos. Boletín de Psicología Jul 2008; 93(1): 59-77.

ANEXO 1

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	FACTORES FAMILIARES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL DE LA UMF 33 EL "ROSARIO"						
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno						
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina familiar No 33 "El Rosario". Del 1 de enero al 28 de febrero 2014.						
Número de registro:							
Justificación y objetivo del estudio:	CONOCER LOS FACTORES FAMILIARES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL DE LA UMF 33 EL "ROSARIO".						
Procedimientos:	Se realizaran una serie de preguntas dirigidas a los pacientes que se encuentren en las áreas de consulta de la UMF 33 el Rosario						
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer los factores familiares que influyen en la adherencia para mejorar el tratamiento e incidir en la familia como parte del tratamiento del enfermo con HAS						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	SI						
Participación o retiro:	SI						
Privacidad y confidencialidad:	SI						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):							
Beneficios al término del estudio:	Aumentar la adherencia terapeutica						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Dra. Mónica Sánchez Corona Mat. 99352132						
Colaboradores:	Dra. Cortes Sanchez Claudia Elena Mat. 99359104						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx							

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

ANEXO 2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 FACULTAD DE MEDICINA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
 UNIDAD DE MEDICNA FAMILIAR 33 “EL ROSARIO”



Cuestionario ex profeso

“FACTORES FAMILIARES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN LA UMF No. 33 EL ROSARIO.”

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas que aparecen en cada apartado, conteste marcando con un “X” la respuesta correcta.

Recuerde que este estudio es confidencial y los datos obtenidos serán para fines estadísticos de investigación. En caso de resultar útil la investigación se basa en principio de justicia y equidad. En lo referente a la publicación de resultados se apegará a las normas éticas, evitando fraudes o deshonestidad en la forma de presentar los resultados.

DATOS GENERALES.

1. ESTADO CIVIL:

SOLTERO ()

CASADO ()

UNION LIBRE ()

VIUDO ()

SEPARADO ()

DIVORCIADO ()

2. EDAD: 35-45_____

45-55_____

55-65_____

65-75_____

3. SEXO: MASCULINO_____

FEMENINO_____

4. NÚMERO DE HIJOS (QUE ACTUALMENTE VIVEN EN EL HOGAR):_____

SECCIÓN 1.

Conteste colocando una “X” los aspectos socioeconómicos de acuerdo a las características de su familia.

5. PROFESION DEL JEFE DE FAMILIA

1. Universitario

2. Técnico

3. Empleado sin profesión universitaria, con técnica media, pequeño comerciante

4. Primaria completa

5. Primaria incompleta

PUNTAJE ()

6. NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE

1. Enseñanza Universitaria o su equivalente

2. Técnica superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media

3. Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior

4. Enseñanza primaria o alfa beta

5. Analfabeta

PUNTAJE ()

7. PRINCIPAL FUENTE DE INGRESO DE LA FAMILIA.

1. Fortuna heredada o adquirida

2. Ganancias o beneficios honorarios profesionales

3. Sueldo mensual

4. Salario semanal, por día, entrada a destajo.
5. Donaciones de origen público o privado

PUNTAJE ()

8. CONDICIONES DE ALOJAMIENTO.

1. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambiente de gran lujo
2. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambiente de lujo sin exceso y suficiente espacio
3. Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
4. Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias.
5. Ranqueo o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

PUNTAJE ()

TOTAL OBTENIDO ()

ESTADIO I CLASE ALTA ()

ESTADIO II CLASE MEDIA ALTA ()

ESTADIO III CLASE MEDIA MEDIA ()

ESTADIO IV POBREZA RELATIVA ()

ESTADIO V POBREZA CRITICA ()

SECCION 2. ADHERENCIA TERAPEUTICA

Marque con una "X" la opción que más se asemeje a la manera de llevar a cabo su tratamiento.

SI

NO

1. ¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento

para su HTA?

2. ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?
3. Cuando se encuentra bien ¿Deja de tomarlos?
4. Si alguna vez le sientan mal ¿Deja de tomarlos?

ADHERENTE _____

NO ADHERENTE _____

SECCION 3. ESTRUCTURA DE LA FAMILIA.

Instrucciones: Marque con una "X" lo que corresponda a las características de su familia.

5. ¿Qué personas habitan en su casa?

Padre Madre Hijos Abuelos Tíos y/o sobrinos Otros

1. NUCLEAR SIMPLE ()

NUCLEAR NUMEROSA ()

NUCLEAR AMPLIADA ()

BINUCLEAR ()

1. EXTENSA ()

2. MONOPARENTAL ()

3. SIN FAMILIA ()

DESARROLLO DE LA FAMILIA:

14. ¿Trabaja el padre de familia? Si No

15. ¿Trabaja la madre de familia? Si No

1. TRADICIONAL ()

2. MODERNA ()

DEMOGRAFIA DE LA FAMILIA.

16. El lugar en donde vive su familia: Campo Ciudad

CICLO VITAL DE LA FAMILIA.

17. ¿Su familia tiene menos de un año de haberse formado?

Sí No

1. MATRIMONIO ()

18. ¿En este momento se encuentra esperando o recientemente nació su primer hijo?

Sí No

2. EXPANSION ()

19. ¿Los hijos que habitan la casa acuden a la escuela?

Sí No

20. ¿Los hijos se encuentran en la adolescencia?

Sí No

3. DISPERSION ()

21. ¿Alguno de los hijos de la familia ya se encuentran casados, o viven fuera de su casa? Sí No

4. INDEPENDENCIA ()

22. ¿Padece alguna enfermedad como Hipertensión, Diabetes, Enfermedad del corazón?

Sí No

23. ¿Se encuentra jubilado o pensionado?

Sí No

24. ¿Ha fallecido su cónyuge?

Sí No

5. RETIRO Y MUERTE ()

SECCION 4. FUNCIONALIDAD FAMILIAR

APGAR FAMILIAR

Marque con una "X" la respuesta que más se acerque a las características de su familia.

	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	2	1	0

2.	¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	2	1	0
3.	¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	2	1	0
4.	¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	2	1	0
29.	¿Siente que su familia le quiere?	2	1	0

TOTAL_____

NORMOFUNCIONAL()

DISFUNCIONAL LEVE ()

DISFUNCIONAL GRAVE ()

Casi siempre: (2 puntos); Algunas veces. (1 punto); Casi nunca: (0 puntos).

SECCION 5. APOYO SOCIAL PERCIBIDO

Marque con una "X" la respuesta que más se acomode a la manera en que percibe el apoyo que recibe de su familia.

MUCHO MENOS DE LO QUE DESEO	MENOS DE LO QUE DESEO	NI MUCHO NI POCO	CASI COMO DESEO	TANTO COMO DESEO
--	--	---------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

30. Recibo visitas de mis amigos y familiares

1. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa
2. Recibo elogios o reconocimientos cuando hago bien mi trabajo
3. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede
4. Recibo amor y afecto
5. Tengo la posibilidad de hablar con

alguien de mis problemas en el trabajo
o en la casa

6. Tengo la posibilidad de hablar con
alguien de mis problemas personales y
familiares
7. Tengo la posibilidad de hablar con
alguien de mis problemas económicos
8. Recibo invitación para distraerme y salir
con otras personas
9. Recibo consejos útiles cuando me
ocurre algún acontecimiento importante
en mi vida
10. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en
la cama

PUNTUACION TOTAL_____

APOYO NORMAL ()

APOYO BAJO ()

SECCION 6.

11. TENSION ARTERIAL DURANTE LA CONSULTA: _____

CONTROLADO: ____

NO CONTROLADO ____