



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA UNAM
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**“APOYO SOCIAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS
PACIENTES HIPERTENSOS DE LA UMF 28 GABRIEL MANCERA”**

T E S I S

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

**P R E S E N T A
DRA. JACQUELINE BAUTISTA ACOSTA**

**ASESORA
Dra. Karla Mayeli Román Rivera**

**CD. DE MÉXICO, D. F. FEBRERO 2015
No DE REGISTRO: R-2015-3609-3**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28 "GABRIEL MANCERA"

**"APOYO SOCIAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS
PACIENTES HIPERTENSOS DE LA UMF 28 GABRIEL MANCERA"**

ASESORA

DR(A) Karla Mayeli Román Rivera

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO. 28 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CD. DE MÉXICO, D. F. FEBRERO 2015

No DE REGISTRO: R-2015-3609-3



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28 "GABRIEL MANCERA"

**"APOYO SOCIAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES
HIPERTENSOS DE LA UMF 28 GABRIEL MANCERA"**

DRA. BAUTISTA ACOSTA JACQUELINE

AUTORIZACIONES

DRA. GLORIA MARA PIMENTEL REDONDO
DIRECTOR MEDICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO
COORDINADORA DE EDUCACION E INVESTIGACION
EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DRA. IVONNE ANALÍ ROY GARCIA
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.28
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

NO. DE REGISTRO: R-2015-3609-3



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3609
H GRAL REGIONAL NUM 1, D.F. SUR

FECHA 29/01/2015

DRA. KARLA MAYELI ROMAN RIVERA

P R E S E N T E

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

APOYO SOCIAL Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE LA UMF 28 GABRIEL MANCERA

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

Núm. de Registro
R-2015-3609-3

ATENTAMENTE


DR. (A). CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3609

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**“APOYO SOCIAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS
PACIENTES HIPERTENSOS DE LA UMF 28 GABRIEL MANCERA”**

AGRADECIMIENTOS

“A DIOS POR LA VIDA LA SALUD Y PONERME EN ESTE CAMINO”

“A MI MADRE LETICIA ,MI TÍA CARMEN MIS HERMANOS JAVIER Y
EDUARDO ASI COMO A TODA MI FAMILIA POR APOYARME POR CREER
EN MI POR ACOMPAÑARME POR QUE SON LOS PILARES DE MI VIDA
POR SE LA RAZON DE MI AGRADECIMIENTO EN ESTA VIDA Y SIN ELLOS
”

“A MI COMPAÑERO DE VIDA GENARO POR SU APOYO INCONDICIONAL”

“A MI ASESORA LA DRA KARLA POR TODA SU PACIENCIA Y ENSEÑANZA
POR SER MI EQUIPO EN ESTE TRABAJO”

“A LA DRA IVONNE ANALÍ ROY GARCIA DE FORMA ESPECIAL POR SER
LA MEJOR PROFESOR TITULAR Y NO EXISTEN SUFICIENTES PALABRAS
PARA DECIR GRACIAS”

“A TODOS LOS MEDICOS, PROFESORES QUE SIN ESPERAR NADA A
CAMBIO ESTAN INTERESADOS EN NUESTRA FORMACION EN
COMPARTIR SU SABIDURIA, POR QUE FUERON LAS PERSONAS
PERFECTAS Y NADIE PUDO HABERLO HECHO MEJOR ”

INDICE

RESUMEN.....	9
1. MARCO TEORICO	
1.1.0 ANTECEDENTES DEL TEMA.....	10
1.1.1 INTRODUCCION.....	10
1.1.2 MARCO TEORICO.....	11
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
1.3 JUSTIFICACION.....	22
1.4 HIPOTESIS.....	24
1.5 OBJETIVOS.....	25
1.5.1 OBJETIVO GENERAL.....	25
1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	25
2. MATERIAL Y METODOS.....	26
2.1 TIPO DE INVESTIGACION.....	26
2.2 POBLACION O UNIVERSO.....	26
2.3 MUESTRA.....	26
2.4 CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION.....	26
2.4.1 CRITERIOS DE INCLUSION.....	26

2.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSION.....	26
2.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACION.....	26
2.5 VARIABLES.....	27
2.5.1 DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.....	27
2.5.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	28
2.5.3 COVARIABLES	29
2.6 DISEÑO ESTADISTICO.....	29
2.7 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	29
2.8 METODO DE RECOLECCION DE DATOS.....	30
2.9 MANIOBRAS PARA EVITAR SESGOS.....	31
2.10 RECURSOS HUMANOS.....	31
2.10.1 RECURSOS MATERIALES.....	31
2.10.2 RECURSOS FISICOS.....	31
2.10.3 RECURSOS ECONOMICOS.....	32
2.11 CONSIDERACIONES ETICAS.....	32
3. RESULTADOS.....	34
4. DISCUSION.....	37
5. CONCLUSIONES.....	38

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA.....39

7. ANEXOS.....43



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

**“APOYO SOCIAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS
PACIENTES HIPERTENSOS DE LA UMF 28 GABRIEL MANCERA”**

AUTORA: Dra. Bautista Acosta Jacqueline, Médico residente de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar UMF 28, jacque_ba@hotmail.com, 5514518541.

ASESORA: Dra. Karla Mayeli Román Rivera, Médico Familiar adscrito a la UMF 28. kmrr5@yahoo.com.mx, 5591968619.

INTRODUCCIÓN: La hipertensión arterial (HTA) es uno de los factores de riesgo más importantes para padecer enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y falla renal que son otras importantes causas de mortalidad en México. Considerando la gran diversidad del arsenal terapéutico disponible actualmente para el manejo de la HAS, el éxito del tratamiento depende fundamentalmente de la adherencia al tratamiento, por lo que es necesario desarrollar estrategias dirigidas a determinar cuáles son los factores involucrados para que el paciente se adhiera al manejo; en este contexto, nos enfocaremos al apoyo social. **OBJETIVO:** Determinar la relación entre adherencia terapéutica y el apoyo social en los pacientes hipertensos de la Unidad Medico Familiar 28 Gabriel Mancera” **MATERIAL Y METODOS:** Tipo de estudio: Observacional, prospectivo, transversal comparativo. Se incluirán a pacientes derechohabientes adscritos a UMF 28, portadores de Hipertensión Arterial Sistémica. Material: Test de Morisky Green y Cuestionario MOS para evaluar la asociación entre apoyo social y adherencia terapéutica, encuesta de datos sociodemográficos. Para el cálculo de la muestra mínima representativa se utilizó la fórmula para población finita o sin reemplazo y de proporciones con un total de 271 pacientes. **ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.** El propósito estadístico de la investigación es determinar la relación entre el apoyo familiar y su relación con el control hipertensivo. Con base en las características de las variables se determina la siguiente forma de analizarlas: Apoyo Familiar: Cualitativa, ordinal. Se realizará tabla de distribución de frecuencias, mediana. Adherencia a tratamiento: Cualitativa nominal dicotómica. Tabla de distribución de frecuencias, porcentajes. Para la correlación entre 2 variables, considerando que la variable apoyo social es ordinal se utilizara la prueba U-MANN WHINNEY, con un valor de p significativo menor de 0.05. **RESULTADOS:** De 271 pacientes el sexo femenino el mayor porcentaje con un total del 71% de los pacientes incluidos, mientras que el 29% correspondieron a pacientes del sexo masculino del 75% de los pacientes con adherencia a tratamiento, 52% cuentan con apoyo familiar máximo. Y del 25% que no se encontraron con adherencia a tratamiento 20% se encontraron con apoyo familiar mínimo y tan solo el 7% con apoyo familiar máximo **CONCLUSIONES:** De un total de 271 pacientes el 75% se encontraron con adherencia a tratamiento y el 25% se encontraron con no adherencia a tratamiento el 60% resultaron con apoyo familiar máximo y 15% apoyo familiar mediano y 25% apoyo familiar mínimo.

PALABRAS CLAVE: Hipertensión Arterial, Apoyo Social, Adherencia al tratamiento.

1. MARCO TEORICO

1.1.0 ANTECEDENTES DEL TEMA

El manejo de la Hipertensión Arterial Sistémica incluye medidas de tratamiento farmacológico, ejercicio y dieta, por lo que su control adecuado depende del apego que se logre a las diferentes acciones prescritas. Sin embargo, ya que se requiere la adopción permanente de estas acciones el entorno familiar se puede modificar desfavorablemente, de manera que la adherencia al tratamiento se vincula de forma directa con el apoyo que los familiares otorgan al enfermo. (1)

La supresión en la dieta habitual de algunos alimentos y condimentos, la práctica de ejercicio cotidiano y la ingesta diaria de medicamentos que requiere el manejo integral de la HAS son objetivos difíciles de lograr sin una participación convencida de los enfermos y sus familiares, ya que implican modificaciones del estilo de vida, que no pueden lograrse sin la participación conjunta de la familia.

De esta forma, en el enfermo que acude a consulta con descontrol de la Hipertensión Arterial Sistémica deberían considerarse los aspectos relacionados con el entorno familiar, ya que los mismos, al ejercer una influencia significativa sobre la adherencia al tratamiento podrían ser una de las causas de la falla terapéutica. Los pacientes con hipertensión tienen un mayor grado de adherencia al tratamiento cuando reciben apoyo familiar, de lo que se desprende la necesidad de dirigir acciones de intervención orientadas al mejoramiento del entorno familiar, independientemente de las características de la familia.(1)

1.1.1 INTRODUCCION

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es un padecimiento frecuente y constituye uno de los principales problemas de salud pública. En la población urbana de México su prevalencia se estima en 25% y en la población rural varía de 13% al 21% (1).

El control adecuado de las cifras de presión arterial (PA) en los pacientes con HAS aumenta su esperanza y calidad de vida; sin embargo, uno de los problemas inherentes a su tratamiento es que la elevación de la PA no produce de manera habitual manifestaciones clínicas relevantes, por lo que el paciente puede tener la falsa impresión de que su enfermedad se encuentra controlada.

De esta manera, el fracaso de la terapia antihipertensiva es común y se relaciona sobre todo con la falta de adherencia al tratamiento, por lo que es prioritario desarrollar estrategias para determinar cuáles son los factores relacionados con ésta. En este contexto, 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 adherencia. (1)

1.1.2 MARCO TEORICO

DEFINICIÓN HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA

La Hipertensión arterial es el aumento de la resistencia vascular debido a vasoconstricción arteriolar e hipertrofia de la pared vascular que conduce a elevación de la presión arterial sistémica mayor o igual a 140/90 mmHg, de acuerdo a la Guía Europea para el manejo de la Hipertensión arterial. (2)

La hipertensión arterial sistémica constituye uno de los principales factores de riesgo modificables de enfermedad cardiovascular y se ha demostrado que la reducción de las cifras de presión arterial disminuye los índices de mortalidad y morbilidad cardiovascular.

La hipertensión arterial sistémica es una patología que reporta una prevalencia mundial del 26%, para el año 2025 se estima una prevalencia del 60%, sin tener en cuenta la pre hipertensión. (3)

La prevalencia actual de HAS en México es del 31.5% (IC 95% 29.8-33.1), y es más alta en adultos con obesidad (42.3%; IC 95% 39.4-45.3) que en adultos con índice de masa corporal (IMC) normal (18.5%; IC 95% 16.2-21.0), y en adultos con diabetes (65.6%; IC 95% 60.3-70.7) que sin esta enfermedad (27.6%, IC 95% 26.1-29.2). El 47.3% de los pacientes desconocen que padecía de HAS. Por grupos de mayor y menor edad, la distribución de la prevalencia de HAS fue 4.6 veces más baja en el grupo de 20 a 29 años de edad ($p < 0.05$) que en el grupo de 70 a 79 años. De los adultos con HAS diagnosticada por un médico, sólo 73.6% reciben tratamiento farmacológico y menos de la mitad de estos tiene la enfermedad bajo control. (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición; ENSANUT, 2012).

Es una patología claramente relacionada como principal factor de riesgo independiente y modificable para la insuficiencia cardíaca, infarto agudo al miocardio, enfermedad cerebrovascular, falla renal crónica, retinopatía, deterioro cognoscitivo, aterosclerosis periférica, razón suficiente para mejorar la detección, que esta sea temprana, mejorar el tratamiento a fin prevenir el daño en los órganos blanco y con esto lograr un mayor número de pacientes controlados.

La adherencia terapéutica deficiente es la causa más importante de la presión arterial no controlada. (4)

Ensayos clínicos han encontrado que el tratamiento de la hipertensión leve a moderada puede reducir el riesgo de accidente cerebrovascular de 30 a 43% y de infarto al miocardio 15%. Otras consecuencias costosas de la hipertensión no tratada también pueden prevenirse o reducirse al mínimo mediante un tratamiento eficaz.

Debido a lo anterior el enfoque de la patología deberá ser multidisciplinario, partiendo de una adecuada relación médico paciente, con el objetivo de

devolverle al paciente su salud a través de una adecuada adherencia terapéutica tanto al tratamiento farmacológico como al no farmacológico. (5)

TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento es evitar la expresión de la enfermedad, reducir las complicaciones causadas por ella e incrementar la duración y calidad de vida. Si bien la mayor ventaja se obtiene por la reducción del riesgo relativo se obtiene con el logro de las metas de presión arterial, se requiere ver al individuo como un todo e intervenir en forma global los factores de riesgo y las enfermedades coexistentes para obtener el máximo provecho (6).

El tratamiento de la Hipertensión Arterial sistémica debe tener como pilar a los procesos educativos, que lleven al paciente en particular, a su familia y a la sociedad en lo general a adoptar estilos de vida sana, puesto que las ventajas de llevarla son evidentes y son el único recurso realmente útil para poder modificar la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares y sus complicaciones, con el mejor costo-beneficio. (6)

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

En los pacientes con hipertensión arterial, las modificaciones en el estilo de vida, retrasan las complicaciones de la misma. Es conveniente realizar ejercicio aeróbico 30-60 min, al menos 3 a 5 días a la semana.

En pacientes con sobrepeso y obesidad, por cada 10kg de peso perdido disminuye la presión arterial de 5 a 10mmHg.

Los pacientes hipertensos bebedores deben recibir consejo para reducir el consumo de alcohol. El objetivo es reducir al menos el 60% de la ingesta inicial. En bebedores severos (Más de 2 UI/día para la mujer y más de 3 UI/día para el hombre), la reducción en el consumo de alcohol disminuye 3-4 mmHg la presión arterial sistólica y diastólica (7).

En el estudio Framingham, el consumo de alcohol pronosticaba el aumento de la Tensión Arterial, los niveles más elevados de TA se observaban en aquellos pacientes que consumían 6 o más unidades de alcohol diarias (1 unidad de alcohol equivale a 8-10 g de etanol o aproximadamente a media jarra de cerveza, un vaso de vino o una copa de licor). El efecto sobre la TA parece ser reversible: los ex bebedores presentan tensiones arteriales similares a las de los no bebedores.

El mecanismo presor del alcohol es desconocido. La caída de la TA que se produce al suspender el alcohol ocurre a las 24-48 horas. Esta rapidez de inicio y finalización del efecto presor puede involucrar al SNS, como frecuencia cardíaca y catecolaminas. También se ha postulado la secreción de adrenalina por parte de la glándula suprarrenal junto con la pérdida de sensibilidad de los barorreceptores y los efectos directos del alcohol sobre el tono y la capacidad de reacción de la musculatura lisa vascular.

También es importante que la apnea del sueño se asocia a hipertensión y que ésta es un fenómeno habitual en los individuos con un consumo de alcohol elevado y obesidad.

Se debe recomendar una dieta rica en frutas y verduras con alto contenido de potasio, en todos los pacientes con hipertensión arterial sin insuficiencia renal. El consumo excesivo de café (igual o mayor a 5 tasas al día) incrementa la presión arterial de 1 a 2 mmHg, tanto en pacientes hipertensos como no hipertensos.

La reducción de la presión arterial pos disminución de la ingesta de sodio es de mayor magnitud en pacientes mayores a 45 años que no reciben tratamiento farmacológico.

Debe promoverse la suspensión del hábito tabáquico, con la participación de grupos de apoyo y el consejo profesional. (7)

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

De acuerdo al JNC VIII las recomendaciones finales se pueden agrupar en tres categorías claramente definidas (8)

El primer grupo de recomendaciones se dedicó a la definición de las cifras meta que deben tratar de alcanzarse con el tratamiento antihipertensivo. En este aspecto la nueva guía se apartó de la tendencia que dirigió el manejo de la hipertensión por muchos años, que se basaba en la idea simple de que entre más baja la presión arterial obtenida con el tratamiento era mejor el pronóstico del paciente; ese concepto se aplicaba especialmente para los sujetos con diabetes o con enfermedad renal crónica (8). El JNC VIII recomienda una cifra meta simple: ajustar el tratamiento hasta alcanzar una cifra de presión arterial sistólica menor de 140 mm Hg y una presión diastólica menor de 90 mm Hg para todos los sujetos con hipertensión; la única excepción son los adultos mayores de 60 años, en quienes puede aceptarse una presión sistólica menor de 150 mm Hg.

La diferenciación en los adultos mayores se ha justificado a partir de un mayor riesgo de complicaciones derivadas del tratamiento antihipertensivo intenso en ese grupo etario. Una postura similar se adoptó en las guías europeas publicadas este mismo año, con la diferencia de que en ese caso la edad límite se estableció en 80 años. Es interesante que, aunque similares entre sí, este abordaje menos agresivo de la hipertensión arterial en los adultos mayores es conceptualmente contrario a las guías recientemente publicadas para el manejo del colesterol elevado que, al basarse en un estimador del riesgo cardiovascular global, sugieren el uso de dosis altas o moderadas de una estatina en una mayoría de los adultos mayores. El fundamento para esta diferente conceptualización parece estar sustentado en la relación de riesgos y beneficios para cada una de esas intervenciones terapéuticas.

El segundo grupo de recomendaciones se dirige hacia la elección del fármaco antihipertensivo. En este caso, el JNC limitó la elección del fármaco antihipertensivo inicial a cuatro fases terapéuticas: los diuréticos tipo tiazidas,

los bloqueadores de los canales de calcio, los inhibidores de la ECA y los antagonistas del receptor de angiotensina. Los mismos tipos de drogas deben considerarse en caso de ser necesaria la combinación de antihipertensivos. Esta selección está basada en los estudios aleatorizados que han demostrado reducción de los eventos clínicos asociados a la hipertensión. Otros tipos de antihipertensivos solo son recomendados cuando los primeros no sean suficientes para alcanzar la cifra meta de presión arterial o estén contraindicados. (8)

Los profesionales de la salud disponen de un amplio arsenal terapéutico y conocen los criterios higiénico-dietéticos que mantendrían los niveles arteriales dentro de la normalidad. La falta de observancia de la pauta terapéutica es común en todo proceso crónico. En el caso de la hipertensión arterial las cifras de no cumplidores alcanzan límites realmente preocupantes, tanto para el tratamiento farmacológico y para las medidas higiénico-dietéticas.

El tercer grupo de recomendaciones es la ADHERENCIA TERAPEUTICA.

La OMS la define como el grado en que el comportamiento de una persona, tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria (9).

Diversas investigaciones han evaluado la frecuencia de adherencia terapéutica, los cuales muestran frecuencias que van del 29 al 56% de los pacientes hipertensos. Castaño y colaboradores en 2012 encontraron una frecuencia de adherencia terapéutica del 45% a través de la aplicación del cuestionario Morinsky Green. (10)

La buena adherencia se ha asociado con mayor control de la presión arterial y reducción de las complicaciones de la hipertensión. Por ejemplo en un estudio las intervenciones de educación sanitaria para pacientes hipertensos dieron lugar a una mejoría del control hipertensivo y reducción significativa 53.2% de la tasa de mortalidad, en los pacientes que no se adhieren a su tratamiento existen 4.5 veces mayores posibilidades de presentar cardiopatía coronaria respecto a quienes si tienen adecuada adherencia. (11)

FACTORES QUE INTERFIEREN EN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA

La falta de adherencia al tratamiento puede explicarse por un número de factores particulares en el ambiente del cuidado de la salud, que hace difícil la comunicación efectiva entre el personal y el paciente. Algunos de estos factores son: La alta frecuencia de uso de términos médicos por los profesionistas de la salud, lo que hace difícil la comunicación entre el médico y el paciente, el personal de la salud pasa menos de dos minutos dando información del tratamiento al paciente; insatisfacción por la interacción personal de salud-paciente, el personal de salud sobreestima la importancia del tiempo que emplean en dar información al paciente. El régimen terapéutico constituye otra de las determinantes para el establecimiento de una adecuada adherencia terapéutica. Entre las características o aspectos que ejercen una

mayor influencia tenemos: olvidos simples en la toma del tratamiento, la complejidad, dosificación y los efectos secundarios de los tratamientos, estudios han demostrado que regímenes con mono dosis han mostrado mejores tasas de adherencia, otro factor importante asociado a la adherencia es la presencia de síntomas secundarios a la enfermedad, sin olvidar que la hipertensión al ser una enfermedad asintomática condiciona una menor adherencia terapéutica. Dentro de los factores psicosociales que influyen son: las creencias, actitudes, representación mental de la enfermedad así como el apoyo social y familiar. (12)

Dentro del estudio de la adherencia terapéutica es un tema fundamental para la salud de la población y la propia estabilidad familiar desde la perspectiva de la calidad de vida y la economía. Por ello se ha estudiado desde diferentes aspectos la problemática de la baja adherencia terapéutica, destacando entre otros factores el papel de la familia como red de apoyo social que favorece el cumplimiento desde el punto de vista de apoyo afectivo y material, incluso se dice que aquellos pacientes que viven solos son más propensos a sufrir hipertensión severa en caso de comparación con los que viven en familias extensas. (13,14, 15)

APOYO SOCIAL Y ADHERENCIA TERAPEUTICA

El apoyo social y familiar son factores importantes para la conservación y fomento de la salud, donde el éxito del tratamiento radica en la adherencia terapéutica, Olvera Y Salazar en 2009 encontraron el 63.3% de apoyo familiar en pacientes con adecuada adherencia terapéutica, con una r de Spearman de 0.643 ($p= 0.000$). (16)

En 2001 Marín y Rodríguez realizaron un estudio de casos y controles en pacientes hipertensos a fin de determinar el apoyo social en pacientes hipertensos con y sin adherencia terapéutica encontrando que el apoyo familiar era significativamente mayor en los pacientes con adherencia terapéutica con un puntaje promedio de 74 Vs un puntaje de 52 en pacientes sin adherencia terapéutica con un valor de $p<0.0002$. 72.5% de los pacientes con apego terapéutico tuvo apoyo familiar a diferencia del 30% en pacientes que no tuvieron apego al terapéutico. (17,18)

En 2013 Menéndez y Montes realizan un estudio para valoración de la influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial en el cual encuentran que la edad media de los pacientes fue de 63.51 años y el 66.1% fueron mujeres, la tipología familiar predominante fue la nuclear. El 30.2% de los pacientes refería baja red social (0-1 contactos sociales). El 22% presentó bajo apoyo funcional. Los hipertensos con redes sociales bajas presentaron un incremento de la tensión arterial sistólica de 9.59mmHg y 4.29mmHg en la diastólica con redes sociales más amplias. (19)

MEDICION DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA

La evaluación exacta del comportamiento de la adherencia terapéutica es necesaria para la planificación de tratamientos efectivos y eficientes, y para

lograr que los cambios en los resultados de salud puedan atribuirse al régimen recomendado.

En los países desarrollados, la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas promedia solo 50%, se supone que la magnitud y la repercusión de la adherencia terapéutica deficiente en los países en desarrollo son aún mayores, dada la escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención de la salud por lo que es importante realizar estudios en países como el nuestro.

A pesar de la disponibilidad de tratamientos eficaces, los estudios revelan que, en muchos países, menos del 25% de los pacientes tratados por hipertensión arterial logran una presión arterial óptima (20)

Teniendo en cuenta que en muchos países la presión arterial mal controlada representa una carga económica importante, mejorar la adherencia podría representar para ellos una posible fuente importante de mejoramiento sanitario y económico, desde el punto de vista social institucional y de los empleadores.

La adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción de cinco conjuntos de factores, denominados dimensiones por esta bibliografía, de las cuales los factores relacionados con el paciente solo son un determinante, la creencia común de que los pacientes se encargan exclusivamente de tomar su tratamiento es desorientadora y, con mayor frecuencia, refleja la concepción errónea sobre como los factores afectan el comportamiento de la gente y la capacidad de adherirse a su tratamiento.

En los pacientes con hipertensión, la adherencia a las recomendaciones de tratamiento tiene una repercusión principal sobre los resultados de salud y los costos de atención. En estudios realizados los pacientes se asignaron intervenciones que promueven la adherencia: la orientación del médico, el apoyo familiar para vigilar la toma de medicación las sesiones de grupo con asistente social o en un grupo de control. (21)

A pesar de existir un tratamiento eficaz, la mitad de los pacientes tratados por hipertensión abandona por completo la atención a partir del primer año del diagnóstico y, de los que permanecen bajo supervisión médica, solo 50% toma al menos 80% de sus medicamentos prescritos, aproximadamente 75% de los pacientes con diagnóstico de hipertensión no logran el control óptimo de la presión arterial.

La efectividad del tratamiento no farmacológico, como la reducción de la ingesta alimentaria de sal, la reducción de peso, la moderación de la ingesta de alcohol y la mayor actividad física para disminuir la presión arterial, ha sido demostrada por varios estudios.

En general, en grupos pequeños, bien supervisados y motivados de pacientes que reciben orientación sobre la restricción moderada de sal, la mayor parte siguió el régimen.

La adherencia a los regímenes de medicación a largo plazo requiere un cambio comportamental, que incluye aprendizaje y adoptar y mantener un comportamiento de toma de la medicación. Se ha hallado que las estrategias como proporcionar recompensas, recordatorios y apoyo familiar para reforzar el nuevo comportamiento, mejoran la adherencia en las enfermedades crónicas (22)

TEST DE MORISKY - GREEN

Se han propuesto diversas técnicas para la medición de adherencia al tratamiento farmacológico, entre ellas, la cuantificación directa del fármaco en sangre u orina, el conteo de tabletas, registros de farmacia y la entrevista con el paciente. De esta última, el cuestionario de Morisky-Green es un instrumento utilizado para evaluar el apego a la prescripción en enfermedades crónicas. Tiene la finalidad de valorar actitudes acerca del tratamiento. Si responde de forma incorrecta alguna de las cuatro preguntas se considera incumplidor. Consiste en una serie de 4 preguntas que han sido traducidas del original y adaptadas a nuestro medio:

1. ¿Se olvida usted de tomar alguna vez los medicamentos? Debería contestar NO
2. ¿Toma los medicamentos a la hora que hay que tomarlos? Debería contestar SI
3. ¿Cuándo se encuentra bien deja de tomar su medicación? Debería contestar NO
4. Cuando se siente mal ¿deja usted de tomarlas? Debería contestar NO

Alguna respuesta contraria se considera NO ADHERENCIA TERAPEUTICA

Este test cuenta con validez en México muestra un confiabilidad de 0.79. Valora actitudes del enfermo respecto al tratamiento; se calificaron como cumplidores los pacientes que respondieron correctamente a las cuatro preguntas que lo forman. En cuanto al valor predictivo positivo, el test que obtuvo un valor superior fue el test de Morisky-Green por lo que pensamos que podría ser una buena alternativa para identificar grupos de riesgo de no cumplimiento en atención primaria, ya que es un cuestionario corto, de fácil aplicación, y con escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión. No obstante, queda por aclarar y definir un perfil de paciente cumplidor, así como profundizar en un mejor conocimiento de los múltiples factores y sus interacciones, que acaban determinando el abandono las prescripciones terapéuticas (23,24).

ADHERENCIA TERAPEUTICA Y APOYO SOCIAL

La red social es el conjunto y la naturaleza de los contactos que establece un individuo. (25)

Además de ser un indicador de integración en la estructura social, influye en el estado de salud. Una red social más pobre se asocia con una peor salud subjetiva y una peor calidad de vida. (26)

El aislamiento social también se ha relacionado con la mayor mortalidad global y por enfermedades cardiovasculares, accidentes y suicidios. Además, los sujetos con menor apoyo social presentan peor pronóstico después de una enfermedad cardiovascular. (27)

En cuanto a la presión arterial (PA), varios estudios muestran que una mala red de apoyo social se asocia con valores más altos de presión. (28)

Entre las posibles explicaciones de este hallazgo se ha sugerido que el aislamiento social puede limitar la recepción de apoyo social (informativo, emocional o instrumental), y ello se asocia con una mayor presión arterial. (29)

A su vez, el menor apoyo social podría conducir hacia una menor adopción de hábitos de vida saludables y un peor cumplimiento de las recomendaciones médicas. También, una buena red social puede atenuar la respuesta cardiovascular ante situaciones de estrés y evitar la elevación de la PA acompañante. (30)

La relación entre la red social y la Hipertensión arterial en ancianos españoles es de interés porque la prevalencia de hipertensión arterial de la población española mayor o igual a 60 años es muy alta, y porque en los países mediterráneos como España se establecen tradicionalmente fuertes vínculos familiares que llevan al cuidado del anciano en el domicilio bajo la tutela de sus hijos o familiares y al mantenimiento de contactos con vecinos y amigos. Además, la relación entre apoyo social y presión arterial apenas se ha replicado en otros ámbitos distintos de los de los países mediterráneos (31)

MEDICION DE APOYO SOCIAL

El vínculo entre apoyo social y mejorías en la salud física está siendo reconocido ampliamente. Los hallazgos en investigaciones sustentan los efectos benéficos del apoyo social sobre la salud y el bienestar de las personas. (32)

El cuestionario de estudio de desenlaces médicos de apoyo social (MOS; Sherbourne y Stewart, 1991), diseñado como un cuestionario breve y auto-administrado en personas con enfermedades crónicas en los Estados Unidos, ha mostrado una adecuada variabilidad de los ítems. El instrumento evalúa los siguientes componentes: a) Red de apoyo social: esta variable evalúa el número de personas que conforma la red de apoyo social (amigos y familiares); b) Apoyo social emocional/informacional: definida como el soporte emocional,

orientación y consejos; c) Apoyo instrumental: caracterizado por la conducta o material de apoyo; d) Interacción social positiva: caracterizado por la disponibilidad de individuos con los cuales hacer cosas divertidas; y e) Apoyo afectivo: caracterizado por las expresiones de amor y afecto. (33)

Una de las investigaciones sobre la validación de la prueba MOS fue realizada en España por Costa y Gil (2007) en personas con cáncer. La muestra estuvo conformada por 400 pacientes ambulatorios. Se realizó el análisis unifactorial y se compararon las medias de las dimensiones del cuestionario con otras variables, tal como tamaño de la red social, sexo y edad. Del análisis factorial extrajeron 3 factores: apoyo emocional/informacional, apoyo afectivo y apoyo instrumental. La cuarta dimensión propuesta en la versión original del instrumento, interacción social positiva, la incluyeron dentro de la dimensión de apoyo emocional/informacional. En la comparación de medias de las dimensiones de la escala con el tamaño de la red social, sexo y edad, se concluyó que cuanto mayor es el tamaño de la red social mayor es la percepción de apoyo social que se recibe. Por otra parte, los hombres tenían la percepción de recibir más apoyo instrumental y emocional/informacional que las mujeres.

Gottlieb (citado por Barron, Lozano y Chacón, 1988) conciben el apoyo social como: “información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por los otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor”.

Además en el estudio, la edad no aportó diferencias respecto a la percepción del tipo de apoyo social que recibían. Por último, la investigación determinó que el cuestionario MOS de apoyo social es un instrumento válido para medir gran parte de la multidimensionalidad del constructo.

En California, Ashing-Giwa y Rosales (2012) realizaron un estudio transcultural con una muestra de pacientes mujeres sobrevivientes de cáncer de mama compuesto de 88 Afroamericanas y 232 Latinoamericanas (95 con altos niveles del inglés y 137 con bajos niveles del inglés). Administraron la prueba en inglés o en español.

El análisis estructural de la prueba MOS confirmó el modelo de 4 factores, con una explicación de la varianza de 84%. Encontraron que el componente de apoyo emocional explicó un porcentaje más grande de la varianza, mientras el componente de apoyo afectivo explicó un porcentaje menor. Cuando hicieron el análisis estructural en cada grupo, no había diferencias importantes en los resultados entre grupos, aunque los 4 factores explicaron menos varianza en el grupo de latinoamericanas con bajos niveles del inglés (81% vs. 89% en el grupo de latinoamericanas con altos niveles de inglés y 87% en el grupo de Afroamericanas). El instrumento ha sido validado en diferentes países y al ser un instrumento comprensible, de poco tiempo en su aplicación, y con altos índices de confiabilidad y validez, se considera una herramienta eficaz para evaluar el riesgo psicosocial en diversos ámbitos (Alonso, 2007; Costa y Gil, 2007; Rodríguez, 2007; Ruiz, 2005; Yu, 2004).

En la revisión realizada por Terol et al el cuestionario MOS-SSS (Medical Outcomes Study-Social Support Survey), propuesto y validado por Sherbourne y Stewart está adaptado y validado en población de lengua española para enfermedades crónicas: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes mellitus e hipertensión arterial. El cuestionario de apoyo social MOS puede considerarse como un instrumento completamente válido y confiable para detectar situaciones de riesgo social, e intervenir sobre las personas y los entornos sociales. (34)

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras $\geq 140/90$ ml/Hg (NOM-030-SSA2-1999). Es producto del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico.

La prevalencia actual de HAS en México 31.5% (IC 95% 29.8-33.1), y es más alta en adultos con obesidad (42.3%; IC 95% 39.4-45.3) que en adultos con índice de masa corporal (IMC) normal (18.5%; IC 95% 16.2-21.0), y en adultos con diabetes (65.6%; IC 95% 60.3-70.7) que sin esta enfermedad (27.6%, IC 95% 26.1-29.2). El 47.3% de los pacientes desconocen que padecía de HAS. Por grupos de mayor y menor edad, la distribución de la prevalencia de HAS fue 4.6 veces más baja en el grupo de 20 a 29 años de edad ($p < 0.05$) que en el grupo de 70 a 79 años. De los adultos con HAS diagnosticada por un médico, sólo 73.6% reciben tratamiento farmacológico y menos de la mitad de estos tiene la enfermedad bajo control. (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición; ENSANUT, 2012).

La hipertensión arterial es considerada como un predictor de morbimortalidad para enfermedades cardiovasculares, entre las que destacan la enfermedad cerebro vascular, el infarto del miocardio, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad arterial periférica y la insuficiencia renal. Para el control del paciente hipertenso, existe una gran variabilidad en el tratamiento farmacológico, en muchos casos, no se han instrumentado medidas no farmacológicas, y en un elevado porcentaje no existe un adecuado control de las cifras tensionales, con los consecuentes incrementos en el riesgo de daño en los órganos blanco, la discapacidad, los costos de la atención y su repercusión en la economía familiar, en los sistemas de salud y en el país. Proporcionar una herramienta eficiente a los médicos del primer nivel de atención, en la prevención (primaria y secundaria), el diagnóstico oportuno, detección temprana de complicaciones y el tratamiento adecuado de los pacientes con hipertensión. (35)

Cabe mencionar que una buena adherencia terapéutica es la clave para abordar los procesos crónicos. La adherencia terapéutica de los pacientes con HAS a su tratamiento farmacológico es muy escaso.

La adherencia terapéutica es un tema fundamental para la salud de la población y la propia estabilidad familiar desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía. Por ello se ha estudiado desde diferentes aspectos la problemática de la baja adherencia al tratamiento, destacando entre otros

factores, el papel de la familia como red de apoyo social que favorece el cumplimiento de la terapéutica, tanto desde el punto de vista de apoyo afectivo como material, incluso se dice que aquellos sujetos que viven solos son más propensos de sufrir de hipertensión severa en comparación con los que viven en familias extensas

Coincidiendo con Friedemann y con Marín Reyes en que la familia ejerce influencia en todos sus miembros para protegerlos de los cambios amenazantes, se ve reflejada esa relación directamente proporcional, es decir, entre más apoyo brinden los familiares, se verá reflejado en una mejor adherencia al tratamiento, ya sea de tipo farmacológico o no. Posteriormente esta situación esté influenciada por el hecho de que un gran porcentaje de personas hipertensas sean casadas, por lo tanto, tienen un apoyo tanto emocional, económico y de vigilancia en el tratamiento.

Según Mc Donald, los pacientes que tienen adherencia terapéutica, logran normalizar su presión arterial; con ello aumenta su esperanza de vida entre 5 a 9 años más que quienes no lo siguen adecuadamente. Las mujeres tienden a realizar una mejor adherencia en comparación con los hombres Meichenbaum y Turk identificaron algunas variables relacionados con las características del paciente, por ejemplo: la falta de comprensión de las indicaciones, apatía y pesimismo, no reconocer que se está enfermo o necesitado de medicación, la falta de apoyo social, desembolso económico. Otras relacionadas con la terapéutica como la supervisión inadecuada por parte de los profesionales, la forma de hacer las recomendaciones por parte del terapeuta, la complejidad del régimen terapéutico, y la empatía pobre con el paciente La falta de adherencia al tratamiento es un problema universal, ante lo cual los expertos se hallan incapacitados para predecir el porcentaje de cumplimiento.

Otro factor influyente en la adherencia es el apoyo moral e instrumental, proporcionado por familiares y amigos, donde un 67% reportan tenerlo siempre, 24% nunca y 9% a veces. Al evaluar la claridad en las indicaciones del médico y animar al paciente a seguir tratamiento, el 87% reporta que siempre, 11% a veces y 2% nunca. (36,37)

En México no se cuenta con evidencia suficiente respecto a la relación del apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo que en estudios de otros países sugiere mejorar el pronóstico de estos pacientes.

¿Cuál es la relación entre adherencia terapéutica y su asociación con el apoyo social en pacientes hipertensos de la UMF 28?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La hipertensión arterial es considerada como un problema de salud pública en México, que muestra una tendencia a crecer y que tiene una amplia distribución en todo el país. En la encuesta Nacional de salud 2000 este padecimiento mostró una prevalencia de 30.7% entre la población estudiada de adultos, lo que equivale a 15 millones de mexicanos la padece. La prevalencia actual de HAS en México es del 31.5%

Se estima a la Hipertensión Arterial como responsable de 35% de las muertes prematuras en la población y causa de incapacidad e invalidez permanente. Al tratarse de una enfermedad crónica y no curable sino sólo controlable, el costo de su atención es muy elevado debido al tratamiento farmacológico y la atención medica son de por vida.

Es una patología claramente relacionada como principal factor de riesgo independiente y modificable para la insuficiencia cardíaca, infarto agudo al miocardio, enfermedad cerebrovascular, falla renal crónica, retinopatía, deterioro cognoscitivo, aterosclerosis periférica, razón suficiente para mejorar la detección, que esta sea temprana, mejorar el tratamiento a fin prevenir el daño en los órganos blanco y con esto lograr un mayor número de pacientes controlados.

La adherencia terapéutica deficiente o mal seguimiento de la prescripción médica por parte del paciente, es la causa más importante de la presión arterial no controlada, lo que representa en la actualidad una de las mayores preocupaciones para los responsables de la atención a la salud de la población.

La deficiente adherencia al tratamiento por parte de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles tiene consecuencias adversas, principalmente para la salud del paciente, para el sistema de servicios de salud en lo relativo al incremento del costo económico y para la calidad de la atención de la salud de la población.

La Organización Mundial de la Salud (2010) ha estimado que los países desarrollados sólo la mitad de los enfermos crónicos siguen su tratamiento, situación que es aún más grave en los países en desarrollo por falta de la cobertura de los servicios de salud y los limitados recursos económicos, sociales y culturales de buena parte de la población.(38)

El tema del incumplimiento de las indicaciones médicas por parte de los pacientes constituye un problema referido por la mayoría de los profesionales de la salud. En especial se señalan grandes dificultades en el cumplimiento de los tratamientos de larga duración que deben seguir los enfermos con padecimientos crónicos como la diabetes, la hipertensión arterial, etc.

El régimen terapéutico constituye otra de las determinantes para el establecimiento de una adecuada adherencia terapéutica. Dentro de los factores psicosociales que influyen son: las creencias, actitudes, representación mental de la enfermedad así como el apoyo social y familiar.

El apoyo social y familiar 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. Cuando las recomendaciones incluyan cambios en los estilos de vida, el apoyo de otros y el refuerzo de los allegados puede ser especialmente necesario para iniciar y mantener los cambios.

La OMS plantea las siguientes dimensiones interactuantes que influyen sobre la adherencia terapéutica: además de los factores relacionados con el tratamiento, con la enfermedad y con el paciente, se incluye y destaca, la influencia de factores socioeconómicos y los relacionados con el sistema o el equipo que presta los servicios de salud. Señala que si bien, el nivel socioeconómico, no se detecta como un factor de predicción de la adherencia terapéutica, se atribuye un efecto considerable a cuestiones como la pobreza, el analfabetismo y el desempleo. En relación con el sistema de asistencia sanitaria, apuntan las consecuencias de servicios de salud poco desarrollados, deficiencias en la distribución de medicamentos, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento y para lograr el apoyo de la comunidad.

Desde el punto de vista psicosocial se destaca el papel de la familia como red de apoyo social que favorece el cumplimiento, tanto desde el punto de vista de apoyo afectivo como material y también como el paciente valora su papel dentro del grupo familiar y desea con su buen estado salud proteger su integridad y funcionamiento.

El motivo de tratar al paciente hipertenso no es librarle de una determinada sintomatología. Esta enfermedad no presenta síntomas específicos habitualmente. El objetivo del tratamiento antihipertensivo es la reducción de la morbilidad y mortalidad cardiovascular asociada a las cifras elevadas de presión arterial (PA) mediante una serie de medidas encaminadas a reducir las cifras de PA y a minimizar el impacto deletéreo de los factores de riesgo vascular asociados.

1.4 HIPOTESIS DE TRABAJO

En pacientes hipertensos sin adherencia terapéutica el apoyo social es bajo.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar el grado de apoyo social mediante el Test MOS en pacientes hipertensos de la UMF 28 sin adherencia terapéutica a través del test Morinsky Green.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el grado de adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos de la Unidad Medico Familiar No. 28 a través del test Morinsky Green.
- Conocer el grado de apoyo social mediante el Test MOS de pacientes hipertensos en la Unidad Medico Familiar No. 28 incluidos en este estudio.

2. MATERIALES Y METODOS

2.1 TIPO DE INVESTIGACION

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal, comparativo.

2.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

POBLACION O UNIVERSO

Pacientes adultos portadores de Hipertensión Arterial adscritos a la UMF 28

LUGAR

La presente investigación se llevó a cabo en la consulta externa, en aquellos pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Núm. 28. Gabriel Mancera del IMSS que cumplan con los criterios de inclusión de esta investigación

TIEMPO

Se llevará a cabo durante los meses de diciembre 2014, enero y febrero 2015

2.3 MUESTRA

Para el cálculo de la muestra mínima representativa se utilizó la fórmula para población conocida y de proporciones:

Con una $n=4430$ y una prevalencia del evento esperado del 75%, con un intervalo de confianza del 95%.

Muestra significativa estadísticamente de 271 pacientes.

2.4 CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION

2.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes adultos de 25 a 80 años de edad derechohabientes al IMSS

Pacientes que contaron con el registrado en la hoja de control del paciente hipertenso.

2.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes que contaron con alguna otra patología crónico degenerativa.

2.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Participantes que no llenaron de forma completa las encuestas de evaluación

2.5 VARIABLES

2.5.1 DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Variable Dependiente: ADHERENCIA TERAPEUTICA

- Definición conceptual: Grado en que el comportamiento de una persona , tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria
- Operativamente: La adherencia terapéutica será medida con el cuestionario de MORISKY GREEN auto aplicable. Respuesta dicotómica.

Consiste en una serie de 4 preguntas que han sido traducidas del original y adaptadas a nuestro medio:

1. ¿Se olvida usted de tomar alguna vez los medicamentos? Debería contestar NO

2. ¿Toma los medicamentos a la hora que hay que tomarlos? Debería contestar SI

3. ¿Cuándo se encuentra bien deja de tomar su medicación? Debería contestar NO

Y 4. Cuando se siente mal ¿deja usted de tomarlas? Debería contestar NO

- Alguna respuesta contraria se considera NO ADHERENCIA TERAPEUTICA

TIPO DE VARIABLE: Cualitativa, nominal, dicotómica

Variable Dependiente: APOYO SOCIAL

- Definición conceptual: El apoyo social, definido como proceso psicosocial, implica considerar que las formas en las que éste se dé y los significados y valores que se le atribuyan, sólo podrán ser comprendidos a la luz de un contexto socio histórico específico.
- **Operativamente: El apoyo social será medido con el cuestionario MOS.**
Auto aplicación. Consta de un cuestionario de 20 ítems.

El primer ítem informa sobre el tamaño de la red social. El resto de los ítems con forman cuatro escalas que miden:

- Apoyo emocional: ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16,17 y 19. Puntuación máxima: 40, media: 24 y mínima: 8.
- Ayuda material o instrumental: ítems 2, 3,12 y 15. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.
- Relaciones sociales de ocio y distracción: ítems 7, 11,14 y 18. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.
- Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño: ítems 6,10 y 20. Puntuación máxima: 15, media: 9 y mínima: 3.

El índice global máximo de apoyo social es de 94, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19

TIPO DE VARIABLE: Cualitativa, Ordinal. -

2.5.2 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo Variable	de Instrumento de medición	Parámetros
APEGO AL TRATAMIENTO	Cualitativa, nominal dicotómica	Test de Morisky Green	1.SI Adherencia terapéutica 2. NO Adherencia terapéutica
APOYO SOCIAL	Cualitativa ordinal	Test MOS	1. Apoyo Social es Escaso= inferior a 57 puntos. 2. Habrá Falta de Apoyo puntuación Sea menor a 24. 3. Habrá Falta de Apoyo puntuación Sea menor a 12. 4. Habrá Falta de Intera puntuación Sea menor a 12. 5. Habrá Falta de Apoyo Afectivo= puntuación sea

Menor a 9.

2.5.3 COVARIABLES

Variable	Tipo de Variable		Parámetros
Sexo	Cualitativa	Nominal	1) Masculino 2) Femenino
Edad	Cuantitativa	Nominal	1) 30a 40 años 2) 40 a 50 años 3) 50 a 60 años 4) 60 y más años

2.6 DISEÑO ESTADÍSTICO

El propósito estadístico de la investigación fue determinar la relación entre el apoyo familiar y su relación con la adherencia terapéutica. Con base en las características de las variables se determinó la siguiente forma de analizarlas:

-Apoyo Familiar: Cualitativa, ordinal. Se realizó tabla de distribución de frecuencias, mediana.

-Adherencia al tratamiento: Cualitativa nominal dicotómica. Tabla de distribución de frecuencias, porcentajes.

ANALISIS ESTADISTICO

Para la correlación entre 2 variables, considerando que la variable apoyo social es ordinal se utilizó la prueba U-MANN WHINNEY, con un valor de p significativo menor de 0.05.

2.7 INSTRUMENTOS PARA RECOLECCION DE DATOS

1. Test de MORISKY GREEN-. Instrumento validado en español para México, auto aplicable que consta de 4 preguntas para evaluar el apego a la prescripción en enfermedades crónicas. Tiene la finalidad de valorar actitudes acerca del tratamiento. Consiste en una serie de 4

preguntas que han sido traducidas del original y adaptadas a nuestro medio:

1. ¿Se olvida usted de tomar alguna vez los medicamentos? NO
2. ¿Toma los medicamentos a la hora que hay que tomarlos? SI
3. ¿Cuándo se encuentra bien deja de tomar su medicación? NO
4. Cuando se siente mal ¿deja usted de tomarlas? NO

Si responde de forma incorrecta (contrario a lo especificado previamente) alguna de las cuatro preguntas se considera incumplidor.

2.-Cuestionario MOS: Cuestionario breve y auto-administrado en personas con enfermedades crónicas. Validado en México. El primer ítem informa sobre el tamaño de la red social. El resto de los ítems con forman cuatro escalas que miden:

- Apoyo emocional: ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16,17 y 19. Puntuación máxima: 40, media: 24 y mínima: 8.
- Ayuda material o instrumental: ítems 2, 3,12 y 15. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.
- Relaciones sociales de ocio y distracción: ítems 7, 11,14 y 18. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.
- Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño: ítems 6,10 y 20. Puntuación máxima: 15, media: 9 y mínima: 3.

El índice global máximo de apoyo social es de 95, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19

VALORES	MÁXIMO	MÍNIMO	MEDIO
Emocional	40	8	24
Instrumental	20	4	12
Interacción social	20	4	12
Afectivo	15	3	9
Índice global	95	19	57

2.8 MÉTODO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

- 1 Se recurrió al censo de ARIMAC para determinar la población con hipertensión arterial adscritos a la unidad de Medicina Familiar Núm. 28, para calcular la muestra significativa.
- 2 Posterior a la aprobación por el SIRELCIS. En consulta externa se identificara a los pacientes que tengan diagnóstico de Hipertensión

Arterial Sistémica corroborado en el expediente y cuentan con hoja de control de paciente con Hipertensión Arterial Sistémica.

- 3 Se explicó el objetivo del estudio y se solicitará la participación con firma de la carta de consentimiento informado.
- 4 El autor dió al paciente el test de Morisky Green y Cuestionario MOS para ser auto aplicable en un tiempo máximo de 30 minutos, guardando la confidencialidad de los pacientes.
- 5 Se supervisó el correcto llenado de los datos.
- 6 En lo pacientes sin apego a tratamiento se reforzaron medidas no farmacológicas, se explicaron complicaciones de una mala adherencia terapéutica se promovió asistir mensualmente a citas de control. Se enviaron a Trabajo Social y a grupo de apoyo para pacientes Hipertensos
- 7 Los resultados fueron proporcionados al médico familiar del paciente con diagnóstico de hipertensión arterial promoviendo medidas farmacológicas y no farmacológicas con el objetivo de prevenir complicaciones propias de la hipertensión arterial

2.9. MANIOBRAS PARA CONTROLAR O EVITAR SESGOS.

- La aplicación de los instrumento de evaluación se llevó a cabo por la investigadora a cada paciente con los criterios de inclusión y exclusión ya mencionados
- El anonimato de los pacientes fue conservado en todo momento
- Durante la aplicación de cada uno de los instrumentos la investigadora no indujo a los pacientes a ninguna respuesta.
- Al finalizar la investigadora corroboró el requisitado completo y correcto de cada uno de los instrumentos

2.10 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO

2.10 Humanos: Investigador - encuestador

2.10.1 Materiales:

- Test MORISKY GREEN // CUESTIONARIO MOS
- Hojas de consentimiento informado.
- Encuesta de datos sociodemográficos.
- Concentrado de aplicación del examen.
- Lápices, sacapuntas, borradores, computadora
- Internet, impresora.

2.10.2 Físicos:

- Consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del IMSS
- Programa SPSS V.20 en español

2.10.3 Económicos:

El financiamiento de todos estos recursos fue materializado por la investigadora.

2.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, expedida por la Secretaria de Salud en el año de 1987, en su título 2º, capítulo 1: artículo 17.

Categoría 1; Se considera INVESTIGACIÓN SIN RIESGO, debido a que es un estudio que utiliza técnicas y métodos de investigación documental retrospectivo y observacional en la que no realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participarán en el estudio.

Durante el estudio no se pondrá en riesgo la integridad física ni moral de los participantes.

La participación de los entrevistados se realizará de forma voluntaria y con su consentimiento informado.

El estudio respeta los códigos de ética de investigación en humanos de la Secretaria de Salud.

Según la declaración de Ginebra “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”.

El propósito de esta investigación médica en seres humanos, estará enfocado en aspecto preventivo de diagnósticos, y si es necesario terapéutico. Y la influencia es en el entorno familiar.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos, para proteger su salud y sus derechos individuales.

Principios fundamentales en la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

- a. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en experimentos correctamente realizados.

- b. El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental, este debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas.
- c. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo solo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente.
- d. Los participantes deben ser voluntarios e informados.
- e. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su dignidad.
- f. Cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento.
- g. Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados.
- h. Según este proyecto, una vez estudiados los resultados obtenidos, respetando Los criterios de inclusión y exclusión, se trataría de realizar un estudio comparativo entre los resultados de los mismos, comparando los niveles de adherencia, y su relación con apoyo social de forma que pudiéramos demostrar la hipótesis de este trabajo que proyectamos.
- i. Los resultados del trabajo contribuirían a mejorar el protocolo de atención existente en la UMF #28 así como otros protocolos desarrollados en otros Dispositivos de atención de salud en la medida que en los resultados Identificara componentes efectivos para la adherencia. Se daría difusión de los Resultados en revistas científicas y en Jornadas nacionales e internacionales Sobre hipertensión, si resultara pertinente, y se propondrían unidades de Formación en el marco de la atención primaria orientadas a mejorar el proceso de Comunicación entre proveedores de servicios y pacientes. Por último, se Elaboraría un reporte de resultados que contemplara los componentes efectivos Encontrados.
- j.

Para tal objetivo se realizó una carta de consentimiento informado

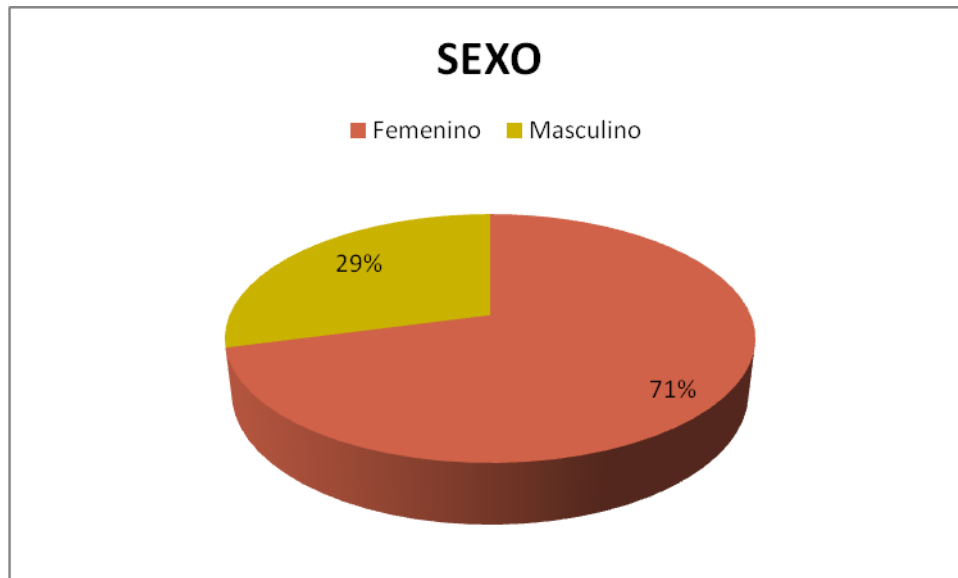
3. RESULTADOS

Se registró un total de 271 pacientes de ambos turnos de la Unidad de Medicina Familiar Numero 28 “Gabriel Mancera” del IMSS, siendo pacientes del sexo femenino el mayor porcentaje con un total del 71% de los pacientes incluidos, mientras que el 29% correspondieron a pacientes del sexo masculino (Gráfica 1)

Tabla 1. SEXO POBLACION MUESTRA

SEXO	n	PORCENTAJE
Femenino	192	70.80%
Masculino	79	29.20%
Total	271	100

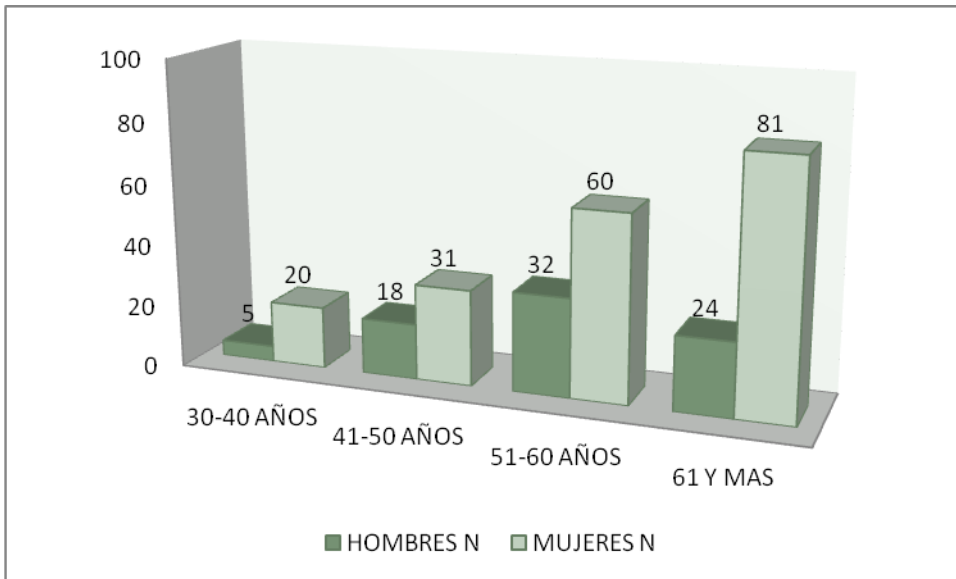
UMF No.28 Gabriel Mancera, IMSS, Diciembre –enero 2015



EDAD. En el siguiente grafico se muestra grupos de edad a los que pertenecen los pacientes incluidos en el estudio. En donde el predominio de edad se encuentra en el rango de 61 y más tanto en hombres como en mujeres (Tabla 2)

GRUPO ETARIO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
	30-40 AÑOS	5	2%	20	7%	25
41-50 AÑOS	18	7%	31	11%	49	18%
51-60 AÑOS	32	12%	60	22%	92	34%
61 Y MAS	24	9%	81	30%	105	39%
TOTAL	79	30%	192	70%	271	100%

UMF No.28 Gabriel Mancera, IMSS, Diciembre –enero 2015

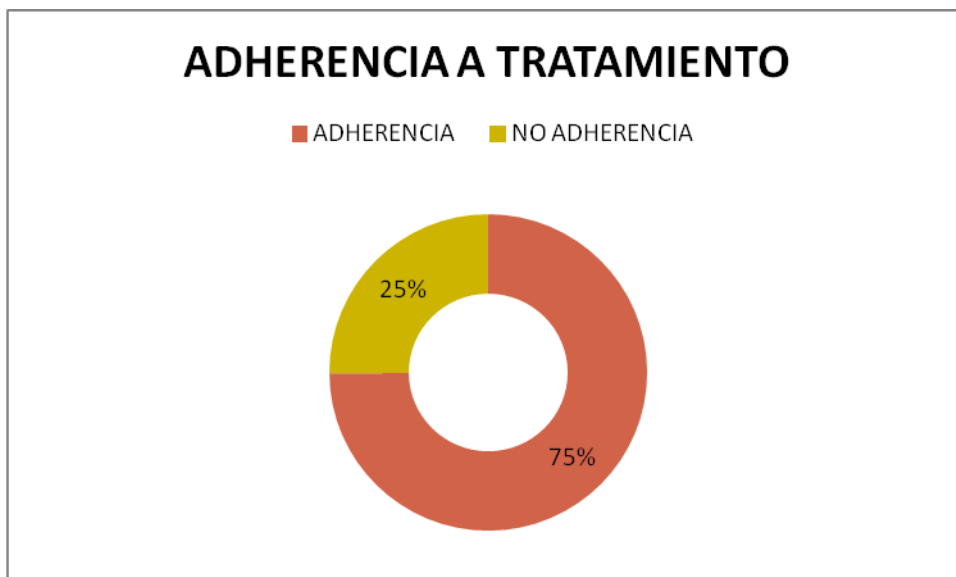


ADHERENCIA A TRATAMIENTO. Los resultados fueron los siguientes. De un total de 271 pacientes el 75% en número de 203 se encontraron con adherencia a tratamiento y el 25% se encontraron con no adherencia a tratamiento correspondiente a 68 de los pacientes estudiados. (Tabla 3)

Tabla 3. ADHERENCIA A TRATAMIENTO

	n	Porcentaje
ADHERENCIA	203	75%
NO ADHERENCIA	68	25%
Total	271	100%

UMF No.28 Gabriel Mancera, IMSS, Diciembre –enero 2015

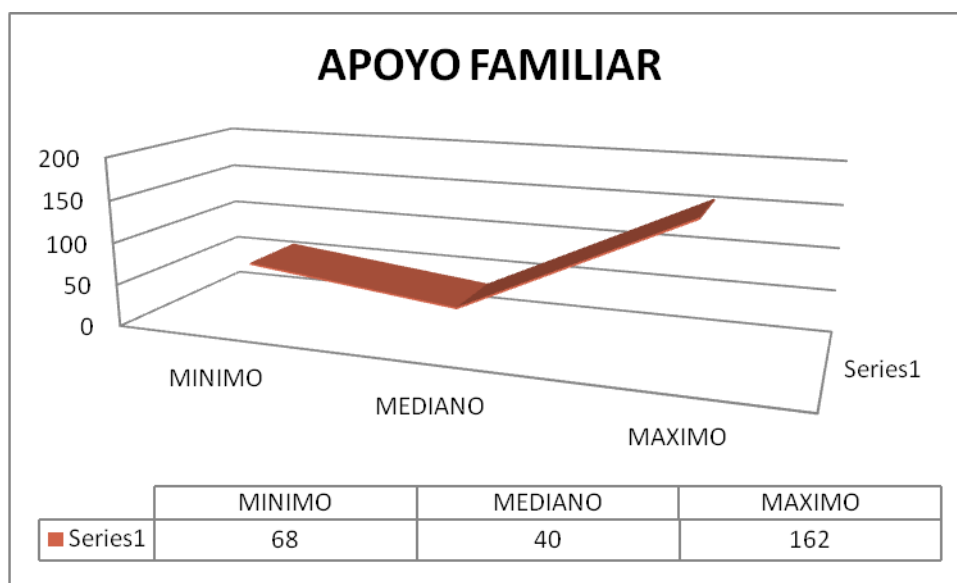


APOYO FAMILIAR. Tras evaluar el apoyo familiar se encontraron los siguientes resultados. De el total de 271 pacientes el 60% resultaron con apoyo familiar máximo y 15% apoyo familiar mediano. (Tabla 4)

Tabla 4. Apoyo familiar

APOYO FAMILIAR	n	(%)
MINIMO	68	25%
MEDIANO	40	15%
MAXIMO	162	60%
TOTAL	271	100%

UMF No.28 Gabriel Mancera, IMSS, Diciembre –enero 2015

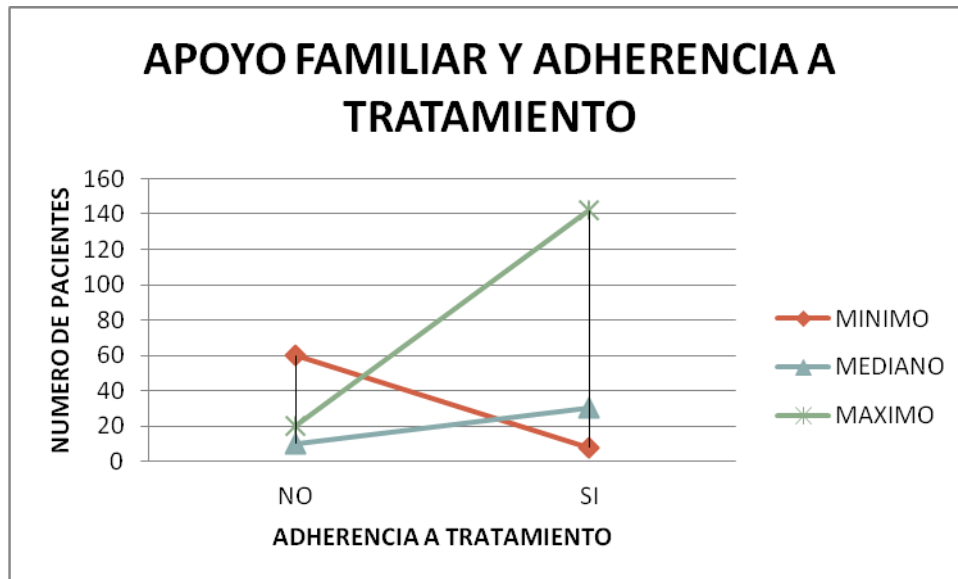


ASOCIACION DEL APOYO FAMILIAR Y ADHERENCIA A TRATAMIENTO. Se encontró que de el 75% por ciento de los pacientes con adherencia a tratamiento 52% cuentan con apoyo familiar máximo. Y del 25% que no se encontraron con adherencia a tratamiento 20% se encontraron con apoyo familiar mínimo y tan solo el 7% con apoyo familiar máximo (Tabla5)

Tabla 4. ASOCIACION ENTRE ADHERENCIA A TRATAMIENTO Y APOYO FAMILIAR

ADHERENCIA A TRATAMIENTO				APOYO FAMILIAR		
	MINIMO	(%)	MEDIANO	(%)	MAXIMO	(%)
NO	60	20%	10	4%	20	7%
SI	8	3%	30	11%	142	52%

UMF No.28 Gabriel Mancera, IMSS, Diciembre –enero 2015



4. DISCUSION

Diversas investigaciones muestran la relevancia que le da el paciente hipertensivo a los aspectos psicosociales con respecto a la adhesión al tratamiento. Según Marín y Rodríguez (2001), la adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial se vincula de forma significativa con el apoyo que los familiares otorgan al enfermo.

El impacto de las enfermedades crónicas parece estar estrechamente vinculado a la situación social, cultural y económica de las personas con enfermedades crónicas, incidiendo de manera diferencial en su calidad de vida. El apoyo social podría entonces ser considerado como un importante recurso de afrontamiento del estrés (Sandín, 2003). Una especie de “fondo” del que la gente puede disponer cuando tiene que hacer frente a los estresores (Sandín, 2003). El apoyo social es un concepto complejo que incluye por lo menos tres niveles de análisis (comunitario, redes sociales, e íntimos), que cumplen una serie de funciones emocionales, materiales, informacionales, Barron y Chacon (1992). El apoyo emocional se refiere a las demostraciones de amor, cariño, pertenencia a un grupo; implica poder hablar con alguien sobre las preocupaciones, molestias y sentimientos negativos que ocasiona la enfermedad.

Y a pesar de la importancia que se resalta en este trabajo del apoyo social no hay que olvidar el tratamiento multidisciplinario de los pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica y evitar las complicaciones tan severas que conlleva esta patología.

5. CONCLUSIONES

Como se mencionó desde el marco teórico la Hipertensión Arterial Sistémica es una patología de alta prevalencia en nuestro país como en el mundo y tras no lograr el control de la misma las complicaciones son el problema más serio que se enfrenta en esta patología. Así mismo se mencionó que el tratamiento la adherencia al mismo tiene varias directrices sin embargo en este trabajo nos hemos enfocado al apoyo social encontrando que de 300 pacientes se eliminaron 29 ya que no cumplían los criterios de inclusión aquí mencionados.

Se registró un total de 271 pacientes de ambos turnos de la Unidad de Medicina Familiar Numero 28 "Gabriel Mancera" del IMSS, siendo pacientes del sexo femenino el mayor porcentaje con un total del 71% de los pacientes incluidos, mientras que el 29% correspondieron a pacientes del sexo masculino.

Respecto al grupo de edad se encontró que el 2% de los pacientes con sexo masculino se encuentran entre 30 y 40 años de edad y el 7% de las personas en este grupo son de sexo femenino. Dentro del grupo de edad de 41 a 50 años se encuentra 7% de los pacientes con sexo masculino y 11% del sexo femenino. En el grupo de 51 a 60 años de edad se encuentra que el 12% son de sexo masculino y 22% de sexo femenino y la mayor prevalencia en grupo de edad se encuentra en 61 y más años de los cuales el 9% son de sexo masculino y 30% de sexo femenino.

Adherencia a tratamiento. De un total de 271 pacientes el 75% se encontraron con adherencia a tratamiento y el 25% se encontraron con no adherencia a tratamiento correspondiente a 68 de los pacientes estudiados.

Tras evaluar el apoyo familiar se encontraron los siguientes resultados. De el total de 271 pacientes el 60% resultaron con apoyo familiar máximo y 15% apoyo familiar mediano y 25% apoyo familiar mínimo.

Finalmente para evaluar la asociación entre apoyo familiar y adherencia terapéutica se encontró que del 75% de los pacientes con adherencia a tratamiento, 52% cuentan con apoyo familiar máximo. Y del 25% que no se encontraron con adherencia a tratamiento 20% se encontraron con apoyo familiar mínimo y tan solo el 7% con apoyo familiar máximo y si no es el aspecto más importante para lograr la adherencia a tratamiento si hay una asociación importante apoyo familiar y adherencia a tratamiento.

Esta situación refuerza que la familia como institución continúa siendo la base para el cuidado de la salud; constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo, y ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Florentina Marín-Reyes, M.C.,⁽¹⁾ Martha Rodríguez-Morán, M.C., M. en C. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial Salud Pública Méx 2001; Vol. 43(4):336-339
- 2.- European heart Journal (2007) 28,14621536
- 3.- Uzun P, Karla B, Yokupodlu M, Arslan F, Yilmaz M, Karaeren H. The assessment of adherence of hypertensive individuals to treatment and lifestyle change recommendations. Anadolu Kardiyol Derg. 2009; 9: 102-9.
- 4.- José Jaime Castaño-Castrillón Treatment adherence of hypertensive patients' being attended by Assbasalud ESE, Manizales (Colombia) 2011 Rev Fac Med 20121, Vol 60 No. 3: 179-197.
- 5.- Sabaté E, et al. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción OMS-OPS. 2004
- 6.- Actualización del Consenso Nacional de Hipertensión arterial. Medicina interna de México Volumen 22, Num 1, enero-febrero, 2006
- 7.- Guía de Referencia Rápida. Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión arterial en el primer Nivel de Atención Médica. IMSS-076-08
- 8.- James PA, Oparil S, Carter BL, et al. Evidence based-guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA 2014; DOI:10.1001/jama.2013.284427
- 9.- Psaty bm et al the relative risk of incidence coronary heart disease associated with recently stopping the use of betablockers. Journal of the american medical association, 1990 263: 1653-1657
- 10.- José Jaime Castaño-Castrillón Treatment adherence of hypertensive patients' being attended by Assbasalud ESE, Manizales (Colombia) 2011 Rev Fac Med 20121, Vol 60 No. 3: 179-197.
- 11.- Sabaté E, et al. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción OMS-OPS. 2004.
- 12.- Noé Sánchez Cisneros. Adherencia terapéutica en hipertensión arterial sistémica. Revista Mexicana de enfermería cardiológica. Vol 14. Núm 3. Septiembre-Diciembre 2006.
- 13.- Olvera AS y col. Apoyo familiar y adherencia terapéutica en hipertensos. Revista Mexicana de Enfermería cardiológica; 2009 17 (1-3): 10-13.
- 14.- Turagabeci AR, Nakamura K, Kizuki M, Takano T. Family structure and Health, how companionship acts as a buffer against ill health. Health Qual Life

Outcomes 2007; 5 (1): Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18036211?ordinalpos=2&itool> Consultado el 20 de octubre de 2014.

15.- José Jaime Castaño-Castrillón Treatment adherence of hypertensive patients' being attended by Assbasalud ESE, Manizales (Colombia) 2011 Rev Fac Med 20121, Vol 60 No. 3: 179-197

16.- Sandra Olvera Arreola, Teresa Salazar Gómez. Impacto del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Vol 17, Núm. 1-3. Enero-Diciembre 200. Pp 10-13.

17.- Marín Reyes y Rodríguez Morán. Apoyo familiar y apego al tratamiento. Salud Pública de México. Vol 43, No. , Julio-Agosto 2001.

18.- Danielle Scheurer, MD, MSCR; Nitesh Choudhry, MD, PhD; Kellie A. Swanton, BA; Olga Matlin, PhD; and Will Shrank, MD, MSHS Association Between Different Types of Social Support and Medication Adherence, 2013 THE AMERICAN JOURNAL OF MANAGED CARE VOL. 18, NO. 12

19.- C. Menéndez Villalva, A. Montes Martínez, T. Gamarra Mondelo, Carmen Núñez Losada, A. Alonso Fachado, S. Bujan Garmendia Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial *Atención Primaria*, Volume 31, Issue 8, Pages 506-513

20.- Psaty BM et al the relative risk of incidence coronary heart disease associated with recently stopping the use of betablockers. Journal of the American Medical Association, 1990 263: 1653-1657

21.- Morisky DE et al. Five-year blood pressure control and mortality following health education for hypertensive patients. American Journal of Public Health, 1983, 73:153-162.

22.- ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS A LARGO PLAZO Pruebas para la acción Organización Panamericana de la Salud 2004

23. Villarreal-Ríos E, A. Paredes-Chaparro, L. Martínez-González, L. Galicia-Rodríguez, E. Vargas-Daza y M. E. Garza-Elizondo. 2006. Control de los pacientes con diabetes tratados sólo con esquema farmacológico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 44 (4): 303-308

24. Peralta ML y P Carbajal Pruneda 2008. Adherencia al tratamiento. Rev. Cent Dermatol Pascua: 17(3): 84-88

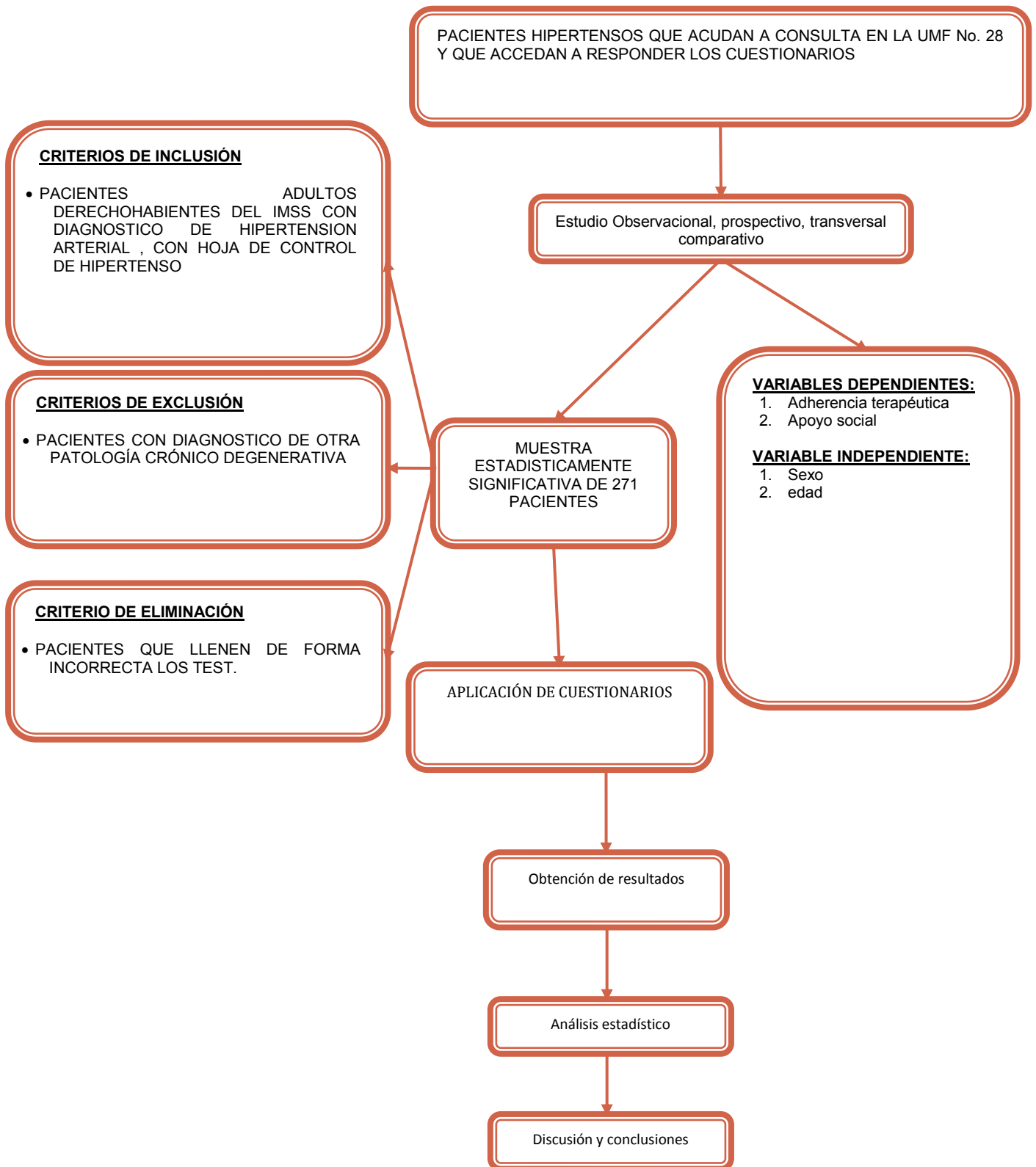
25.- Berkman L, Glass T. Social integration, social networks, social support and health. En: Berkman L, Kawachi I, editors. Social epidemiology. New York: Oxford University Press; 2000. p. 137-73

- 26.- .Nebot M, Lafuente JM, Tomás Z, Borrell C, Ferrando C. Efecto protector del apoyo social en la mortalidad en población anciana. Un estudio longitudinal. Rev. Esp Salud Pública. 2002;76:673-82
- 27.Rodríguez Laso A. El efecto de las relaciones sociales sobre la mortalidad en las personas mayores. El estudio «Envejecer en Leganés». Tesis doctoral. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2004.
28. Hanson BS, Isacsson SO, Janzon L, Lindell SE, Rastam L. Social anchorage and blood pressure in elderly men: a population study. J Hypertens. 1988;6:503-10
- 30.-Allen K, Blascovich J, Mendes WB. Cardiovascular reactivity and the presence of pets, friends, and spouses: the truth about cats and dogs. Psychosom Med. 2002;64:727-39. Medline
- 31.Dressler WW, Mata A, Chavez A, Viteri FE, Gallagher P. Social support and arterial pressure in a central Mexican community. Psychosom Med. 1986;48:338-50.
32. Bajunirwe, Tisch, King, Arts, Debanney Sethi, 2009; Barrera, 1981; Berkman, 1985; Charyton, Elliott, Lu Y Moore, 2009; Evon,Esserman, Ramcharran, Bonner Y Fried, 2011; López-Navas, 2011; Queenan, Feldman-Stewart, Brundage Y Groome, 2010; Rook, 1985; Schultz Ysaklofsker, 1983; Surkan, O'donnell, Berkman Y Peterson, 2009
33. LONDOÑO ARREDONDO. Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo socialInternational Journal of Psychological Research, vol. 5, núm. 1, enero-junio, 2012, pp. 142-150 Universidad de San Buenaventura Medellín, Colombia
34. Gema Costa Requena Validity of the questionnaire MOS-SSS of social support in neoplastic patients Medicina Clínica Vol. 128. Núm. 18. 12 Mayo 2007
- 35.- Evidencias y Recomendaciones Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de la HIPERTENSIÓN ARTERIAL en el Primer Nivel de Atención IMSS-076-08
- 36.-Evidencias y Recomendaciones Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de la HIPERTENSIÓN ARTERIAL en el Primer Nivel de Atención IMSS-076-08
- 37.-Maura Cabrera. Adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial sistémica y factores coadyuvantes, de la Colonia “Juan Escutia”, Delegación Iztapalapa, México, D.F. 2013 VERTIENTES Revista Especializada en Ciencias de la Salud, 16(2):62-68, 2013.

38.- Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos socio cognitivos de creencias en salud. *Psicología y salud*, vol.21,num. 1: 79-90, enero-junio de 2011

7. ANEXOS

DISEÑO DE INVESTIGACION



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MES	ACTIVIDAD
05 MAYO 2014	Elección del tema de investigación
	Planteamiento del problema Búsqueda de bibliografía
	Marco teórico
JUNIO	Justificación
JULIO	Objetivos
	Hipótesis
AGOSTO	Variables
OCTUBRE	Calculo de la Muestra
	Criterios de inclusión, exclusión y eliminación
NOVIEMBRE	Plan de análisis estadístico
	Hoja de recolección de datos
	Registro de Protocolo
ENERO 2015	Recolección de datos PREVIA AUTORIZACIÓN DEL SIRELSIS
FEBRERO 2015	Análisis estadístico
	Discusión y conclusiones

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	" APOYO FAMILIAR Y APEGO AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE LA UMF 28 GABRIEL MANCERA"
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 28. DICIEMBRE 2014 Y ENERO 2014
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	EN ESTE ESTUDIO SE BUSCA CORROBORAR QUE EL PACIENTE TOMA SUS MEDICAMENTOS POR HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORAR SI CUENTA CON APOYO SOCIAL PARA EL CUIDADO DE SU ENFERMEDAD. Y CON ELLO APOYARLE PARA QUE LLEVE ACABO SU TRATAMIENTO Y PREVENIR COMPLICACIONES GRAVES DE LA HIPERTENSION ARTERIAL
Procedimientos:	SE APLICARAN DOS CUESTIONARIOS 1. CUESTIONARIO MOSS QUE INDICA EL APOYO FAMILIAR Y 2. EL TEST MORISKY-GREEN QUE INDICA LA ADHERENCIA TERAPEUTICA. ESTOS SE APLICARÁN A LOS PACIENTES QUE ACEPTEN PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO EL RESULTADO SE PROPORCIONARA A SU MEDICO FAMILIAR Y AL PACIENTE PARA SI PODER TOMAR MEDIDAS EN BASE A LOS RESULTADOS, DANDOLE SEGUIMIENTO A SU APEGO AL TRATAMIENTO Y CON ELLO LOGRAR EL CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL. SI NO HAY CONTROL SE REFERIRA AL GRUPO DE TRABAJO SOCIAL Y AL GRUPO DE HIPERTENSOS.
Posibles riesgos y molestias:	EL ESTUDIO NO LE CAUSARA NINGUN DAÑO
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	CONOCER SI LLEVA UN BUEN CONTROL DE SU PRESION ARTERIAL Y LA IMPORTANCIA DEL APOYO SOCIAL CON EL QUE CUENTA PARA EL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO Y ASÍ TOMAR MEDIDAS PARA AYUDARLO A EVITAR COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD EN UN FUTURO
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	REALIZAR AJUSTES OPORTUNOS EN TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO
Participación o retiro:	EN CUALQUIER MOMENTO
Privacidad y confidencialidad:	LA INFORMACION SERA TOTALMENTE CONFIDENCIAL

En caso de colección de material biológico (si aplica):

- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- 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:

EL PACIENTE SERA EVALUADO PARA CONOCER DESCONTROL HIPERTENSIVO, PRESENCIA DE APEGO A TRATAMIENTO Y PREVENIR COMPLICACIONES

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

R2MF DRA. JACQUELINE BAUTISTA ACOSTA

E-MAIL: jacque_ba@hotmail.com CELULAR: 5514518541

Colaboradores:

DRA. KARLA MAYELLI ROMÁN RIVERA.

E-Mail kmrr5@yahoo.com.mx CELULAR 044 55 9196 8619

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

Clave: 2810-009-013



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 3 SUROESTE
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UMF No. 28 "GABRIEL MANCERA"



CUESTIONARIOS PARA EL PACIENTE

Parte1. No contestar (será contestado por el autor)

FOLIO
FECHA
SEXO
EDAD

PARTE 2. Favor de responder con lápiz o pluma. Si tiene alguna duda comente con quien le proporcione este cuestionario. Son dos cuestionarios.

CUESTIONARIO 1

TEST MORISKY-GREEN

ESCRIBA SUS INICIALES:

INDICACIONES: CONTESTE SI O NO MARCANDO CON UNA X

¿Olvida alguna vez tomar sus medicamentos?	Si	No
¿Toma los medicamentos según le explico su médico?	Si	No
Cuando se siente mejor ¿Deja alguna vez de tomar sus medicamentos?	Si	No
Si alguna ocasión el medicamento le hace sentir mal ¿deja de tomarlo?	Si	NO
RESPUESTAS		

RESULTADO:

CUESTIONARIO 2

CUESTIONARIO MOS

ESCRIBA SUS INICIALES:

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

Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos: _____ ; _____

Todos buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros Tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes? Tipos de apoyo cuando lo necesita:

	NUNCA 1	POCAS VECES 2	LA MAYORIA DE LAS VECES 4	SIEMPRE 5
2.- ALGUIEN QUE LE AYUDE CUANDO TENGA QUE ESTAR EN CAMA.				
3.-ALGUEIN CON QUIEN PUEDA HABLAR CUANDO NECESITA HABLAR				
4.- ALGUIEN QUE LE ACONSEJE CUANDO TENGA PROBLEMAS				
5.- ALGUIEN QUE LE LLEVE AL MEDICO CUANDO LO NECESITE				
6.- ALGUIEN QUE LE MUESTRA AMOR Y AFECTO				
7.- ALGUIEN CON QUIEN PASAR UN BUEN RATO				
8.- ALGUIEN QUE LE INFORME Y LE AYUDE A ENTENDER UNA SITUACION				
9.- ALGUIEN A QUIEN CONFIAR O CON QUIEN HABLAR DE SI MISMO Y SUS PREOCUPACIONES				
10.- ALGUIEN QUE LO ABRAZE				
11.- ALGUIEN CON QUIEN PUEDA RELAJARSE				
12.- ALGUIEN QUE LE PREPARE LA COMIDA SI NO PUEDE HACERLO				
13.- ALGUIEN CUYO CONSEJO REALMENTE DESEA				
14.- ALGUIEN CON QUIEN HACER COSAS QUE LE AYUDEN A OLVIDAR SUS PROPBLEMAS				
15.- ALGUIEN QUE LE AYUDE EN SUS TAREAS DOMESTICAS SI ESTA ENFERMO				
16.-ALGUIEN CON QUIEN COMPARTIR SUS TEMORES Y PROBLEMAS MAS INTIMOS				
17.-ALGUIEN QUE LE ACONSEJE COMO RESOLVER SUS PROBLEMAS PERSONALES				
18.-ALGUIEN CON QUIEN DIVERTIRSE				
19.ALGUIEN QUE COMPRENDA SUS PROBLEMAS				
20. ALGUIEN A QUIEN AMAR Y HACERLE SENTIRSE QUERIDO				

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

NO.	FOLIO	FECHA	SEXO	EDAD	TEST MORINSKY		CUESTIONARIO MOS TIPOS DE APOYO			
					CUMPLIDO	INCUMPLIDO	EMOCIONAL	INSTRUMENTAL	INTERACCION SOCIAL	AFECTIVO
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										
32										
33										
34										
35										
36										
37										
38										
39										
40										
...										
271										