



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**EVALUACIÓN DEL APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL SISTÉMICA QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA EN EL
HGZ/UMF NO 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DIEGO GIOVANNI CORREA GAYTAN

DIRECTOR DE TESIS

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO

Ciudad Universitaria, CD. MX, Noviembre, 2017.



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.

TÍTULO

EVALUACIÓN DEL APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO” DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

AUTORES: Dr. Correa Gaytán Diego Giovanni ⁽¹⁾, Dr. Espinoza Anrubio Gilberto ⁽²⁾, Dr. Vilchis Chaparro Eduardo ⁽³⁾, Dra. Silvia Garay Junco ⁽⁴⁾.

¹Médico Residente de Segundo Año del H.G.Z. /U.M.F. No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

²Coordinador Clínico de Educación e Investigación del H.G.Z. /U.M.F. No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

³Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del H.G.Z. /U.M.F. No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

⁴Médico Adscrito de Medicina familiar del H.G.Z./U.M.F. No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

OBJETIVO

Evaluar el apoyo social en pacientes con hipertensión arterial sistémica que acuden a consulta externa en el Hospital General de Zona con unidad de Medicina Familiar No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” del IMSS.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal descriptivo. Tamaño de la muestra 239 con intervalo de confianza 90% de la consulta externa de Medicina Familiar. Criterios de Inclusión: Portadores de Hipertensión arterial sistémica con atención en consulta externa HGZ/UMF 8, mayores de 18 años, derechohabientes del IMSS, sin distinción de género. Instrumento de medición: Encuesta de Apoyo Social cuestionario MOS-SSS (Medical Outcomes Study-Social Support Survey).

RESULTADOS

Se estudió a un total de 263 pacientes con HAS, de los cuáles se excluyó a 3, y de un total de 260, se observó lo siguiente: el 56.5% pertenecen al sexo femenino, la media de edad fue 60.90 años ubicando el 75.4% en un rango de edad igual o mayor a 51 años, en cuanto a escolaridad se encontró predominio del nivel secundaria en 28.8%, dentro del rubro estado civil se observó: casados 35%, jubilados el 47.7%, con religión católica el 56.5%, con más de 10 años de diagnóstico el 45% ; tras la aplicación del instrumento obtuvimos que 83.8% de pacientes tienen apoyo social.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos se concluyó lo siguiente: que el apoyo social está presente en el 83% de los pacientes con HAS; que más del 56.5% de pacientes pertenecen al sexo femenino y que la aplicación de la Encuesta de Apoyo Social (MOS-SS por sus siglas en inglés) es un buen reflejo del apoyo social que reciben los pacientes con HAS en el primer nivel de atención.

Palabras clave: Hipertensión Arterial sistémica, apoyo social, evaluación.

**“EVALUACIÓN DEL APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA QUE ACUDEN A
CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL GENERAL DE
ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8 “DR
GILBERTO FLORES IZQUIERDO” DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA / UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

AUTORIZACIONES

**DR. CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA
DIRECTOR DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 "DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
DIRECTOR DE TESIS

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 "DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS

DRA. SILVIA GARAY JUNCO
MÉDICO FAMILIAR ADSCRITO AL SERVICIO DE
CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 "DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
ASESOR CLÍNICO DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme una meta más, porque con él todo sin él nada.

A mi hija Fátima, que es la bendición más grande que Dios me ha regalado y que me cambio la vida para siempre.

A mi madre María Guadalupe Gaytán Cruz, que nunca me abandonó en los momentos más difíciles de mi vida, y que me enseñó su ejemplo de entrega y dedicación a sus labores, y que gracias a ella todo esto fue posible.

A mi hermano Angelo Correa, el cual siempre estuvo a mi lado y es ejemplo de vida, contigo siempre.

A mi padre por sus desvelos, atenciones y apoyo incondicional.

A mis abuelos Jesús Gaytán Chagoya y Julia Cruz Hernández, por sus enseñanzas, consejos y el legado que forjaron en su familia de la cuál soy integrante.

A mis tías Norma Gaytán y Maribel Gaytán, las cuales siempre me apoyaron durante mi formación como médico y especialista en medicina familiar, les estoy infinitamente agradecido.

A mis coordinadores y tutores, por el apoyo incondicional y motivación para la realización de esta tesis.

ÍNDICE

TEMA	PÁGINA
1. Marco teórico	8
2. Justificación	18
3. Planteamiento del problema	19
4. Objetivos	20
5. Hipótesis	21
6. Material y métodos	22
7. Tipo de investigación	22
8. Diseño de la investigación	23
9. Población o universe	24
10. Ubicación temporal y espacial de la población	24
11. Muestra	24
12. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	25
13. Variables	26
14. Diseño estadístico	30
15. Instrumento de recolección	30
16. Método de recolección	31
17. Maniobras para evitar y controlar sesgos	32
18. Cronograma de actividades	33
19. Consideraciones éticas	35
20. Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio	36
21. Resultados	37
22. Tablas y gráficas	40
23. Discusión	63
24. Conclusiones	68
25. Bibliografía	70
26. Anexos	73

MARCO TEÓRICO.

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación de las cifras de presión arterial superiores a 140/90mmHG; es producto del incremento de la resistencia vascular periférica traduciendo daño vascular sistémico. La prevalencia actual (2012) de HAS en México es 31.5% (IC 95% 29.8-33.1), y es mayor en adultos con obesidad (42.3%; IC 95% 39.4-45.3) que en adultos con índice de masa corporal (IMC) normal (18.5%; IC95% 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% 26.129.2). El 47.3% de los pacientes desconocen que padecía de HAS. Por grupos de mayor a menor edad la distribución de la prevalencia de HAS fue de 4.6 veces más baja en el grupo de 20-29 de edad ($p < 0.05$) que en el grupo de 70-79 años; de los adultos con HAS diagnosticada por un médico solo 73.6% reciben tratamiento farmacológico y menos de la mitad de estos tiene la enfermedad bajo control. ⁽¹⁾

La presión arterial es la fuerza o empuje ejercido por la sangre contra la pared de la arteria. Para identificar a una persona con hipertensión arterial (HAS) se requiere cumplir cualquiera de las dos siguientes: una presión sistólica igual o superior a 140 mmHg y una diastólica igual o superior a 90 mmHg; el que ambas presiones se encuentren por debajo de estos puntos de corte resulta particularmente importante para el funcionamiento eficaz del cerebro, corazón, riñones y el cuerpo en general. La característica distintiva de la HAS es la disfunción endotelial, la cual conlleva a la ruptura del equilibrio entre los factores relajantes del vaso sanguíneo (óxido nítrico, factor hiperpolarizante del endotelio) y aquellos que actúan como vasoconstrictores conocidos como endotelinas. Los determinantes sociales de la salud (ingresos, educación y vivienda) junto con la urbanización acelerada y desordenada, sedentarismo, tabaquismo y alcoholismo, representan los principales factores de riesgo que contribuyen a potencializar la génesis de la hipertensión y sus complicaciones, sin olvidar la edad (por el endurecimiento de las arterias) y factores metabólicos (sobrepeso, obesidad e hiperlipidemia). Cuando se desconoce la causa específica de la enfermedad se le denomina Hipertensión Arteria Primaria, donde los factores genéticos forman parte de la etiología de la enfermedad. En personas menores de 40 años hay que pensar en causas endocrinas, renales y/o malformaciones de los vasos sanguíneos. ⁽²⁾

La hipertensión es un factor de riesgo común para la enfermedad cardiovascular y accidente cerebrovascular; se estima que, en 2010, casi 78 millones de adultos estadounidenses (edad \geq 20 años) tenían la presión arterial alta, de los cuales en el 50 % la hipertensión no estaba debidamente controlada, esto es relevante debido a que la mayoría de los pacientes con hipertensión son tratados por médicos de atención primaria. El tratamiento efectivo para HAS incluye tanto las intervenciones de estilo de vida como el consumo de medicamentos relativamente accesibles en cuanto a costo. La importancia de la detección y el tratamiento de la hipertensión es bien reconocida por los colegios profesionales y organismos federales. ⁽³⁾

FISIOPATOLOGÍA

La hipertensión arterial (HTA) básicamente se caracteriza por la existencia de una disfunción endotelial con ruptura del equilibrio entre los factores relajantes del vaso sanguíneo (óxido nítrico, factor hiperpolarizante del endotelio) y los factores vasoconstrictores (principalmente endotelinas). ⁽⁴⁾

Se ha demostrado el rol de la función endotelial en la salud cardiovascular y su relación con la hipertensión arterial; ciertos estudios demuestran que la disfunción endotelial es un posible mecanismo causante de hipertensión arterial sistémica (HAS), mientras otros demuestran que la HTA per se produce daño endotelial. ⁽⁵⁾

Son muchos los factores fisiopatológicos que han sido considerados en la génesis de la hipertensión esencial: el incremento en la actividad del sistema nervioso simpático posiblemente relacionado con excesiva exposición o respuesta al estrés psicosocial, es decir, del impacto de la vida moderna; la sobreproducción de hormonas ahorradoras de sodio y vasoconstrictoras, la alta ingesta de sodio, la inadecuada ingesta de potasio y calcio, el incremento en la secreción o la inapropiada actividad de la renina resultando en un incremento de producción de angiotensina II y aldosterona, la deficiencia de vasodilatadores tales como la prostaciclina, el óxido nítrico y los péptidos natriuréticos, la alteración en la expresión del sistema cinina-caliceína, que afecta el tono vascular y el manejo renal del sodio; las anomalías en los vasos de resistencia (incluyendo lesiones en la micro vasculatura renal), la diabetes mellitus, la resistencia a la insulina; la obesidad; el incremento en la actividad de factores de crecimiento, las alteraciones en los receptores adrenérgicos los cuales tienen influencia en la frecuencia cardíaca, el inotropismo cardíaco y el tono vascular; y las alteraciones celulares en el transporte iónico. ⁽⁶⁾.

El nuevo concepto de que las anomalías funcionales y estructurales incluyendo la disfunción endotelial, el incremento del estrés oxidativo, la remodelación vascular y la reducción de la compliancia, pueden anteceder a la hipertensión y contribuir a su patogénesis ha ganado soporte en los últimos años; parece evidente que la hipertensión arterial es tal vez 'la campana de alarma' del síndrome y el inicio de una verdadera cascada, siguiendo a la inflamación y disfunción endotelial ⁽⁷⁾.

DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

El objetivo de la detección es identificar a todo individuo adulto que esté en riesgo de presentar PA fronteriza o HAS. La detección de HAS se llevará a cabo cada tres años a la población de adultos que acuden a las instituciones de salud, tanto públicas como privadas con el siguiente método de medición de la presión arterial: Preferentemente se utilizará un esfigmomanómetro de columna de mercurio o bien puede emplearse un esfigmomanómetro anerode calibrado; dichos equipos se calibrarán dos veces al año. Se pueden emplear esfigmomanómetros electrónicos que registren sobre la arteria humeral y que ya hayan sido aprobados por organismos reguladores internacionales; no se recomienda el uso de aquellos aplicables sobre la muñeca o de dedal. Los individuos que en el momento de la detección muestren una PA ≥ 140 mm de Hg y/o ≥ 90 mm de Hg invariablemente deberán recibir la confirmación diagnóstica; los individuos de 65 años de edad en adelante deberán someterse a dicho proceso de detección dos veces al año. Los individuos a quienes se les practique la detección de HAS recibirán una intervención de tipo preventivo y serán enviados a confirmación diagnóstica o tratamiento según el nivel de riesgo identificado. El paciente con sospecha de HAS en el examen de detección deberá acudir a confirmación diagnóstica sin medicación antihipertensiva y sin cursar alguna enfermedad aguda, así como no haber consumido productos con cafeína, haber realizado ejercicio de esfuerzo o caminata vigorosa 30 minutos antes de la toma de tensión arterial. 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 iguales o superiores; cuando la PA sistólica y diastólica se ubican en diferentes etapas de HAS se utilizará el valor más alto para clasificarlo. ⁽⁸⁾

TRATAMIENTO

En la actualidad se cuenta con gran diversidad de medicamentos para tratar la hipertensión; de los cuales destacan los siguientes: Inhibidores del sistema renina-angiotensina (RAS), inhibidores de la enzima convertidor de angiotensina (IECA), bloqueadores de los receptores de angiotensina (BRA) y los inhibidores de la renina. El primer medicamento que se prescribe para el tratamiento de la hipertensión se llama medicamento 'de primera línea', con frecuencia se irán añadiendo medicamentos en un intento de reducir la presión arterial a largo plazo. Los investigadores realizaron una revisión de la literatura médica hasta noviembre de 2014 con el fin de recabar información médica relevante identificando un total de 42 estudios médicos que incluían un total de 65,733 participantes, con una media de edad de 66 años. Los resultados de la investigación mostraron pruebas de calidad concluyendo: las tiazidas causaron menos insuficiencia cardíaca y accidente cerebrovascular que los inhibidores del SRA, los inhibidores de RAS causaron menos insuficiencia cardíaca pero más accidente cerebrovascular que los BCC, sin embargo, la reducción de la insuficiencia cardíaca era considerablemente mayor que el aumento del accidente cerebrovascular. Se demostró menos agresividad de los inhibidores del SRA, ya que reducen los ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares en comparación con los beta-bloqueantes.⁽⁹⁾

TRATAMIENTO CONDUCTUAL

Control de peso corporal: La obesidad es el principal factor determinante de la HAS, se ha demostrado beneficio con la reducción cuando menos del 10% del sobrepeso, combinando ejercicio dinámico, dieta reducida en calorías y en caso necesario tratamiento farmacológico. Actividad física: Se recomienda la práctica de ejercicio dinámico (caminata, natación, bicicleta) durante 30/40 minutos, 3-4 días de la semana, o bien incrementar el ejercicio en sus actividades diarias; se recomienda siempre iniciar el ejercicio previa valoración médica; en caso de ser sedentarios, padecer obesidad mórbida o estar en los estadios de hipertensión 2 y 3, se puede iniciar con cinco minutos tres veces al día e incrementar otros cinco en una semana, para llegar a 10 minutos tres veces al día. Consumo de sal: no deberá exceder de 6 g/día de NaCl. Consumo de alcohol: evitarlo, o bien disminuir el consumo a no más de 30 mL de etanol (dos copas) al día; las mujeres y hombres de talla menor de 1.60 m deberán reducir este consumo a la mitad. Promover el hábito de una adecuada ingestión de potasio, magnesio y calcio mediante el consumo de frutas, verduras, leguminosas y derivados lácteos desgrasados. Tabaquismo: Deberá suprimirse o evitarse.⁽¹⁰⁾

RECOMENDACIONES

En la población general de 60 o más años, se iniciará el tratamiento farmacológico para reducir la presión arterial con cifras de presión arterial sistólica (PAS) de 150 mm Hg o mayor, o una presión arterial diastólica (PAD) de 90 mm Hg o mayor, hasta una meta de PAS menor de 150 mm Hg y una PAD menor de 90 mm Hg. En la población general menor de 60 años, se iniciará el tratamiento farmacológico antihipertensivo para reducir la PAD cuando sea mayor o igual a 90 mm Hg hasta una meta de menos de 90 mm Hg. Las edades entre 30 y 59 años, para la población general menor de 60 años, se instaurará el tratamiento farmacológico antihipertensivo para reducir la PAS que sea mayor o igual a 140 mm Hg llevarlo hasta una meta de menos de 140 mm Hg. En la población general con 18 años o más y con enfermedad renal crónica, se iniciará el tratamiento farmacológico antihipertensivo para reducir la PAS cuando sea mayor o igual a 140 mm Hg y la PAD que sea mayor o igual a 90 mm Hg llevándolo hasta una meta de menos de 140 mm Hg y menos de 90 mm Hg. En la población general con 18 años o más y con diabetes, instaurar el tratamiento farmacológico antihipertensivo para reducir la PAS que sea mayor o igual a 140 mm Hg y la PAD que sea mayor o igual a 90 mm Hg, hasta una meta de menos de 140 mm Hg y menos de 90 mm Hg respectivamente. ⁽¹¹⁾

La prevalencia de HAS en México se encuentra entre las más elevadas a nivel mundial, Sin embargo, dicha tendencia ha mostrado una estabilización entre el año 2000 y 2006, no obstante, indicadores como el diagnóstico oportuno, el cual ha aumentado para enfermedades como diabetes mellitus, no ha demostrado aumento en el caso de hipertensión, a pesar de que el diagnóstico de esta última es más sencillo y no invasivo por lo tanto es indiscutible que un problema con esta magnitud requiere de mayor atención y participación de todos los sectores de la sociedad. También es claro que programas integrales como el ANSA4 pueden contribuir a una mejor prevención y control de este problema ya que identifican las causas y factores protectores. Entre las recomendaciones se sugieren las siguientes: Implementar programas que permitan un diagnóstico temprano y la atención oportuna de los adultos que estén en riesgo de desarrollar HTA, teniendo como meta mejorar los porcentajes identificados en la ENSANUT 2012. Establecer el uso de protocolos clínicos en todo el personal encargado de atender a los enfermos con HTA para prescribir el mejor y más actualizado tratamiento. Con esto deberá aumentar el número de adultos hipertensos con cifras de tensión arterial bajo control. Retomar los objetivos del ANSA e identificar aquellos centrales para la prevención de hipertensión con énfasis en población de riesgo (como personas con diabetes, obesidad, adultos mayores). ⁽¹²⁾

El concepto de apoyo social es relativamente reciente y nace en la década de los años setenta en la escuela de antropología británica de la Universidad de Manchester. Se define como un proceso interactivo en el que el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la que se encuentra inmerso (Bowling, 1991).⁽¹³⁾

El apoyo social es un factor que tiene un efecto protector o benefactor sobre múltiples parámetros relacionados con la salud como, por ejemplo, la morbilidad psiquiátrica, los resultados obstétricos, el crecimiento infantil y la recuperación de enfermedades o trastornos crónicos.⁽¹⁴⁾

ANTECEDENTES

El mecanismo de acción del apoyo social sobre la salud no se conoce con certeza, aunque existen dos hipótesis: por un lado, la teoría del efecto tampón o buffer, donde la influencia del apoyo social estaría determinada por su papel modulador sobre las situaciones adversas que generan estrés en el individuo; la otra teoría considera que el apoyo social es un agente causal directo de las enfermedades.⁽¹⁵⁾

Respecto a las enfermedades cardiovasculares, está bien determinada la influencia del apoyo social como factor pronóstico en pacientes con cardiopatía isquémica establecida.⁽¹⁶⁾

En relación con la hipertensión arterial (HTA), hay trabajos de base poblacional donde se refleja que un apoyo social insuficiente se asocia con incrementos en la presión arterial.⁽¹⁷⁾

En cuanto a la Presión Arterial (PA), varios estudios muestran que una peor red social se asocia con valores más altos de presión. 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 en este sentido, se evaluó el papel del apoyo social en la experiencia de dolor crónico obteniendo que la variable de apoyo social de la red familiar se constituía como predictiva de la ansiedad y depresión así como del dolor en las enfermedades crónicas estudiadas, concluyendo así que la satisfacción con el apoyo percibido procedente de la red familiar es el único predictor de ansiedad y depresión en los enfermos crónicos concluyeron que en pacientes con HTA se asocia con algunas variables de integración social, como el estado civil y la situación de convivencia.⁽¹⁸⁾

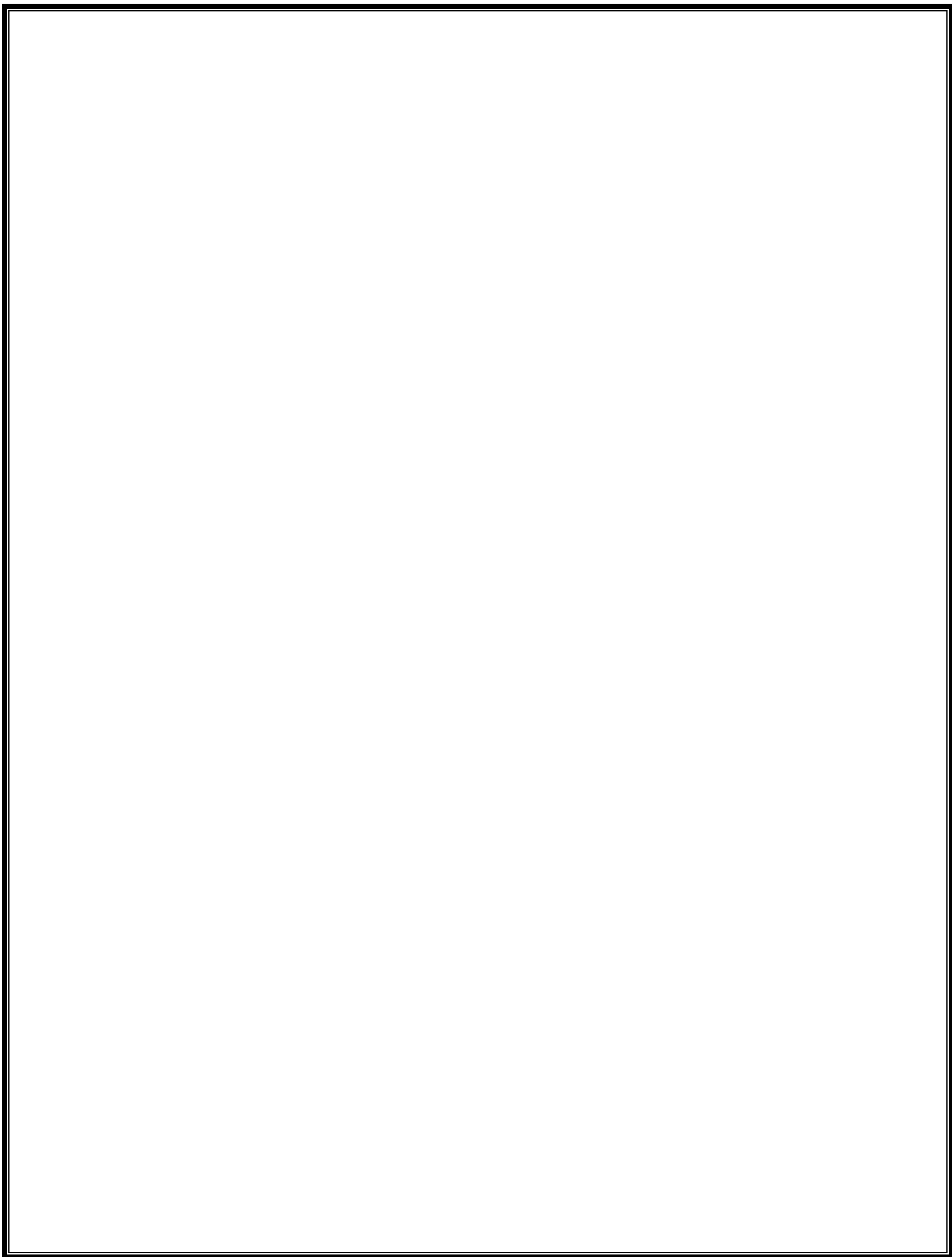
Como constructo, se le conceptualiza el apoyo social desde dos dimensiones: la estructural y la funcional. La primera hace referencia al tamaño de la red social y la segunda a la utilidad que ésta tiene. El apoyo funcional, a su vez, se compone multifactorialmente por tres tipos de recursos: a) emocionales: donde el apoyo social se expresa a través de empatía, amor y confianza; b) instrumentales: en el cual se aporta a la solución de problemas; y c) informativos: a través del cual se obtiene información útil para afrontar un problema.⁽¹⁹⁾

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 provocando que el fracaso de la terapia antihipertensiva sea común teniendo como principal causa de esto la falta de apego 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 apego.⁽²⁰⁾

Se realizó un estudio de las representaciones sociales de la hipertensión arterial según género con el objetivo de identificar, de acuerdo al género, la estructura de las representaciones sociales de la hipertensión arterial que presentan los/as pacientes hipertensos/as. El diseño fue descriptivo comparativo, de corte transversal, utilizando metodología cuantitativa y cualitativa. La muestra estuvo integrada por 200 pacientes hipertensos/as adultos/as (100 varones y 100 mujeres), reclutados/as de distintos centros de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina). Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario sociodemográfico y clínico, la Asociación de palabras de Abric y el Cuestionario sobre creencias de la hipertensión arterial, elaborado ad hoc. Los resultados denotaron cierta reproducción de los estereotipos de género en el anclaje de las representaciones sociales. Los varones se refieren más a los aspectos biomédicos y las mujeres a los factores emocionales. El énfasis en una de las causas de esta problemática conllevaría el riesgo de que cada grupo no se sienta vulnerable frente a otros factores que también influyen en el enfermar.⁽²¹⁾

Recientemente, se ha sugerido que las enfermedades crónico-degenerativas, las cuales se consideran no transmisibles, se pueden contagiar socialmente. Esto no quiere decir que una persona con cáncer pueda propagar la enfermedad con algún contacto físico; lo que se contagia no es la enfermedad, sino los factores de riesgo, y el contagio no es físico, sino social, por ejemplo, si una persona tiene ciertos hábitos que incrementan su propensión para desarrollar diabetes, las personas que tienen contacto social con ella (amigos, familiares, compañeros) pueden adoptar el mismo hábito. Se ha medido estadísticamente que esta influencia social puede afectar a personas a tres grados de distancia; esto quiere decir que yo afecto a mis amigos, a los amigos de mis amigos, y a los amigos de los amigos de mis amigos, aunque no los conozca; lo anterior no implica que una sola persona sea la causa de riesgo en millones de personas para desarrollar alguna enfermedad. La propagación social de hábitos es probabilística, al igual que la propagación de agentes infecciosos, lo que es más en la propagación social de hábitos no hay una sola trayectoria que puede rastrearse a un origen, como se da en el caso de las epidemias infecciosas, ya que las enfermedades crónico-degenerativas pueden desarrollarse por causas múltiples, no es posible aislar los distintos medios de su propagación. El número de vías causales (interacciones sociales) en una población es inmenso, si para una sola persona tenemos más de tres millones de vías de influencia posible, para toda la población de México estaríamos hablando de más de trescientos cincuenta billones (millones de millones) de influencias posibles.⁽²²⁾

Se realizó un estudio en el cual analizaron las concepciones culturales del concepto de bienestar de personas con padecimientos crónicos y del personal de salud, con la finalidad de identificar coincidencias y discrepancias que pudieran ayudar o dificultar el proceso de promoción y de atención a la salud. Se realizó un estudio antropológico cultural con 40 personas con padecimientos crónicos y 51 profesionales de la salud de Guadalajara (México), en el cual se observó un mayor consenso en la conceptualización del término bienestar de las personas con padecimientos crónicos que entre el personal de salud. Las coincidencias, entre personas con enfermedades crónicas y profesionales de la salud incluyen la visión holística y los componentes del concepto: tener trabajo, dinero, salud, tranquilidad y felicidad; mientras que para el personal de salud el constructo se relaciona con la comodidad, la confianza, la estabilidad, la seguridad, la armonía y el amor además de una actitud positiva. Se concluyó que existen más discrepancias que coincidencias en la conceptualización cultural del constructo bienestar en una muestra de personas con enfermedades crónicas y profesionales de la salud. Es importante que ambos actores conozcan el punto de vista del otro para generar programas más exitosos de promoción y atención de la salud, así como de prevención de enfermedades.⁽²³⁾



Las dificultades existentes en el seguimiento de las indicaciones médicas por los enfermos crónicos hacen del estudio de la adherencia a los tratamientos una línea de investigación importante y presente. El presente trabajo tiene como objetivo presentar un marco conceptual que fundamenta desde el punto de vista teórico la comprensión del concepto de adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas en contraposición al uso de otros términos utilizados en la investigación y la práctica médica. En este grupo se destaca el papel del apoyo social y familiar en la ejecución de las prescripciones terapéuticas. Las personas que sienten que reciben apoyo de otros tienen más probabilidades de seguir las recomendaciones médicas que aquellos con menor apoyo social o con inestabilidad familiar o aislamiento. Los grupos sociales y sus normas respecto al comportamiento preventivo pueden ejercer presión sobre sus miembros para que se ajusten las indicaciones médicas. La familia anima a mantener el régimen médico, apoya en la búsqueda de estrategias y recursos materiales que facilitan el cumplimiento y a veces asume una parte de la responsabilidad en este proceso. Por lo anterior se señala que el apoyo familiar y los vínculos que se establecen en esta red pueden contribuir tanto a incrementar como a disminuir la ejecución de recomendaciones facultativas. ⁽²⁴⁾

En el caso de los enfermos crónicos, parece que existe un acuerdo en que la calidad de vida es el resultado de la situación del enfermo en al menos los cuatro dominios siguientes: A) el estatus funcional: Se refiere a la capacidad para ejecutar una gama de actividades que son normales para la mayoría de las personas. Las cuatro categorías que se incluyen comúnmente son el autocuidado (alimentarse, vestirse, bañarse y usar los servicios); la movilidad (capacidad para moverse dentro y fuera de la casa); las actividades físicas (andar, subir escaleras, etc.). B) Presencia y gravedad de síntomas relacionados con la enfermedad y relacionados con el tratamiento. Los síntomas físicos de los que los enfermos crónicos informan, como resultado del proceso de enfermedad o del tratamiento, son muy diversos en función del tipo de enfermedad, de su estadio, y otros muchos factores. C) El funcionamiento psicológico (ajuste o adaptación psicológicos). Aunque hay diferencias importantes, numerosos estudios han puesto de relieve niveles elevados de distrés psicológico entre los pacientes de enfermedades crónicas. D) El funcionamiento social (ajuste o adaptación social). El trastorno de las actividades sociales normales es bastante común en los enfermos crónicos, y es el resultado de diferentes factores como: limitaciones funcionales debidas al dolor y/o la fatiga; el miedo del paciente a ser una carga para los demás; el azoramiento por los síntomas o las discapacidades; sentimientos de incomodidad entre los miembros de la red social del paciente; miedo al contagio, etc. ⁽²⁵⁾



En el año 2009 se estimó que 40 % del gasto médico fue para los diagnósticos de hipertensión arterial, 36 % para Diabetes Mellitus y un 13% para insuficiencia renal. ⁽²⁶⁾

Se realizó un estudio en mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido tuvo como objetivo comprender la percepción de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, sobre el apoyo social y la relación de este con el autocuidado. Fueron seleccionadas cuatro participantes, dos con elevados niveles de apoyo social y dos con bajos niveles de apoyo social para hacer las entrevistas biográficas de carácter narrativo. Se crearon ejes que relacionan los principales contenidos de las entrevistas, como la historia de la enfermedad y el despertar del cuidado, autocuidado como empoderamiento y como una mirada de sí, cuidado y apoyo social. Se identifica que el diagnóstico del cáncer de mama ejerció un papel clave en el despertar de prácticas de autocuidado a pesar de los riesgos de salud y de las vivencias de apoyo fragilizado. ⁽²⁷⁾

En Chile se realizó un estudio sobre Apoyo social y salud cardiovascular: adaptación de una escala de apoyo social en pacientes hipertensos y diabéticos en la atención primaria chilena. Con el objetivo de realizar un instrumento para medir el apoyo social percibido en pacientes bajo control por hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Conclusiones: El instrumento obtenido posee buenas propiedades sicométricas y es aplicable en nuestra población. Los ítems agregados aumentan su consistencia interna pero no aportan información nueva sobre el apoyo social percibido, lo que sugiere la aplicación del instrumento en su versión original, lo cual es consistente con estudios anteriores. ⁽²⁸⁾

Dentro de los principales aspectos que relacionan a la familia con la enfermedad crónica, está: a) la familia puede influir en el curso de la enfermedad crónica, entendiendo que la interacción entre la familia y la tipología de la enfermedad pueden tener una influencia positiva o negativa sobre el curso del proceso crónico; y b) la familia como recurso. Conviene destacar que la familia es la fuente principal de apoyo social con que cuenta el paciente crónico para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, destacando el papel de la cuidadora primaria, que es la que aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional. ⁽²⁹⁾

Los estudios sobre el apoyo social y su influencia sobre la salud constituyen una prioridad de investigación recomendada por la Oficina Regional de la OMS para Europa. ⁽³⁰⁾

JUSTIFICACIÓN

Es importante que se realicen estudios en México sobre el apoyo social en enfermedades crónicas, principalmente en aquellas como la HAS por su gran efecto en los recursos de los sistemas de salud, ya que son de gran impacto económico y social, así como las complicaciones secundarias por el descontrol de la presión arterial, las cuales son prevenibles y esto sin duda mejora la calidad de vida de los pacientes con HAS.

Muchos estudios hacen referencia de los beneficios sobre la salud que tiene la percepción de estar recibiendo apoyo social. La conceptualización del constructo de apoyo social ha sido consensuada con dificultad dentro de la literatura científica, aunque están abiertas líneas de investigación sobre los efectos del apoyo social en el proceso de salud-enfermedad. El apoyo social hace referencia a los comportamientos de solidaridad provenientes de diferentes personas, sean estas pertenecientes al sistema de salud, familiares, vecinos, amigos o cualquier otra persona que esté en condiciones de brindar ayuda.

Es de suma importancia evaluar el apoyo social que reciben los pacientes con HAS, ya que de esta manera se tendrán parámetros estadísticos fidedignos en nuestro país y se podrán realizar medidas preventivas y resolutivas que mejoren el apoyo social para un adecuado control de tensión arterial.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

México es uno de los países con mayor prevalencia de pacientes con hipertensión arterial sistémica y es importante conocer los factores bioquímicos que desencadenan la elevación de la presión arterial en pacientes con esta patología, sin embargo un factor que se ha estudiado poco y que se refleja en el descontrol de los pacientes con hipertensión arterial es el encarecimiento en el apoyo social, el cual es un factor que tiene efecto protector sobre múltiples parámetros relacionados con la salud, así como en el control de enfermedades crónicas como es el caso de HAS.

Es por ello, que se quiere enfatizar y evaluar el apoyo social de pacientes con hipertensión arterial, y de esta manera proponer nuevas estrategias de educación y redes de apoyo social para tener un adecuado control de la presión arterial. De esta manera, se propone el siguiente planteamiento de investigación:

¿Cuál es el apoyo social en pacientes con hipertensión arterial sistémica que acuden a consulta externa en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” del Instituto Mexicano del Seguro Social?

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el apoyo social en pacientes con hipertensión arterial sistémica que acuden a consulta externa en el hospital general de zona con unidad de medicina familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del IMSS.

Objetivos específicos

- 1.-Determinar el apoyo social en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica.
- 2.-Analizar el control de tensión arterial en pacientes con adecuado apoyo social.

HIPÓTESIS

Se desarrolla la siguiente hipótesis con fines educativos, basado en los propósitos de este estudio se plantearon las siguientes hipótesis:

Hipótesis nula (H0):

Los pacientes con hipertensión arterial sistémica que acuden a consulta externa no tienen adecuado apoyo social en el hospital general de zona con unidad de medicina familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Hipótesis alterna (H1):

Los pacientes con hipertensión arterial sistémica que acuden a consulta externa tienen adecuado apoyo social en el hospital general de zona con unidad de medicina familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Este es un estudio descriptivo, transversal, prospectivo y observacional.

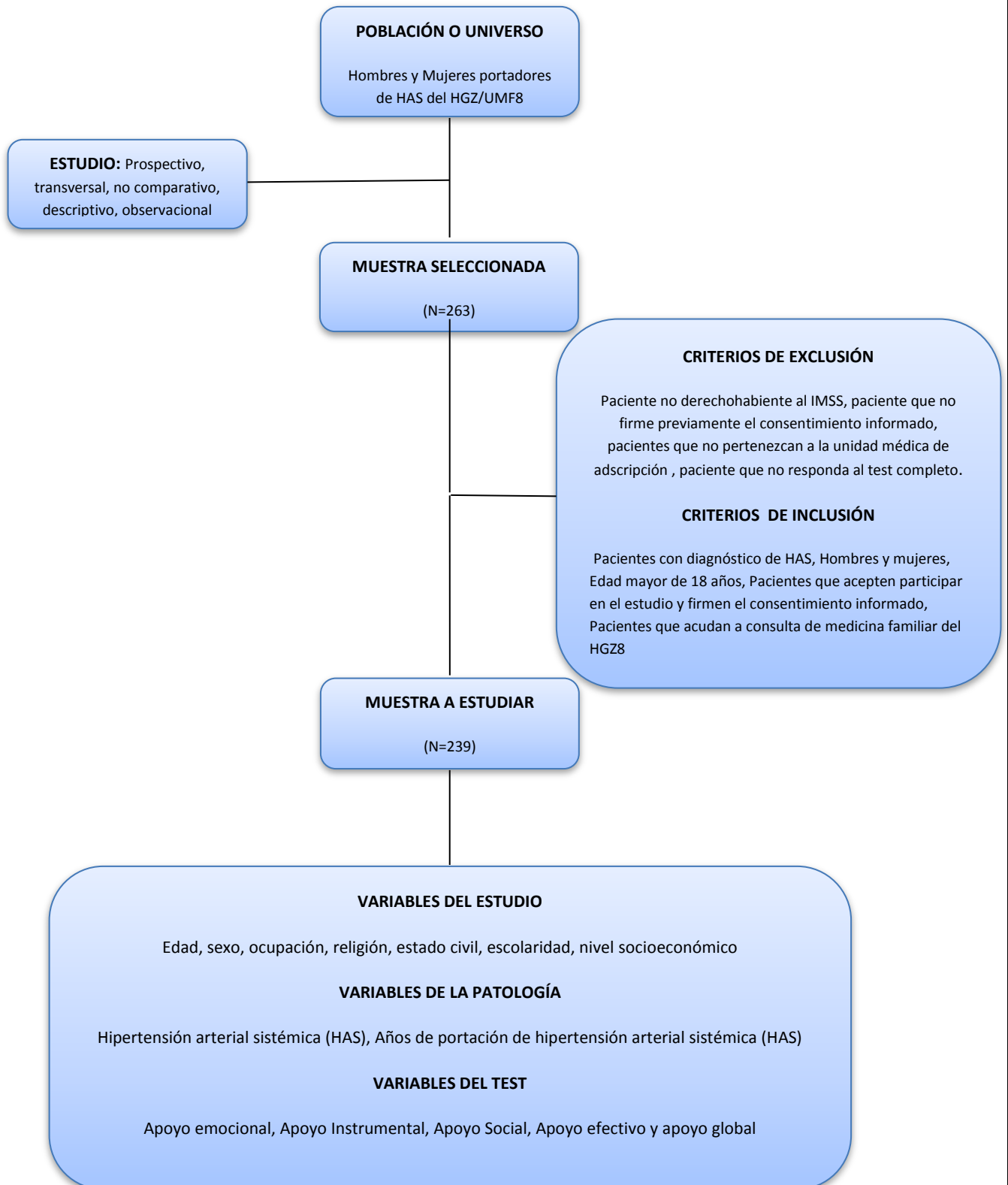
- a) Transversal: Según el número de una misma variable o el periodo y la secuencia del estudio

- b) Prospectivo: Según proceso de tiempo de ocurrencia de los hechos y el registro de la información

- c) Descriptivo: Según el control de las variables y el análisis y alcance de los resultados

- d) Observacional: Ya que la investigación solo va a describir el fenómeno estudiado.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN



ELABORÓ: DIEGO GIOVANNI CORREA GAYTÁN

POBLACIÓN O UNIVERSO

El estudio se realizó en una población urbana en HGZ/UMF 8” Dr. Gilberto Flores Izquierdo” en la Ciudad de México, en pacientes con HAS que acudan al servicio de consulta externa.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

La investigación se llevó a cabo en el HGZ/UMF8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” que se ubica en Rio Magdalena No 289 Tizapán San Ángel, Álvaro Obregón. CP 01090 Ciudad de México en un periodo comprendido de 3 años.

MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica necesaria fue de 239 pacientes con un intervalo de confianza de 90%. Con una proporción del 0.30 con amplitud del intervalo de confianza 0.10

Definición de conceptos del tamaño de la muestra

N= Número total de individuos requeridos

Z alfa=Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P=Proporción esperada

(1-P) =Nivel de confianza del 90%

W=Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4 Z^2 P (1-P)}{W^2}$$

$$W^2$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con diagnóstico de HAS
- Sexo indistinto
- Pacientes mayores de 18 años

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Paciente no derechohabiente al IMSS
- Paciente que no firme previamente el consentimiento informado
- Pacientes que no pertenezcan a la unidad médica de adscripción
- Pacientes que no sabían leer ni escribir

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que no llenaron completamente la Encuesta de Apoyo social (MOS)
- Pacientes que contestaron con más de una respuesta por pregunta

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Apoyo social

VARIABLE INDEPENDIENTE

Hipertensión Arterial Sistémica

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- Edad
- Sexo
- Ocupación
- Religión
- Estado civil
- Escolaridad
- Nivel socioeconómico

VARIABLES DE LA ENFERMEDAD

- Hipertensión Arterial Sistémica
- Años de portación de HAS

VARIABLES DE INSTRUMENTO

- Apoyo emocional/informacional
- Apoyo instrumental
- Interacción social
- Apoyo afectivo
- Apoyo global

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Edad: tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento: la edad se suele expresar en años.

Sexo: se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos.

Ocupación: Es el oficio o profesión (cuando se desempeña en ésta) de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido. Generalmente se define en términos de la combinación de trabajo, tareas y funciones desempeñadas

Religión: Una religión es una colección organizada de creencias, sistemas culturales y cosmovisiones que relacionan a la humanidad a un tipo de existencia.

Estado civil: situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, adquiriendo derechos y deberes al respecto.

Escolaridad: Promedio de grados que la población, en un grupo de edad, ha aprobado dentro del sistema educativo

Nivel socioeconómico: posición de un individuo/hogar dentro de una estructura social jerárquica.

Hipertensión arterial sistémica: Es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras > 140/90mmHg. Es producto del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico, e incrementa la morbimortalidad de diferentes enfermedades vasculares: enfermedad cerebrovascular, infarto del miocardio, insuficiencia cardíaca, enfermedad arterial periférica, retinopatía hipertensiva e insuficiencia renal crónica; es la tercera causa de discapacidad ajustada por años de vida productiva.

Apoyo emocional: La expresión de afecto y comprensión empática, así como la guía y oferta de consejos e información.

Apoyo instrumental: La provisión de ayuda material que pueda recibir la persona.

Apoyo social: La disponibilidad de personas con las cuales puede salir, divertirse o distraerse

Apoyo afectivo: Las expresiones de amor y de afecto.

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES

NOMBRE	TIPO	ESCALA	VALOR
Edad	Cuantitativa	Continua	años
Edad	Cuantitativa	Nominal	1.- >18-50 años 2.- Mayores de 51 años
Sexo	Cualitativa	Nominal	1.- Femenino 2.- Masculino
Ocupación	Cualitativa	Nominal	1.- Empleado 2.-Desempleado 3.-Jubilado
Religión	Cualitativa	Nominal	1.-Católico 2.-Cristiano 3.-Mormon 4.-Testigo de Jehová 5.- Otros
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1.-Soltero 2.-Casado 3.-Divorciado 4.-Viuda 5.- Unión libre
Escolaridad	Cualitativa	Nominal	1.- Analfabeta 2.-Primaria 3.-Secundaria 4.- Bachillerato 5.- Técnico 6.- Licenciatura 7.- Posgrado
Nivel socioeconómico	Cualitativa	Nominal	1.- Baja-Baja 2.-Baja-Alta 3.- Media-Baja 4.-Media-Alta 5.-Alta-Baja 6.-Alta-Alta

ELABORÓ: DIEGO GIOVANNI CORREA GAYTÁN

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
Años de evolución	Cuantitativa	Nominal	1= Menos de 5 años 2= 5 a 10 años 3= Más de 10 años
Control de enfermedad	Cualitativa	Nominal	1= Controlada (menor 140/90mmHg) 2= No controlada (mayor 140/90mg/dl)

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
APOYO EMOCIONAL/INFO RMACIONAL	Cualitativa	Nominal	1= Con apoyo emocional (igual o mayor de 24 puntos) 2= Falta de apoyo emocional (menor de 24 puntos)
APOYO INSTRUMENTAL	Cualitativa	Nominal	1= Con apoyo instrumental (igual o mayor de 12 puntos) 2= Falta de apoyo instrumental (menor a 12 puntos)
INTERACCIÓN SOCIAL	Cualitativa	Nominal	1= Con interacción social (igual o mayor a 12 puntos) 2= Falta de interacción social (menor a 12 puntos)
APOYO AFECTIVO	Cualitativa	Nominal	1= Con apoyo afectivo (igual o mayor a 9 puntos) 2= Falta de apoyo afectivo (menor a 9 puntos)

APOYO SOCIAL	Cualitativa	Nominal	1= Apoyo social (igual o mayor a 57 puntos) 2= Apoyo social escaso (menor de 57 puntos) ELABORÓ: DIEGO GIOVANNI CORREA GAYTÁN
--------------	-------------	---------	--

ELABORÓ: DIEGO GIOVANNI CORREA GAYTÁN

DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 20 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza (IC) del 90%. El tipo de muestra fue representativa y se calculó a través de su prevalencia del 31%.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

Para determinar el apoyo social en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica se utilizó Encuesta de Apoyo Social (el cuestionario MOS) para evaluar apoyo social.

El cuestionario Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOS; Sherbourne y Stewart, 1991), es uno de los varios instrumentos desarrollados para el Medical Outcomes Study, un estudio de desenlaces médicos durante dos años en pacientes con enfermedades crónicas.

Interpretación.

Este cuestionario cuenta con un total de 20 ítems, y más que evaluar las condiciones relacionadas con la salud evalúa el apoyo social percibido por las personas. El ítem número 1 hace referencia al tamaño de la red social y los 19 ítems restantes están referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional: emocional/informacional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo. Las opciones de respuesta están dadas a través de una escala Likert de 1 (Nunca) a 5 (Siempre).

La distribución factorial original de los ítems se presenta de la siguiente manera: apoyo emocional/informacional (ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19), apoyo instrumental (ítems 2, 5, 12 y 15), interacción social positiva (ítems 7, 11, 14 y 18) y apoyo afectivo (ítems 6, 10 y 20).

El cuestionario está dividido en 4 dimensiones: 1). Apoyo emocional con 8 ítems, un rango de 8 a 40 puntos y un punto de corte de 24 puntos, 2). Apoyo instrumental con 4 ítems, un rango de 4 a 20 puntos y un punto de corte de 12

puntos, 3). Interacción social positiva con 4 ítems, un rango de 4 a 20 puntos y un punto de corte de 9 puntos, 4). Apoyo afectivo con 3 ítems, un rango de 3 a 15 puntos y un punto de corte de 9.

Se empleó el coeficiente del alfa de Cronbach para medir la consistencia interna de la escala y en cada uno de los 4 factores se obtuvieron valores cercanos a 1, lo que corroborará la consistencia de la prueba. La escala tiene un índice de confiabilidad de alfa de Cronbach de .94 para el total de la misma.

METÓDO DE RECOLECCIÓN

En este estudio participaron pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de HGZ/UMF#8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión fueron invitados de forma verbal a participar en el proyecto de investigación, informándosele en qué consistía dicho estudio de investigación. Para aquellos pacientes que aceptaron participar, se les entregó la carta de consentimiento informado (anexo 2), la cual se les pidió leyera detenidamente y si estaban de acuerdo la firmaron.

Posteriormente se aplicó el instrumento de manera individual.

El cuestionario tuvo un tiempo límite de 10 minutos, recordándoles a los pacientes que cada pregunta no requiere de más de una respuesta por categoría.

Una vez completada la muestra del estudio, se procedió a aplicar los criterios de eliminación dejando por separado aquellos cuestionarios incompletos o con más de una respuesta por categoría. Por último, se procedió a recolectar los datos en una hoja de cálculo para formar la unidad de análisis.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS

CONTROL DE SEGOS DE INFORMACIÓN: Se realizó una revisión sistemática de la literatura con la mejor evidencia médica disponible mediante buscadores electrónicos. Los participantes nunca conocieron las hipótesis de estudio.

CONTROL DE SEGOS DE SELECCIÓN: Se aplicó el cuestionario en forma individual a partir de los criterios de inclusión y considerando los de exclusión. La prueba se realizó en 10 minutos. Durante la aplicación del cuestionario fue importante recordar que las respuestas no requieren aceptar ayuda de otras personas. Si el sujeto preguntaba el significado de una palabra, deberá darse la definición de la misma del diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Se empleó el coeficiente del alfa de Cronbach para medir la consistencia interna de la escala y en cada uno de los 4 factores se obtuvieron valores cercanos a 1, lo que corroborará la consistencia de la prueba. La escala tiene un índice de confiabilidad de alfa de Cronbach de .94 para el total de la misma. Se registraron y analizaron todos los datos obtenidos de los cuestionarios adecuadamente, excluyendo los cuestionarios que se encontraron sin concluir y siendo cuidadosos en la interpretación de los datos recabados.

CONTROL DE SEGOS DE ANÁLISIS: Se registraron y analizaron los datos correctamente en Excel, usando como estrategia el uso de rangos, verificando la existencia de números no válidos para el programa. Otra estrategia fue ordenar los números de mayor a menor en cada columna de la base de datos para identificar valores fuera de los establecidos y proceder a su corrección. Toda la información fue validada mediante un programa epidemiológico.

CONTROL DE SEGOS DE MEDICIÓN: Se utilizaron las escalas de medición del instrumento en base a la bibliografía para evitar errores en la interpretación de resultados.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HGZ/UMF NO 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.
TÍTULO DE LA TESIS:

**“EVALUACIÓN DEL APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL SISTÉMICA QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA EN EL
HGZ/UMF NO 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**
2015

FECHA	MAR 2015	ABR 2015	MAY 2015	JUN 2015	JUL 2015	AGO 2015	SEP 2015	OCT 2015	NOV 2015	DIC 2015	ENE 2015	FEB 2015
TÍTULO	X											
ANTECEDENTES		X										
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA			X	X								
OBJETIVOS					X							
HIPÓTESIS						X						
PROÓSITOS							X					
DISEÑO METODOLÓGICO								X	X			
ANÁLISIS ESTADÍSTICO										X		
CONSIDERACIONES ÉTICAS											X	
RECURSOS											X	
BIBLIOGRAFÍA											X	
ASPECTOS GENERALES												X
ACEPTACIÓN												X

ELABORÓ: DIEGO GIOVANNI CORREA GAYTÁN

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HGZ/UMF NO 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.
TITULO DE LA TESIS:

**“EVALUACIÓN DEL APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
 ARTERIAL SISTÉMICA QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA EN EL
 HGZ/UMF NO 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

2016/2017

FECHA	MAR 2016	ABR 2016	MAY 2016	JUN 2016	JUL 2016	AGO 2016	SEP 2016	OCT 2016	NOV 2016	DIC 2016	ENE 2017	FEB 2017
PRUEBA PILOTO												
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO		X										
RECOLECCION DE DATOS			X	X	X	X	X	X	X			
ALMACENAMIENTO DE DATOS										X		
ANALISIS DE DATOS										X		
DESCRIPCION DE DATOS											X	
DISCUSIÓN DE DATOS											X	X
CONCLUSION DEL ESTUDIO												X
INTEGRACION Y REVISION FINAL												X
REPORTE FINAL												X
AUTORIZACIONES												X
IMPRESION DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X

ELABORÓ: DIEGO GIOVANNI CORREA GAYTÁN

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio de investigación se realizó de acuerdo con las normas éticas de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, así como por la NOM-012-SSA3-2012, la cual establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, garantizando a los pacientes entrevistados el mejor método diagnóstico y tratamiento con el que cuenta esta institución.

Se explicó ampliamente a los pacientes que en caso de no aceptar participar en el estudio no afectaría de ningún modo la relación médico/paciente ni con el tratamiento establecido por el médico. Se solicitó el consentimiento verbal y por escrito del cuidador.

Los participantes en este estudio estuvieron enterados y de acuerdo con el uso que se dio y dará a la información proporcionada. De acuerdo a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, garantizándose la seguridad, confidencialidad y el anonimato de las personas que proporcionaron los datos. Se evitó el uso de datos para fines diferentes a los que autorizó el sujeto de estudio. Se evitará el uso de este material con objetivos de investigación distintos a los autorizados, aún años después de su almacenamiento, requiriendo del nuevo consentimiento del participante.

Una vez recolectados los datos, su manejo, análisis e interpretación se realizaron de acuerdo con el protocolo de estudio y se evitó la manipulación de los mismos que buscarán obtener resultados a “conveniencia” del autor.

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO

Para la realización de este estudio se contaron con recursos humanos como el investigador principal además de los asesores. Se llevó a cabo dentro de las instalaciones del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”. Además, para la recolección de datos se realizó una encuesta aplicativa para las variables socio-demográficas y el cuestionario MOS con las suficientes fotocopias para el total de la muestra, así como lápices, plumas, borradores, etc. Para el análisis de los datos obtenidos se contó con un equipo de cómputo hp con sistema operativo Windows 8, con el programa SPSS 20 para análisis estadístico y una memoria externa de 8 GB para el respaldo de la información. Todos los costos generados para la realización del estudio fueron solventados por el autor principal del estudio.

Los recursos utilizados en la presente investigación se mencionan en la siguiente tabla:

TÍTULO	TIPO	NÚMERO
RECURSOS HUMANOS	Encuestador	1
RECURSOS MATERIALES	Computadora	2
	Impresora	1
	Tinta para impresora	1
	Hojas blancas	600
	Lápices	10
	Internet	1
	Fotocopias	600
	Calculadora	1
	Programa SPSS 22	1
	Diccionario	1
FINANCIAMIENTO	El estudio fue financiado por el investigador	

ELABORÓ: DIEGO GIOVANNI CORREA GAYTÁN

RESULTADOS

Se estudió a un total de 263 pacientes con hipertensión arterial sistémica, de los cuales se excluyeron 3 pacientes debido a que no cumplían con los criterios de selección, por lo que la muestra total final fue de 260 pacientes en el H.G.Z. / U.M.F. No. 8. La media de edad fue de 60.90 años con una mediana de 61 años y una moda de 70 años. Además, cuenta con una desviación estándar de 12.673 años, un valor mínimo de 28 años y un valor máximo de 91 años.

La media en años de evolución de la enfermedad fue de 9.63, una mediana de 8.00 y una moda de 3. Cuenta con una desviación estándar de 5.97, un valor mínimo de 1 y un valor máximo de 30.

En la sección de rangos de edad se encontró 64 (24.6%) de 18 a 50 años de edad, 196 (75.4%) mayores de 51 años de edad. (Ver tabla y gráfico 1)

En cuanto al sexo se encontró 147 (56.5%) pertenecientes al sexo femenino y 113 (43.5%) al sexo masculino. (Ver tabla y gráfico 2)

Por otra parte, respecto a la ocupación actual observamos 64 (24.6%) empleados, 72 (27.7%) desempleados y 124 (47.7%) jubilados. (Ver tabla y gráfico 3)

Dentro del rubro religión se observó 147 (56.5%) católicos, 37 (14.2%) cristianos, 11 (4.2%) mormones, 16 (6.2%) testigos de Jehová y por último 49 (18.9%) con otra religión. (Ver tabla y gráfico 4)

Dentro de la sección de estado civil se encontró 30 (11.5%) solteros, 91 (35%) casados, 47 (18.1%) divorciados, 62 (23.8%) viudos y 30 (11.5%) en unión libre. (Ver tabla y gráfico 5)

De acuerdo con la escolaridad se observaron 4 (1.5%) Analfabetas, 46 (17.7%) con primaria, 75 (28.8%) con secundaria, 47 (18.1%) con bachillerato, 50 (19.2%) con carrera técnica, 33 (12.7%) con licenciatura y 5 (1.9%) con Posgrado. (Ver tabla y gráfico 6)

En el rubro de nivel socioeconómico se hallaron 2 (.8%) Baja-Baja, 13 (5%) Baja-Alta, 220 (84.6%) Media-Baja, y 25 (9.6%) Media-Alta. (Ver tabla y gráfico 7)

En la sección de años de enfermedad en rangos se encontró 60 (23.1%) menos de 5 años, 83 (31.9%) de 5 a 10 años y 117 (45%) más de 10 años. (Ver tabla y gráfico 8)

En el rubro de control de enfermedad, se obtuvieron 210 (80.8%) controlados y 50 (19.2%) No controlados. (Ver tabla y gráfico 9)

Con respecto al apoyo emocional 218 (83.8%) lo tienen y 42 (16.2%) no lo tienen.
(Ver tabla y gráfico 10)

Dentro del apoyo instrumental se observó 230 (88.5%) lo tienen y 30 (11.5%) no lo tienen.
(Ver tabla y gráfico 11)

En cuanto al apoyo de interacción social positiva obtuvimos 235 (90.4%) cuentan con él, y 25 (9.6%) no lo tienen.
(Ver tabla y gráfico 12)

Por otra parte, dentro de apoyo afectivo se observó 243 (93.5%) lo tienen y 17 (6.5%) no lo tienen.
(Ver tabla y gráfico 13)

Por último, el índice global de apoyo social, encontramos 234 (90%) que lo tienen y 26 (10%) no tienen.
(Ver tabla y gráfico 14)

En relación con la edad y apoyo social en pacientes con HAS se encontró para el rango de edad de 18 a 50 años 57 (21.9%) con adecuado apoyo social y 7 (2.7%) sin apoyo social. Mientras que en el rango de igual o mayor a 51 años se observó 177 (68.1%) con adecuado apoyo social, 19 (7.3%) sin apoyo social.
(Ver tabla y gráfico 15)

Respecto a la asociación de sexo y apoyo social en pacientes con HAS, se detectó en el sexo femenino 130 (50%) si tienen apoyo social y 17 (6.5%) no lo tienen. En tanto que en el sexo masculino 104 (40%) tienen el apoyo social y 9 (3.5%) no cuentan con apoyo social.
(Ver tabla y gráfico 16)

Dentro del rubro de asociación entre ocupación y apoyo social se observó en la categoría de empleados 60 (93.8%) cuentan con apoyo social, 4 (6.2%) no tienen apoyo social. Por otra parte, los desempleados 58 (80.6%) que presentan apoyo social, 14 (19.4%) no tienen apoyo social y por último jubilados 116 (93.5%) con apoyo social y 8 (6.5%) no tienen apoyo social.
(Ver tabla y gráfico 17)

Con respecto a la asociación de religión y apoyo social en pacientes con HAS, se encontró en quienes son católicos 132 (89.8%) con apoyo social, 15 (10.2%) no tiene apoyo social. Respecto a quienes son cristianos 34 (91.9%) tiene apoyo social y 3 (8.1%) no tienen apoyo social. Las personas mormonas 9 (81.8%) tienen apoyo social y 2 (18.2%) no cuentan con el apoyo social. Por otro lado, los testigos de Jehová 15 (93.8%) tiene apoyo social y 1 (6.2%) no tiene apoyo social. Por último, las personas con otras creencias religiosas 44 (89.8%) tienen apoyo social y 5 (10.2%) no tienen apoyo social.
(Ver tabla y gráfico 18)

En lo referente al estado civil y apoyo social en pacientes con HAS, se encontraron en solteros 29 (11.1%) con apoyo social y 1 (0.4%) no tiene apoyo social. En los casados 86 (33.1%) con apoyo social y 5 (1.9%) no cuentan con apoyo social. En pacientes divorciados 37 (14.2%) tienen apoyo social y 10 (3.9%) no tienen apoyo social. En pacientes viudos 56 (21.6%) tienen apoyo social y 6 (2.3%) no tiene apoyo social y por último pacientes en unión libre 26 (10%) con apoyo social y 4 (1.5%) no tienen apoyo social. ^(Ver tabla y gráfico 19)

De acuerdo con la asociación de escolaridad y apoyo social en pacientes con HAS, se obtuvo que quienes pacientes analfabetas 4 (1.5%) tienen apoyo social, con primaria 30 (11.5%) tienen apoyo social y 16 (6.1%) no tienen apoyo social. Pacientes con secundaria 69 (26.5%) con apoyo social y 6 (2.3%) no tienen apoyo social. Por otra parte, pacientes con bachillerato 44 (17%) tiene apoyo social y 3 (1.2%) no cuentan con apoyo social. Pacientes con carrera técnica 49 (18.9%) tiene apoyo social y 1 (0.4%) no tiene apoyo social. Pacientes con licenciatura 33 (12.7%) tienen apoyo social, y por último pacientes con estudios de posgrado 5 (1.9%) tienen apoyo social. ^(Ver tabla y gráfico 20)

En lo referente a la asociación de nivel socioeconómico y apoyo social en pacientes con HAS, se obtuvo que pacientes con clase Baja-Baja 2 (0.8%) No tienen apoyo social, pacientes con clase Baja-Alta 9 (3.4%) tienen apoyo social y 4(1.5%) no tiene apoyo social. Pacientes con clase Media-Baja 200 (77%) cuentan con apoyo social y 20 (7.7%) no tienen apoyo social. Por último, pacientes con clase Media-Alta 25 (9.6%) tienen apoyo social. ^(Ver tabla y gráfico 21)

Con respecto a la asociación de años de evolución en rangos de edad y el apoyo social se encontró que pacientes con menos de 5 años de evolución de enfermedad 57 (22%) tienen apoyo social y 3 (1.2%) no cuentan con apoyo social. Pacientes con 5 a 10 años de evolución de la enfermedad 75 (28.8%) tienen apoyo social y 8 (3%) no tienen apoyo social. Por último, pacientes con más de 10 años de evolución de la enfermedad 102 (39.2%) cuentan con apoyo social y 15 (5.8%) no tienen apoyo social. ^(Ver tabla y gráfico 22)

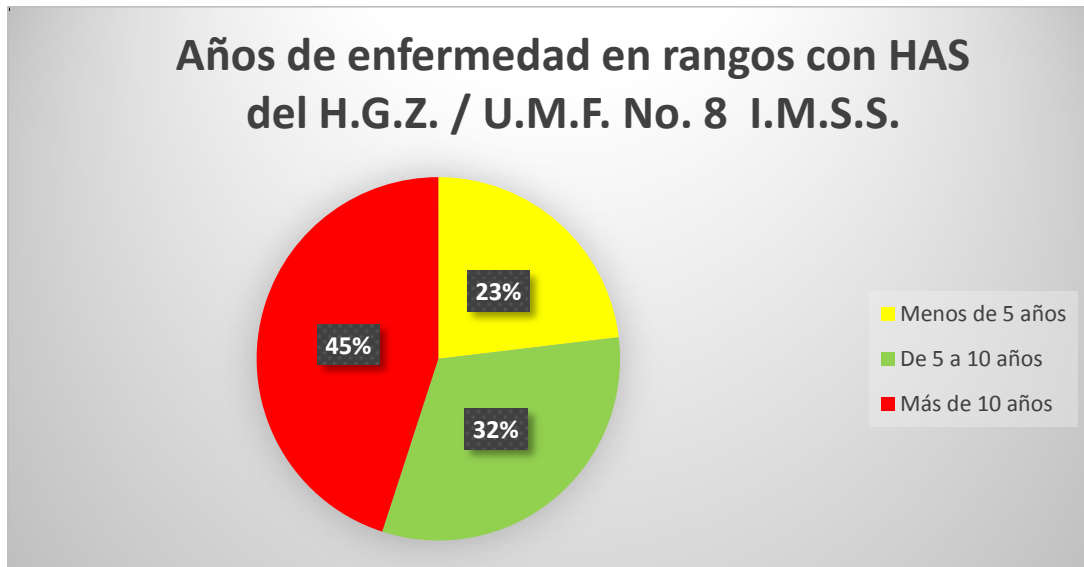
En la asociación de control de enfermedad y apoyo social, se encontró que pacientes controlados de la enfermedad 206 (79.2%) cuentan con apoyo social y 4 (1.5%) no tienen apoyo social. Por último, pacientes No controlados de la enfermedad 28 (10.8%) tienen apoyo social y 22 (8.5%) no cuentan con el apoyo social. ^(Ver tabla y gráfico 23)

Tabla 1

Rangos de edad en pacientes con HAS del H.G.Z./U.M. F No.8 I.M.S.S.		
Rangos de edad (años)	Frecuencia	Porcentaje
De 18 a 50	64	24.6
De más de 51	196	75.4
Total	260	100.0

Fuente: n=260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Gráfica 1



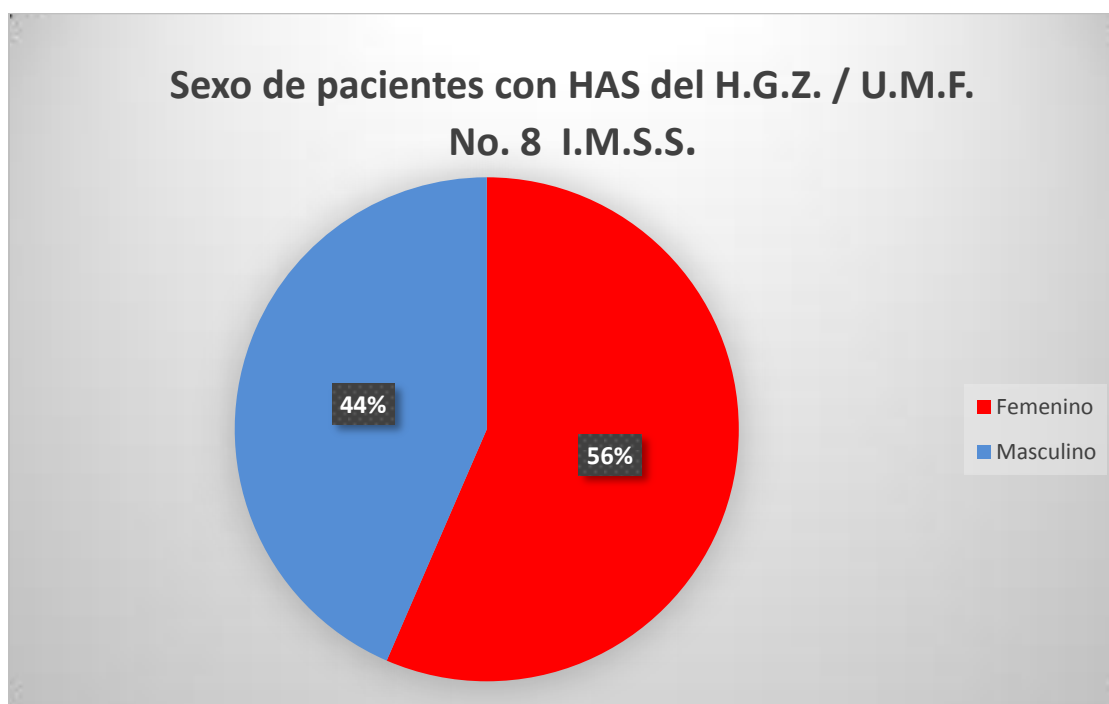
Fuente: n=260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Tabla 2

Sexo de pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.		
Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	147	56.5
Masculino	113	43.5
Total	260	100.0

Fuente: n=260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Gráfica 2



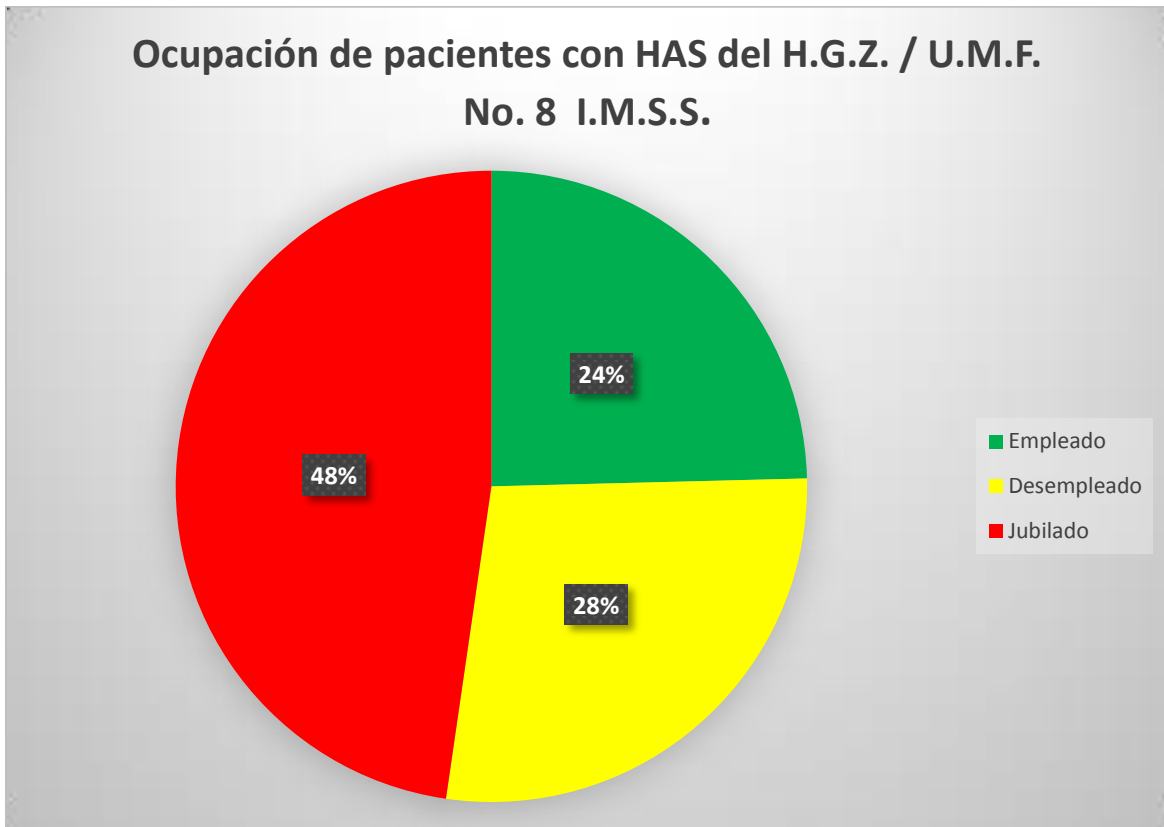
Fuente: n=260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Tabla 3

Ocupación de pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.		
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Empleado	64	24.6
Desempleado	72	27.7
Jubilado	124	47.7
Total	260	100

Fuente: n=260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Gráfica 3



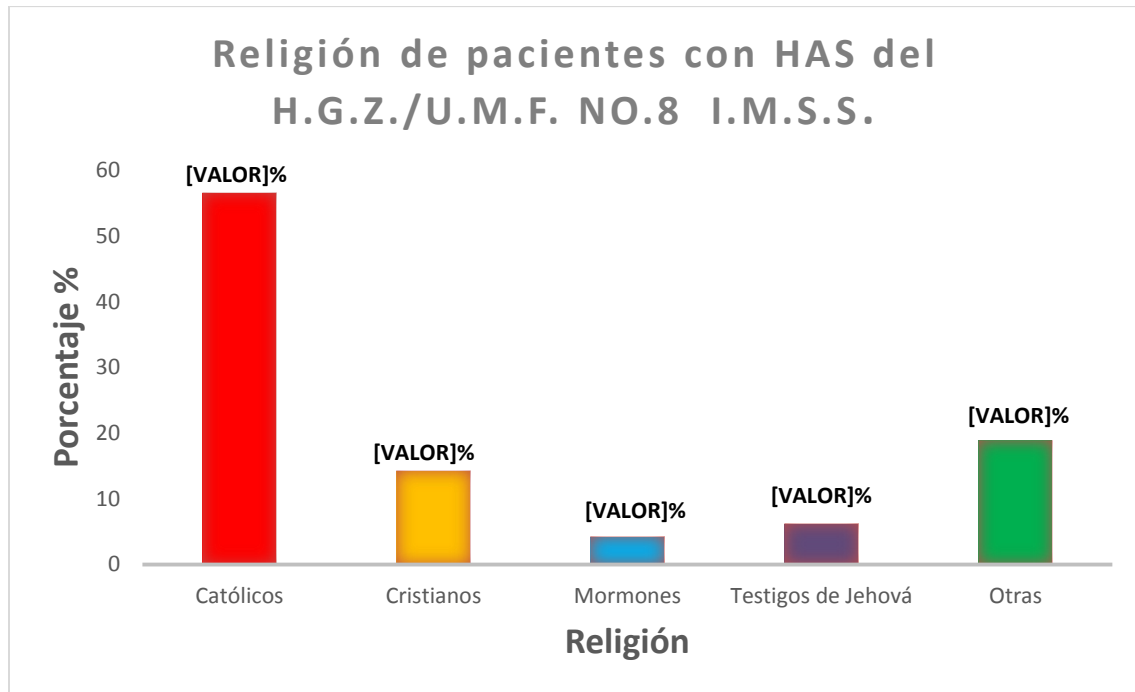
Fuente: n=260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Tabla 4

Religión de pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.		
Religión	Frecuencia	Porcentaje (%)
Católicos	147	56.5
Cristianos	37	14.2
Mormones	11	4.2
Testigos de Jehová	16	6.2
Otras	49	18.9
Total	260	100.0

Fuente: n=260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Gráfica 4



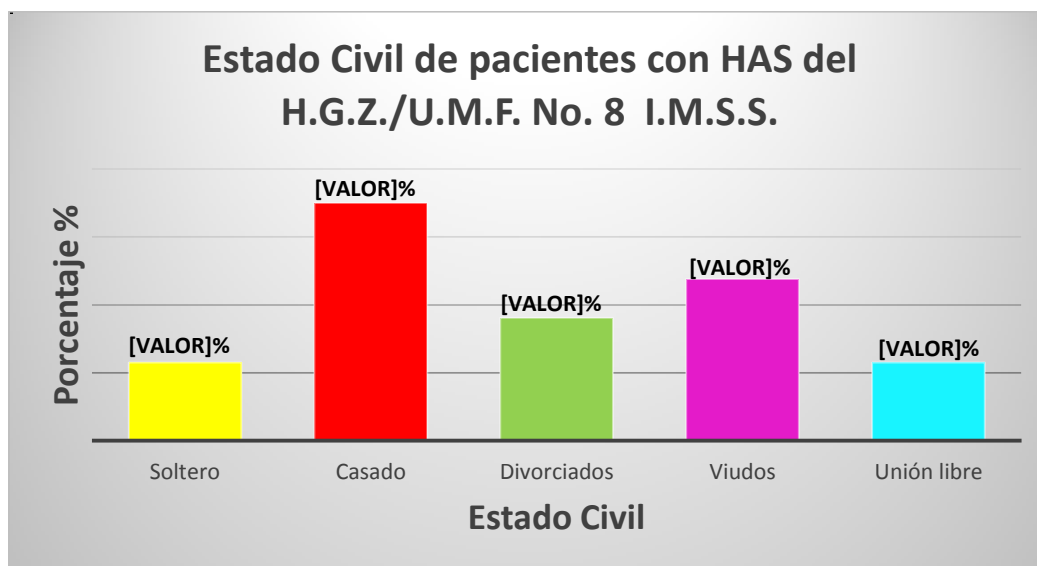
Fuente: n=260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Tabla 5

Estado civil de pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.		
Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	30	11.5
Casado	91	35
Divorciados	47	18.1
Viudos	62	23.8
Unión libre	30	11.5
Total	260	100.0

Fuente: n=260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Gráfica 5



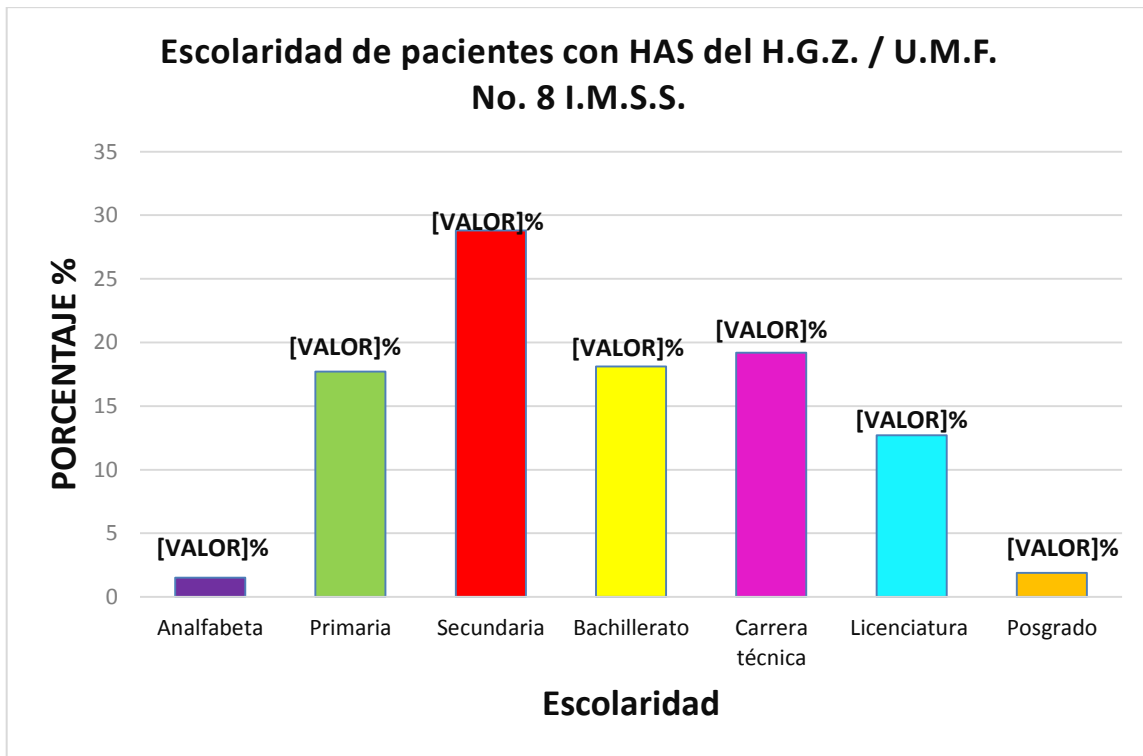
Fuente: n=260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Tabla 6

Escolaridad de pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.		
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Analfabeta	4	1.5
Primaria	46	17.7
Secundaria	75	28.8
Bachillerato	47	18.1
Carrera técnica	50	19.2
Licenciatura	33	12.7
Posgrado	5	1.9
Total	260	100.0

Fuente: n=260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Gráfica 6



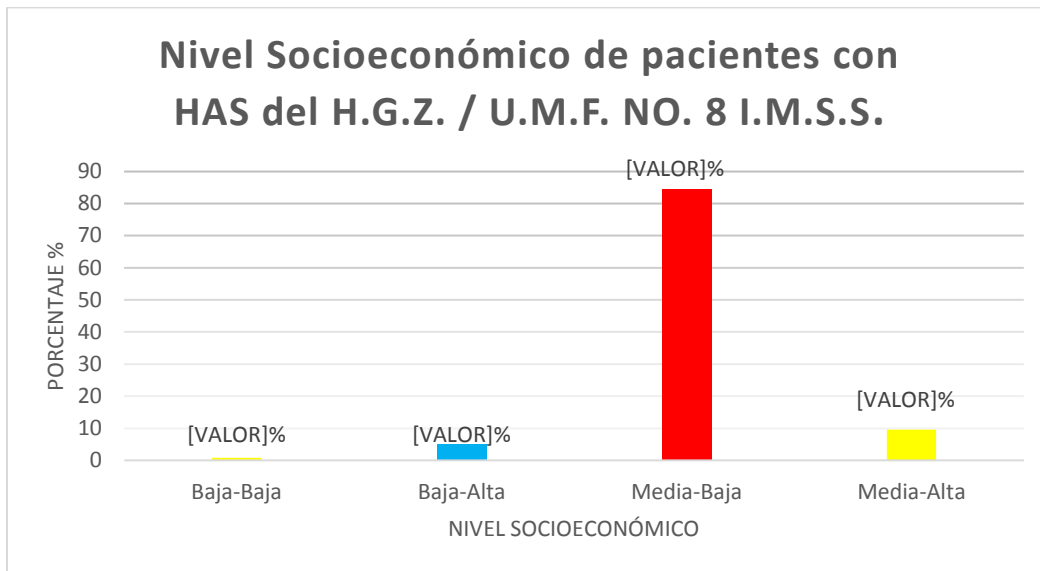
Fuente: n=260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Tabla 7

Nivel socioeconómico de pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No.8 I.M.S.S.		
Nivel socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje (%)
Baja-Baja	2	0.8
Baja-Alta	13	5
Media-Baja	220	84.6
Media-Alta	25	9.6
Total	260	100.0

Fuente: n=260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Gráfica 7



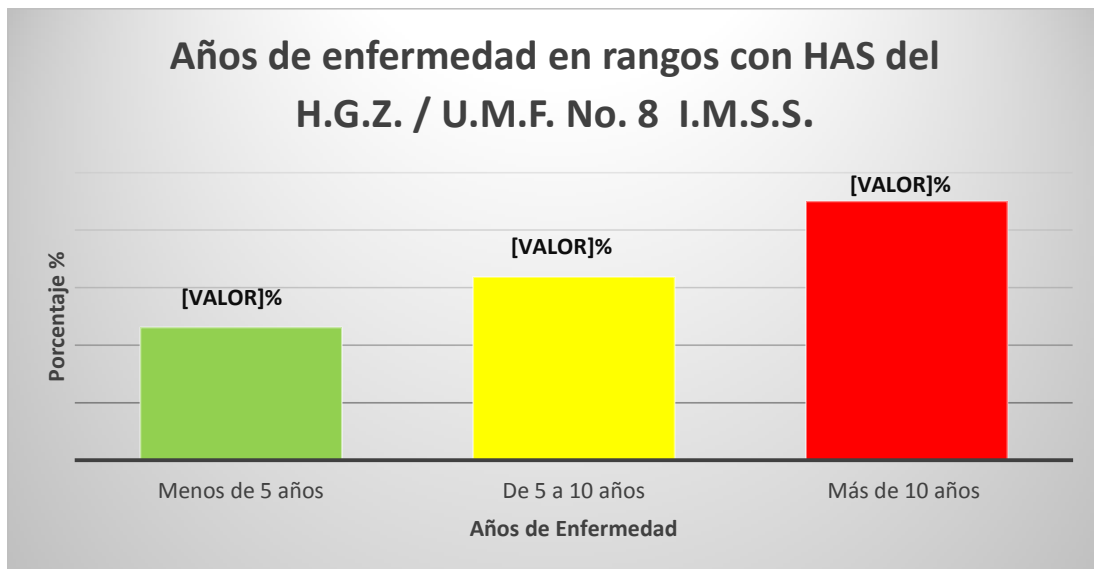
Fuente: n=260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Tabla 8

Años de enfermedad en rangos con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.		
Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Menos de 5 años	60	23.1
De 5 a 10 años	83	31.9
Más de 10 años	117	45
Total	260	100.0

Fuente: n=260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay S. J. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Gráfica 8



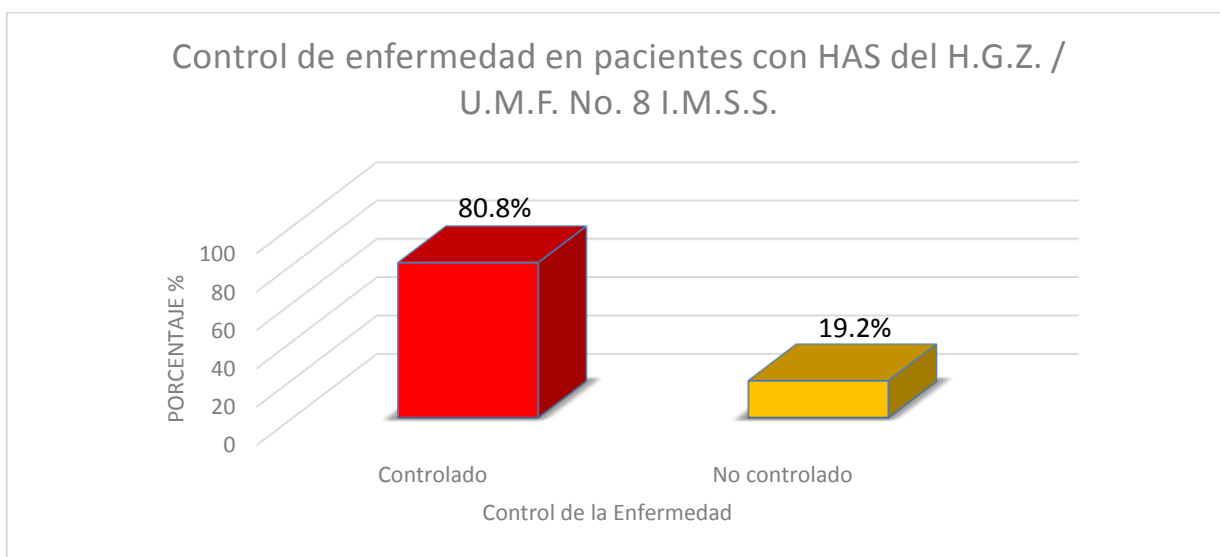
Fuente: n=260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Tabla 9

Control de enfermedad en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.		
Control de la enfermedad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Controlado	210	80.8
No controlado	50	19.2
Total	260	100.0

Fuente: n= 260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Gráfica 9

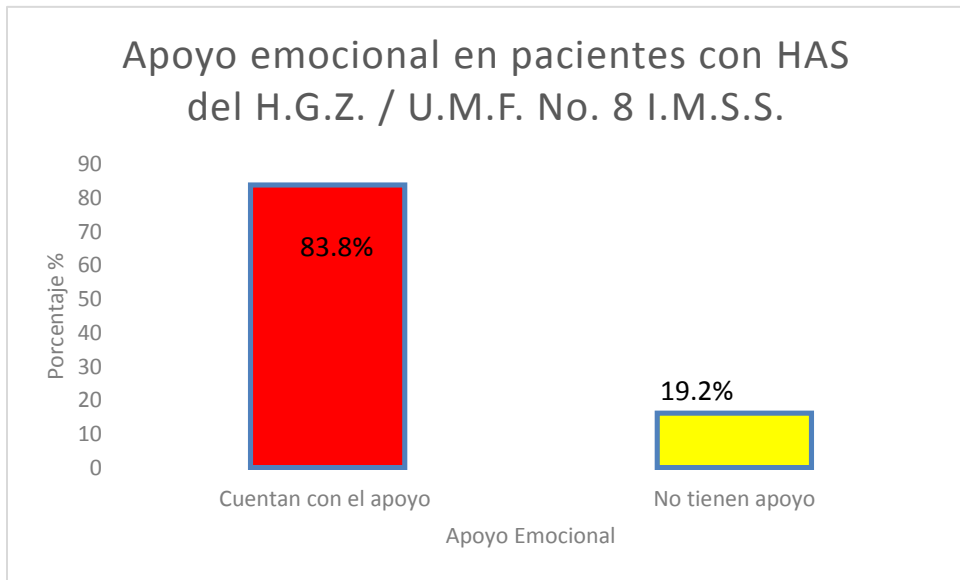


Fuente: n= 260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Tabla 10

Apoyo emocional en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.		
Apoyo Emocional	Frecuencia	Porcentaje (%)
Cuentan con el apoyo	218	83.8
No tienen apoyo	50	19.2
Total	260	100.0

Fuente: n= 260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.



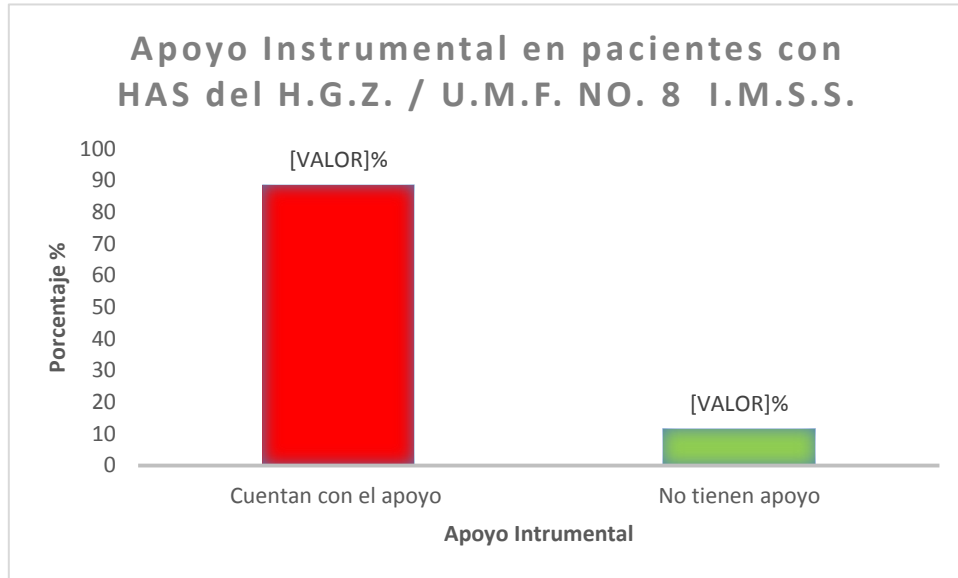
Gráfica 10

Fuente: n= 260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017

Tabla 11

Apoyo instrumental en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.		
Apoyo Instrumental	Frecuencia	Porcentaje (%)
Cuentan con el apoyo	230	88.5
No tienen apoyo	30	11.5
Total	260	100.0

Fuente: n= 260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.



Gráfica 11

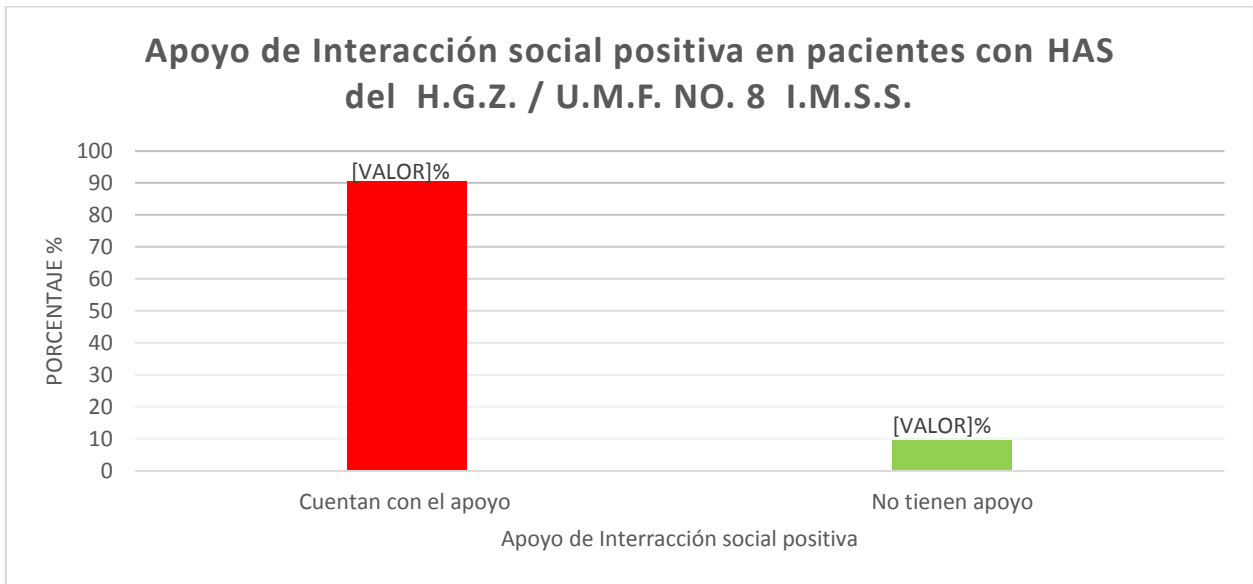
Fuente: n= 260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Tabla 12

Apoyo de interacción social positiva en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.		
Apoyo Interacción social positiva	Frecuencia	Porcentaje (%)
Cuentan con el apoyo	235	90.4
No tienen apoyo	25	9.6
Total	260	100.0

Fuente: n= 260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Gráfica 12



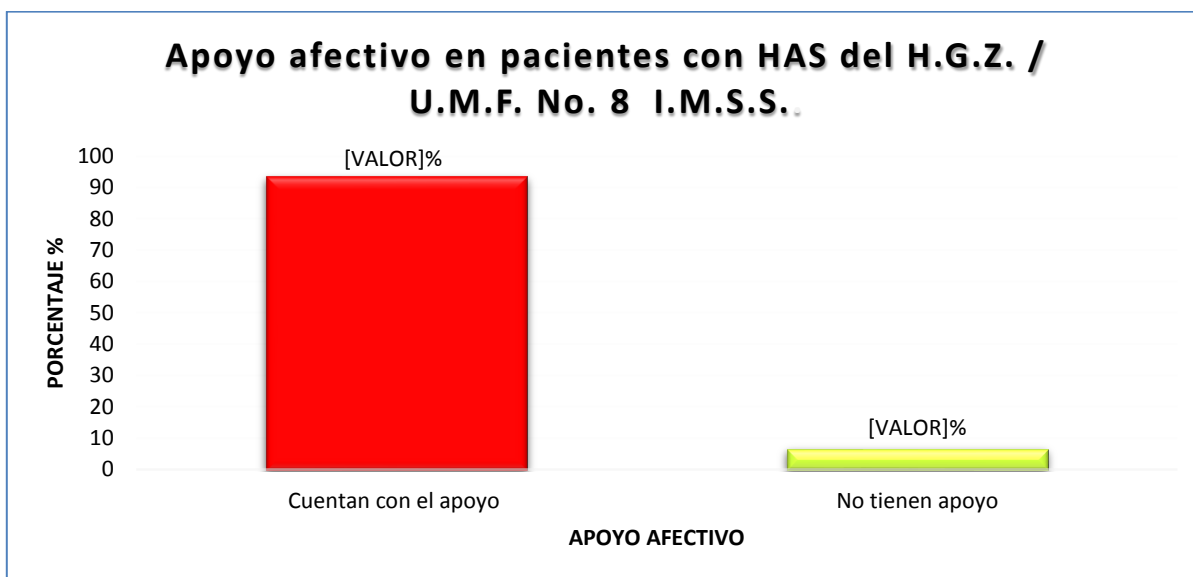
Fuente: n= 260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Tabla 13

Apoyo afectivo en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.		
Apoyo afectivo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Cuentan con el apoyo	243	93.5
No tienen apoyo	17	6.5
Total	260	100.0

Fuente: n= 260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Gráfica 13



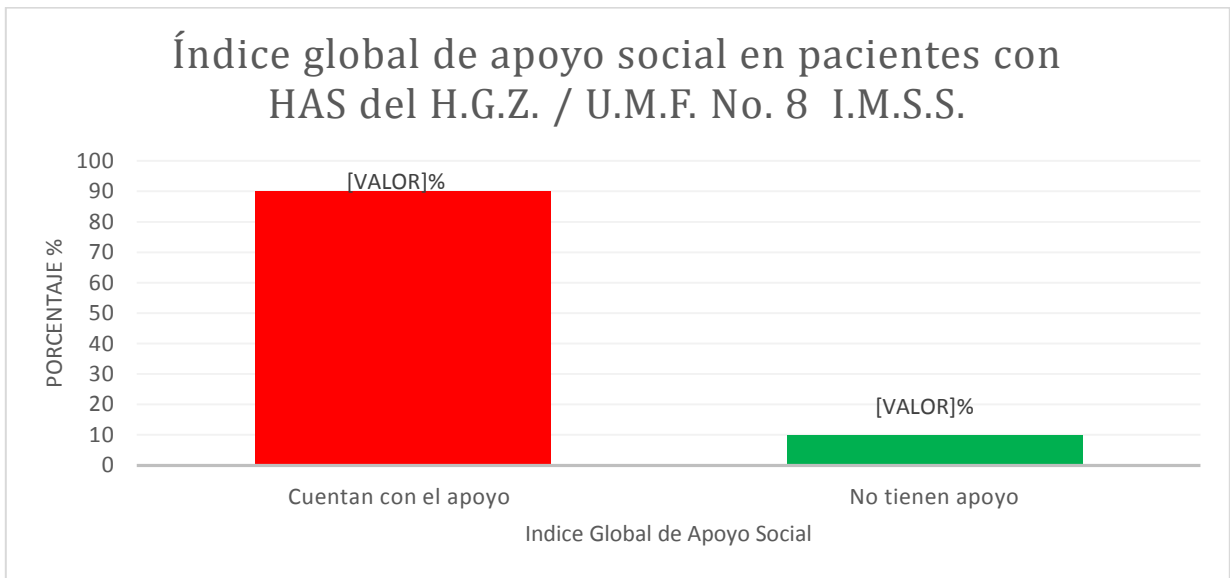
Fuente: n= 260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Tabla 14

Índice global de apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.		
Índice global de apoyo social	Frecuencia	Porcentaje (%)
Cuentan con el apoyo	234	90
No tienen apoyo	26	10
Total	260	100.0

Fuente: n= 260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Gráfica 14



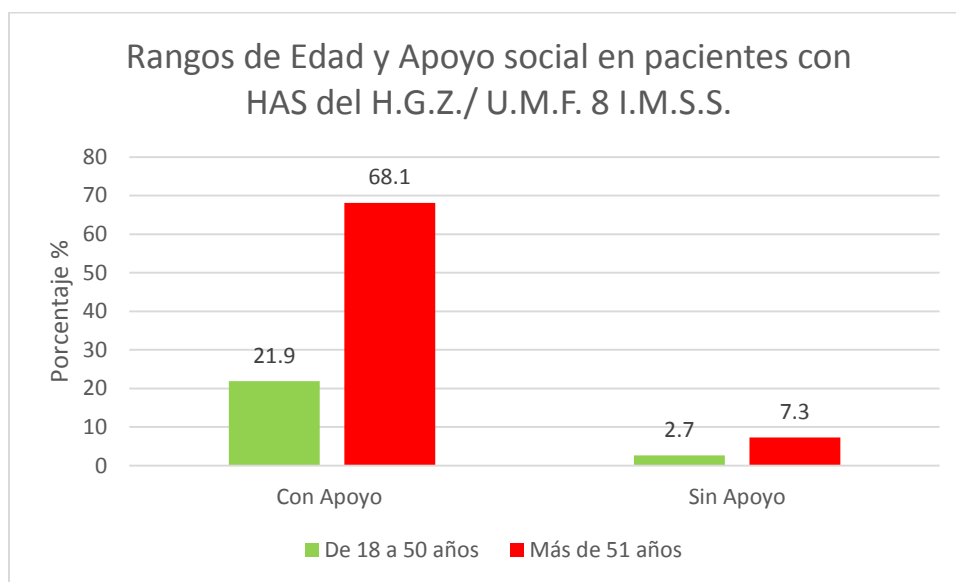
Fuente: n= 260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Tabla 15

	Rangos de Edad y Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z./ U.M.F. 8 I.M.S.S.					
	Con Apoyo		Sin Apoyo		Total	
Rangos de Edad (años)	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
De 18 a 50 años	57	21.9	7	2.7	64	24.6
Más de 51 años	177	68.1	19	7.3	196	75.4
Total	234	90	26	10	260	100

Fuente: n= 260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Gráfica 15



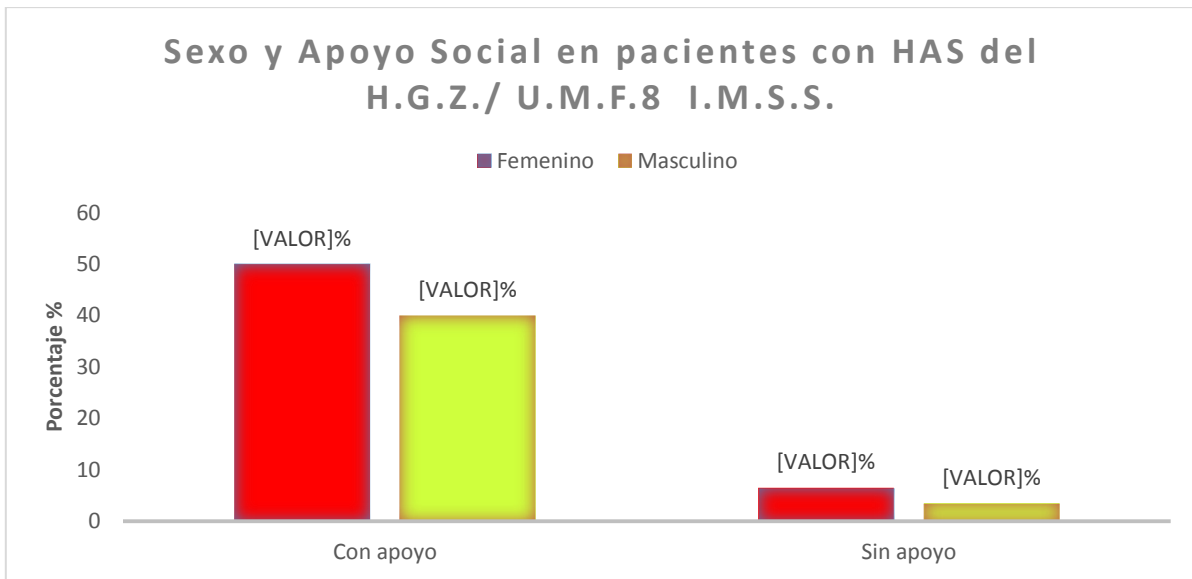
Fuente: n= 260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Tabla 16

Sexo y Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z./ U.M.F. 8 I.M.S.S.						
Sexo	Con Apoyo		Sin Apoyo		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Femenino	130	50	17	6.5	147	56.5
Masculino	104	40	9	3.5	113	43.5
Total	234	90	26	10	260	100

Fuente: n= 260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Gráfica 16



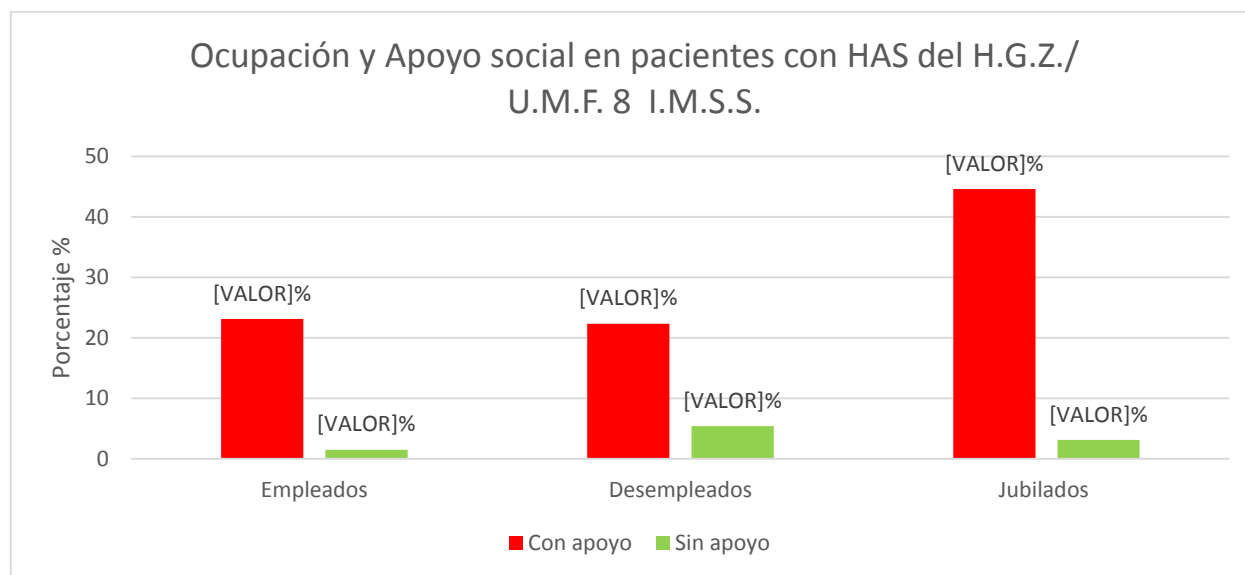
Fuente: n= 260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Tabla 17

Ocupación y Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z./ U.M.F. 8 I.M.S.S.						
Ocupación	Con Apoyo		Sin Apoyo		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Empleados	60	23.1	4	1.5	64	24.6
Desempleados	58	22.3	14	5.4	72	27.7
Jubilados	116	44.6	8	3.1	124	47.7
Total	234	90	26	10	260	100

Fuente: n= 260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Gráfica 17



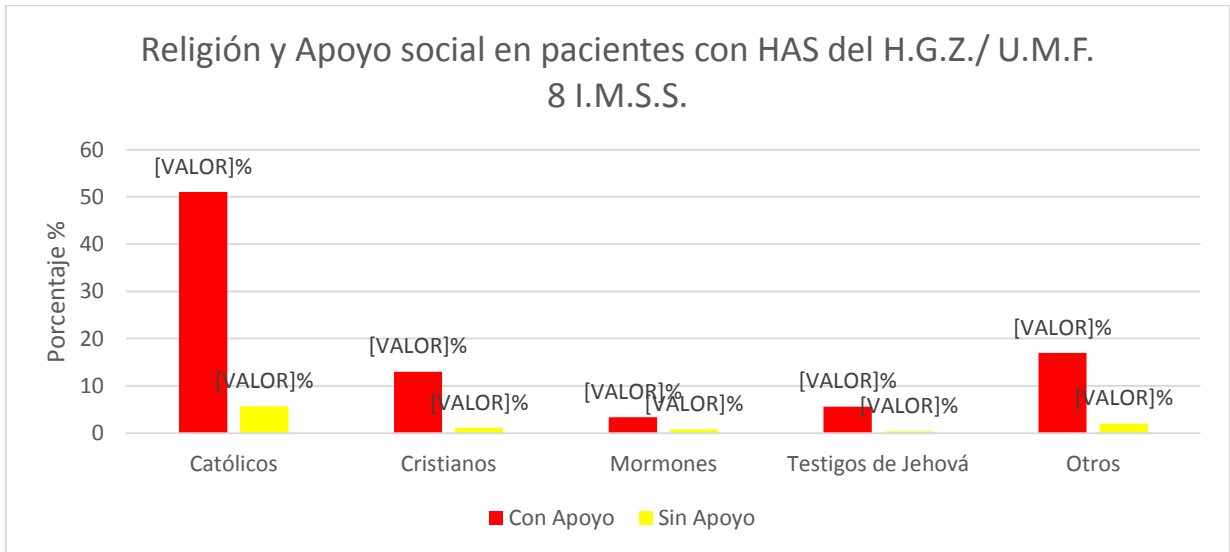
Fuente: n= 260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Tabla 18

Religión y Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z./ U.M.F. 8 I.M.S.S.						
Religión	Con Apoyo		Sin Apoyo		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Católicos	132	51	15	5.7	147	56.7
Cristianos	34	13	3	1.1	37	14.1
Mormones	9	3.4	2	0.8	11	4.2
Testigos de Jehová	15	5.6	1	0.4	16	6
Otros	44	17	5	2	49	19
Total	234	90	26	10	260	100

Fuente: n= 260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Gráfica 18



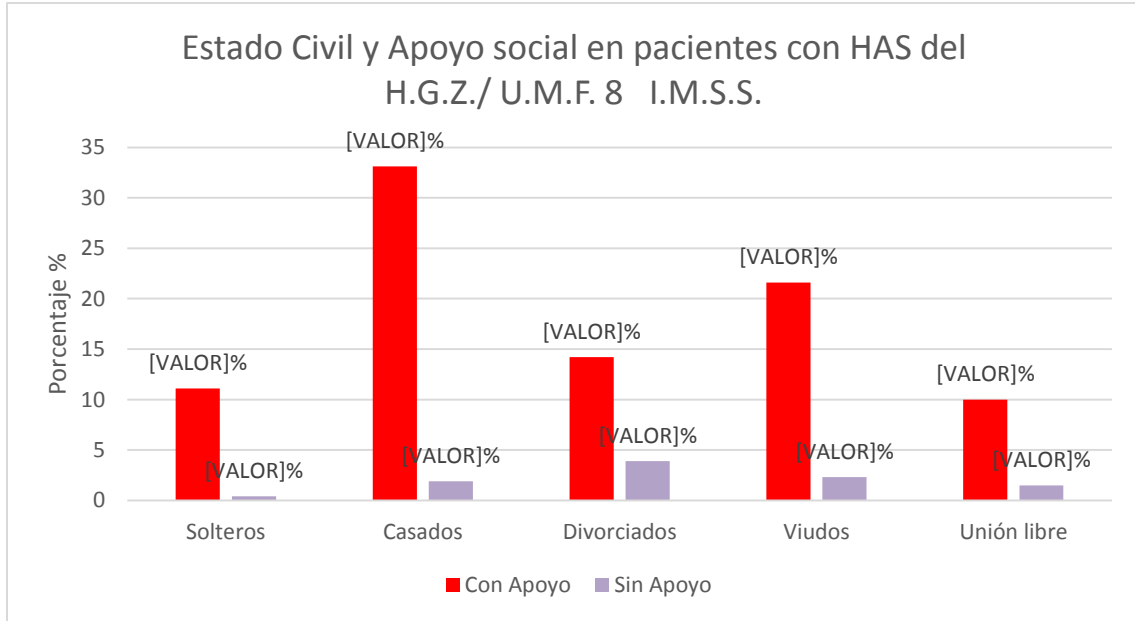
Fuente: n= 260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Tabla 19

	Estado Civil y Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z./ U.M.F. 8 I.M.S.S.					
	Con Apoyo		Sin Apoyo		Total	
Estado Civil	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Solteros	29	11.1	1	0.4	30	11.5
Casados	86	33.1	5	1.9	91	35
Divorciados	37	14.2	10	3.9	47	18.1
Viudos	56	21.6	6	2.3	62	23.9
Unión libre	26	10	4	1.5	30	11.5
Total	234	90	26	10	260	100

Fuente: n= 260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Gráfica 19



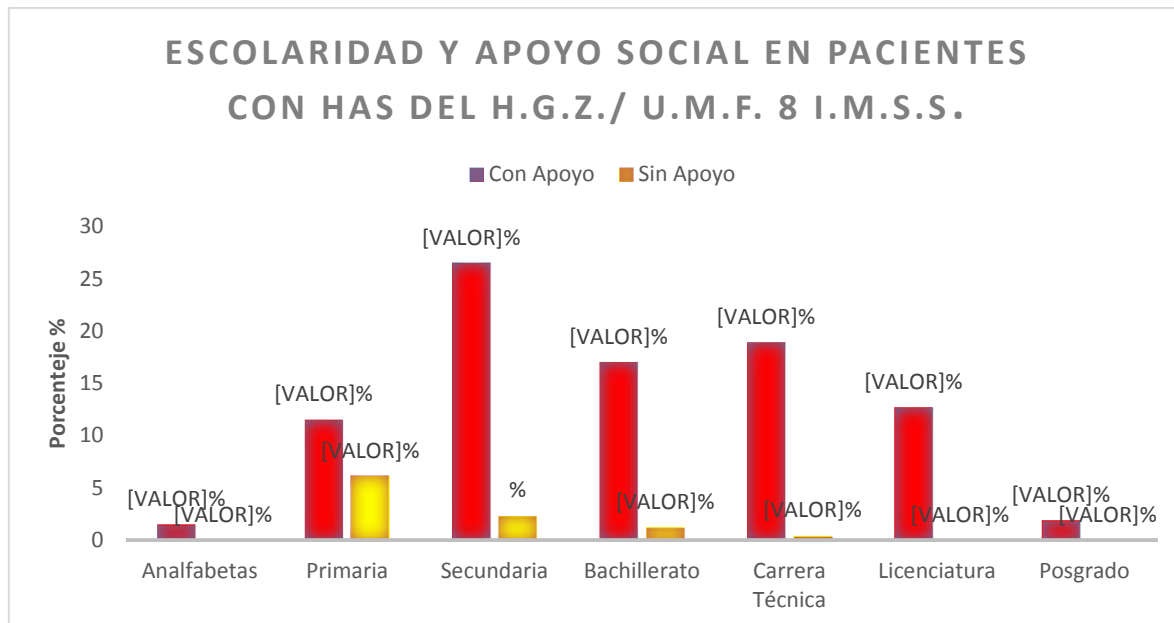
Fuente: n= 260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Tabla 20

Escolaridad	Escolaridad y Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z./ U.M.F. 8 I.M.S.S.					
	Con Apoyo		Sin Apoyo		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Analfabetas	4	1.5	0	0	4	1.5
Primaria	30	11.5	16	6.1	46	17.6
Secundaria	69	26.5	6	2.3	75	28.8
Bachillerato	44	17	3	1.2	47	18.2
Carrera Técnica	49	18.9	1	0.4	50	19.3
Licenciatura	33	12.7	0	0	33	12.7
Posgrado	5	1.9	0	0	5	1.9
Total	234	90	26	10	260	100

Fuente: n= 260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Gráfica 20



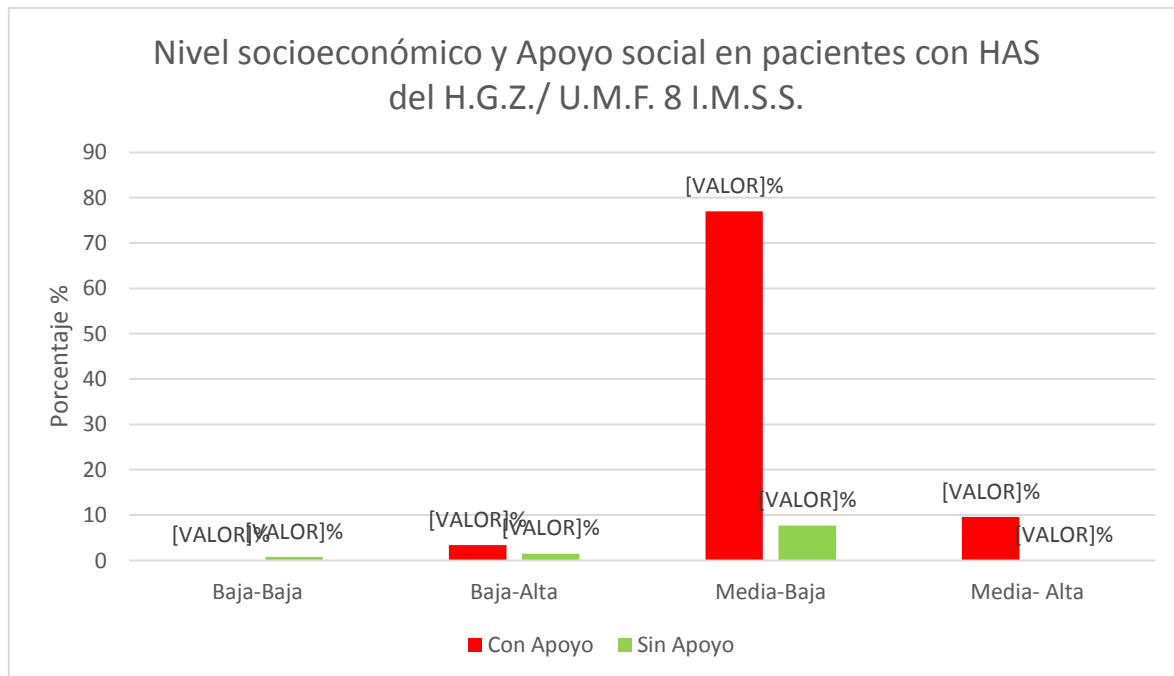
Fuente: n= 260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Tabla 21

Nivel socioeconómico y Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z./ U.M.F. 8 I.M.S.S.						
Nivel socioeconómico	Con Apoyo		Sin Apoyo		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Baja-Baja	0	0	2	0.8	2	0.8
Baja-Alta	9	3.4	4	1.5	13	4.9
Media-Baja	200	77	20	7.7	220	84.7
Media- Alta	25	9.6	0	0	25	9.6
Total	234	90	26	10	260	100

Fuente: n= 260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Gráfica 21



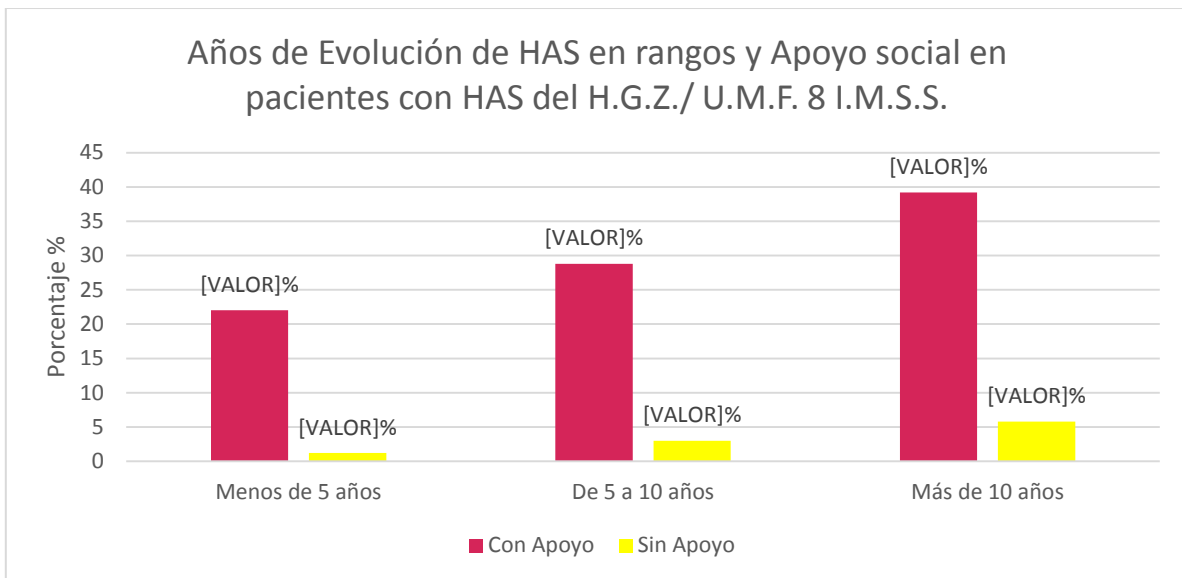
Fuente: n= 260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Tabla 22

Años de Evolución de HAS en rangos y Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z./ U.M.F. 8 I.M.S.S.						
Años de Evolución (Rangos)	Con Apoyo		Sin Apoyo		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Menos de 5 años	57	22	3	1.2	60	23.2
De 5 a 10 años	75	28.8	8	3	83	31.8
Más de 10 años	102	39.2	15	5.8	117	45
Total	234	90	26	10	260	100

Fuente: n= 260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Gráfica 22



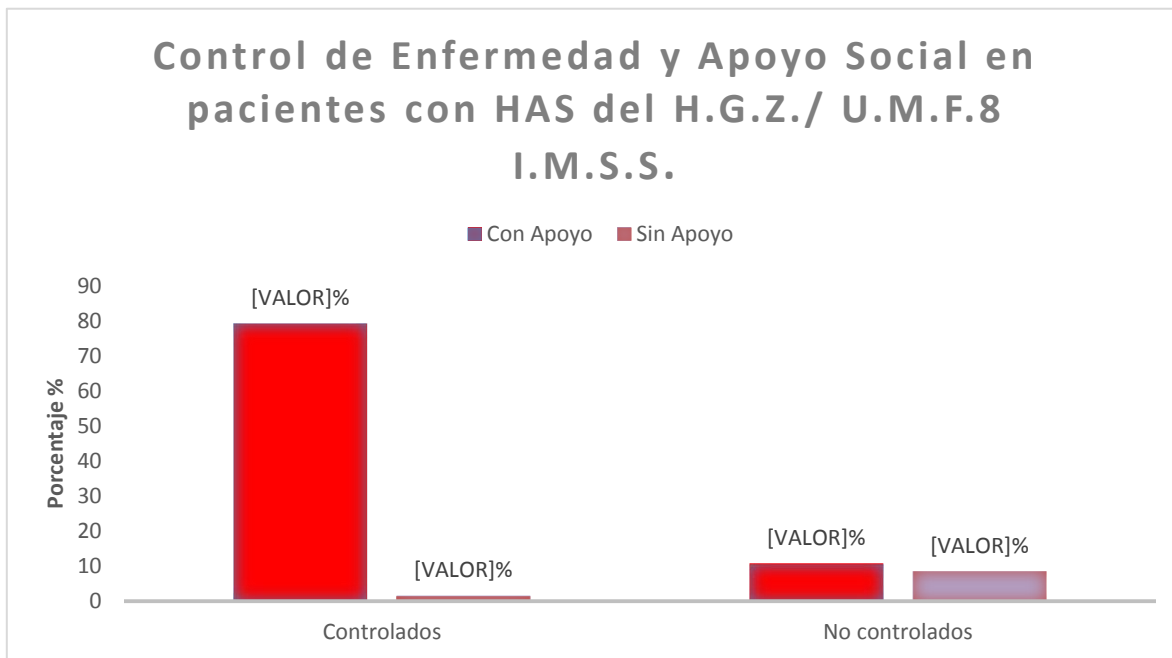
Fuente: n= 260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Tabla 23

Control de enfermedad y Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z./ U.M.F. 8 I.M.S.S.						
Control de Enfermedad	Con Apoyo		Sin Apoyo		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Controlados	206	79.2	4	1.5	210	80.7
No controlados	28	10.8	22	8.5	50	19.3
Total	234	90	26	10	260	100

Fuente: n= 260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Gráfica 23



Fuente: n= 260 Correa G D, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay J S. Apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

DISCUSIONES

El estudio realizado por Menéndez Villalba y cols., “Influencia del apoyo social en pacientes con Hipertensión arterial esencial” en España (2012) se reporta que de acuerdo con el género en la población española con HAS el 66.1% son mujeres y 33.9% son hombres. En nuestro estudio, del total de pacientes se encontró 56.5% del sexo femenino y 43.5 del sexo masculino. Las diferencias encontradas son debidas al tipo de población, ya que las mujeres suelen estar más dispuestas a utilizar los servicios de salud que los hombres en Europa, a la búsqueda de ayuda profesional y además se muestran más sensibles a las señales internas de su cuerpo y comunican más acerca de la percepción de los mismos.

Se realizó un estudio por Fernando Poblete y cols., “Apoyo social y salud cardiovascular: adaptación de una escala de apoyo social en pacientes hipertensos y diabéticos en la atención primaria chilena”, Santiago de Chile (2015), señalan que el 81% de su población estudiada eran casados. En tanto que en nuestro estudio se observó que 35% de los pacientes eran casados, esta diferencia se debe principalmente a la pérdida de valores dentro de la familia mexicana, ya que la mayor parte de la población se encuentra en un estado de separación por infidelidad y viudez, está última influenciada por enfermedades crónicas degenerativas.

En cuanto al estudio reportado Mendonca T, Soler O, “Perfil de Adhesión al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en la Unidad Municipal de Salud de Fátima” en Pará Brasil (2010), se observó que el 72% de los pacientes jubilados tienen mayor apego terapéutico y por consecuente apoyo social. En nuestro estudio el 44.3% de los jubilados cuentan con apoyo social; por lo tanto, la diferencia entre los estudios radica en que el apoyo social tiene relación directa con la labor que se desempeña en cada uno de los países, sin embargo, los jubilados tienen mejor adherencia a los tratamientos ya que cuentan con mayor tiempo para acceder a los medicamentos, y el personal que se encuentra en edad productiva no tienen tiempo para ocuparse de su salud.

En el estudio realizado por Cristiane de Fátima Silva y cols., “Espiritualidad y religiosidad en pacientes con HAS” Brasil (2016) menciona las relaciones entre la religión y apoyo social, siendo evaluadas y demostrando que la parte espiritual se asocia directamente con un adecuado apoyo social en más del 70% de los pacientes. En nuestro estudio se encontraron resultados diferentes entre la religión y el apoyo social, en donde se muestra que el 90% de los pacientes con religión refieren un adecuado apoyo social, esto probablemente debido a que la población mexicana tiene modelos mágico-religiosos más adheridos y aceptados por la sociedad. La trascendencia espiritual es una característica única que varía entre individuos, lo cual se encuentra condicionado a la percepción que cada uno tenga de su enfermedad dentro de un contexto sociocultural ya establecido, viendo así que la religión y la parte espiritual son un factor protector para un adecuado apoyo social, independientemente de la afección ocasionada por la enfermedad.

Con lo que respecta al estudio Stefano Vinaccia y cols, “apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial” Colombia (2006), se encontró que 70.8% de los pacientes hipertensos controlados contaban con apoyo social. En nuestro estudio se encontró que 80.7% de los pacientes hipertensos controlados contaban con apoyo social. Los resultados difieren en base a lo reportado debido a un mal control de la patología y seguimiento de HAS en Colombia, debido a las bajas inversiones que se tienen en el sector salud en dicho país. El sector salud de México tiene médicos familiares para la prevención y control de enfermedades crónico degenerativos en atención primaria, en cambio en países sudamericanos está en proceso solidificar su atención en primer nivel.

Dentro de los alcances de esta investigación se obtuvo conocimiento sobre el apoyo social en pacientes con HAS mediante la aplicación del cuestionario MOS, identificando que la mayoría de los pacientes con HAS que acuden al H.G.Z. / U.M.F. No. 8 tienen apoyo social. Es relevante mencionar que en la literatura tanto nacional como internacional se encuentra poca información acerca del apoyo social en pacientes con HAS y de la utilidad del cuestionario MOS que a pesar de ser confiable y estar validado en Latinoamérica no ha sido muy utilizado en nuestro país y por ello nuestra investigación aportó información trascendental sobre el tema.

Otro de los alcances obtenidos en este estudio fue el hecho acerca de la importancia del control de HAS en pacientes con apoyo social. El apoyo social y la HAS se ven influenciados por factores como edad, control de la enfermedad y amigos o familiares, los cuales son cruciales para el control de la enfermedad y de esta forma vemos el impacto positivo que tiene el apoyo social de los pacientes con HAS. Siendo esto un hecho importante para llevar a cabo un screening

oportuno del apoyo social en los pacientes con HAS que acuden a la consulta externa de primer nivel, todo esto mediante la realización del cuestionario MOS.

Entre los alcances observados en el cuestionario MOS, se pudo realizar el abordaje de las diferentes dimensiones del apoyo social (Instrumental, emocional, afectivo e interacción social) en donde se observa que la dimensión emocional fue en su totalidad la que mejor puntuación obtuvo, analizando de esta forma que nuestros pacientes cuentan con buenas redes de apoyo social, independientemente de los años de enfermedad, sexo y la afectación que éstos tengan por la misma HAS. Por otro lado, el apartado interacción social se evidenció como el segundo elemento con mayor puntuación, resaltando que el bienestar social global de los pacientes, a pesar de su enfermedad; es buena, sin embargo, en la dimensión emocional fue donde se obtuvieron las peores puntuaciones. De esta forma podemos observar que, si bien es cierto que el apoyo social global es bueno, la parte emocional es la más afectada en estos pacientes, empeorando así su control de la enfermedad y por ende el curso de la enfermedad. Todo esto nos da hincapié a que se realicen más estudios específicos del área emocional en este tipo de pacientes logrando así obtener mejoras en su tratamiento.

Dentro de las limitaciones en nuestro estudio, observamos que, durante la selección de los pacientes de la investigación, únicamente se incluyeron aquellos que asistieron a la consulta externa de medicina familiar del H.G.Z./U.M.F. No 8, predominando en más del 90% los pacientes del turno matutino, imposibilitando el generalizar los resultados obtenidos y haciéndolos válidos únicamente al ser aplicados en nuestra población. De esta forma se plantea que en futuras investigaciones se incluyan a pacientes de ambos turnos y de otras unidades con el fin de hacer un estudio comparativo y sugiriendo así la realización de un estudio multicéntrico.

Otra limitación es que el cuestionario MOS tiene pocos ítems con los cuales podamos realizar un estudio a fondo acerca del apoyo social, sin embargo, esto abre la pauta a realizar otras pruebas en conjunto con la finalidad de obtener más información proporcionada por los pacientes.

Una limitación más, es que nuestro estudio es descriptivo y transversal, lo cual solamente intenta analizar un fenómeno en un periodo de tiempo, por lo que no permite establecer relaciones causales entre variables, es decir, mide simultáneamente efecto (variable dependiente) y exposición (variable independiente), limitándose únicamente a medir la frecuencia en que se presenta un fenómeno.

En cuanto a los posibles sesgos es que no todos los pacientes tenían familiares o amigos cercanos en el momento de la encuesta, por lo que se pudo generar un cambio en la evaluación del apoyo social, como para atribuir la existencia de apoyo social o no.

Otro posible sesgo es en base al porcentaje de pacientes estudiados con respecto al sexo, como bien se demostró, en el estudio predomina el sexo femenino; sin embargo, en este mismo sexo predomina una baja en el estado de ánimo y una mayor tensión nerviosa condicionando un deterioro en el apoyo social. Por otro lado, en el sexo masculino estas cifras eran mejores y por lo tanto el apoyo social estaba presente; esto permite observar que las mujeres resultan ser más proclives a alteraciones en el estado de ánimo debido a las diferencias hormonales que se tienen durante su vida, empeorando su percepción del apoyo social. Se sugiere en estudios posteriores se analicen los mismos porcentajes de pacientes por sexo. Con lo que respecta a las comorbilidades en estos pacientes, es importante tener en cuenta que la presencia de éstas puede modificar el apoyo social y verse modificada de forma indirecta, no siendo 100% atribuible a la HAS.

El presente estudio resulta de gran relevancia para la práctica asistencial en medicina familiar ya que nos permite detectar la importancia del apoyo social en los pacientes con HAS, de tal forma que se puedan llevar a cabo intervenciones oportunas, directas y especializadas con el fin de educar y promover en el paciente y su esfera social un autocuidado y mejor conocimiento de su enfermedad. Es así como el cuestionario MOS tiene una gran relevancia en la evaluación del apoyo social, ya que es de fácil y rápida aplicación en la consulta de primer nivel. Al conocer las redes de apoyo social de nuestros pacientes podemos promover cambios en el estilo de vida y factores sociales que repercutan en el paciente. Se debe actuar de manera conjunta con las diferentes redes de apoyo, las cuales son valoradas en el cuestionario MOS, y de esta forma llevar a cabo un fortalecimiento de las mismas. Todo esto nos lleva a la tarea de implementar programas de apoyo y educación sobre la HAS en cada uno de nuestros pacientes durante la consulta externa de medicina familiar, explicarles el manejo, control y complicaciones de su enfermedad, mejorando así su Apoyo social.

En el aspecto educativo nuestro estudio aporta mayor conocimiento acerca del apoyo social en los pacientes con HAS y el impacto de la misma en su vida y la historia natural de su enfermedad. Debemos modificar en la medida posible la educación del paciente en cuanto a su salud, llevándolo a un adecuado empoderamiento sobre su enfermedad, tanto al paciente como al médico. Debemos generar estructuras didácticas que permitan a la familia y a las redes de

apoyo ser partícipes en este proyecto, tomando en consideración el padecer del paciente.

En el área de investigación se espera que el presente estudio sea un parteaguas para la realización de futuros estudios en diferentes unidades de medicina familiar y unidades hospitalarias que cuenten con consulta externa, con el objetivo de obtener y mejorar los resultados logrados en este proyecto. De igual forma se abre una brecha para hacer hincapié en el estudio por dimensiones del apoyo social y así conocer el área con mayor afección en estos pacientes, ya sea emocional, interacción social y afectivo, los cuales son evaluados en el cuestionario MOS, no quedándonos con solo este material, sino hacer uso de la vasta información de cada una de las dimensiones del apoyo social global. De igual forma muestra la gran utilidad del cuestionario MOS, validado en población de habla hispana, como prueba de tamizaje y evaluación del apoyo social del paciente. Al existir poca información en la literatura mundial y nacional de este cuestionario, nuestro estudio aporta información útil de la aplicación y resultados del cuestionario, promoviendo su aplicación y comparación en estudios posteriores.

En el rubro de lo administrativo la presente investigación es de utilidad para que de forma oportuna se les otorgue programas y redes de apoyo en las unidades de medicina familiar con la finalidad de mejorar su apoyo social global, reflejándose en menor coste de medicamentos antihipertensivos y complicaciones crónicas por un descontrol de la enfermedad, controlando de forma adecuado a los pacientes en primer nivel mediante revisiones oportunas y ocasionando así menos gastos administrativos, reduciendo la extensión de incapacidades por complicaciones agudas y crónicas de la HAS.

El manejo multidisciplinario de este tipo de pacientes es importante y el saber derivar a tiempo desde un primer nivel de atención es una pieza clave. Derivar de forma oportuna a los servicios de nutrición, psicología y cardiología tiene como finalidad establecer en el paciente un mejor control en todas las esferas de su vida, condicionado un mejor desempeño a nivel social y laboral.

Nuestra investigación pretende lograr un impacto de forma positiva en el abordaje del paciente con HAS en la consulta externa de medicina familiar, así como mejorar la calidad de vida de estos pacientes al actuar de forma temprana, integral y multidisciplinaria en el curso natural de su enfermedad, evitando así las complicaciones sistémicas a corto, mediano y largo plazo reflejándose en un apoyo social satisfactorio.

CONCLUSIONES

En la presente investigación se cumplió con el objetivo de estudiar el apoyo social en pacientes con HAS del H.G.Z. / U.M.F. No 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", encontrando que de acuerdo al cuestionario MOS existe adecuado apoyo social en pacientes con HAS en más de las tres cuartas partes de la población estudiada, aportando evidencia de que el apoyo social tiene gran impacto en el curso de la enfermedad. Con los resultados obtenidos en nuestro estudio, de acuerdo a las hipótesis planteadas con fines educativos, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, concluyéndose que existe apoyo social en pacientes con HAS que acuden a la consulta externa de Medicina familiar del H.G.Z. / U.M.F. No 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Se tuvieron dificultades en el sentido que sería conveniente alojar a los pacientes en un mismo lugar para resolver la encuesta y siendo estos no citados a consulta externa, ya que el esperar la consulta y pasar por trámites burocráticos altera el estado de ánimo en los pacientes, pudiendo esto modificar su puntuación en el cuestionario.

Como se ha comentado en el presente estudio el apoyo social en nuestros pacientes se encontró, todo esto debido a los avances en el tratamiento farmacológico y las diversas redes de apoyo, no dejando a un lado la importancia del médico y el apoyo familiar que cada uno tiene. Siendo estos en conjunto la mejor arma que tiene el paciente para mejorar apoyo social global.

Actualmente la HAS es una de las enfermedades crónico degenerativas con mayor consumo de presupuesto por sus múltiples complicaciones agudas y crónicas y por ende, es de los padecimientos más frecuentes en primer nivel de atención. Debemos detectar a tiempo aquellos pacientes con HAS para que de esta forma se haga una buena prevención de las alteraciones que puedan ocasionar un deterioro en su entorno familiar, social y sean modificables de forma temprana.

En nuestra investigación se observó que la mayoría del apoyo social en nuestros pacientes se encontraba en el sexo femenino, destacando en el ámbito social el ser casadas, jubiladas y con escolaridad media superior, sin embargo pudimos observar que más de las tres cuartas partes de los pacientes muestran afinidad por alguna religión; todo esto nos permite ver que el apoyo social es una condicionante en el control de HAS, que la ayuda proporcionada por parte de las redes de apoyo familiares y sociales influyen de forma positiva y, de igual forma,

observamos que el grado de escolaridad y la percepción religiosa que cada individuo presenta son factores protectores que varían en cada paciente.

No dejamos de puntualizar la participación conjunta con todas las disciplinas involucradas en el trato de pacientes con enfermedades crónico degenerativas haciendo referencias oportunas a segundo nivel de atención. Así como no se pasa por alto las comorbilidades que cada paciente tiene, detectando oportunamente algún descontrol en cualquiera de sus demás enfermedades. Evitar tener al paciente en un estado de descontrol arterial, orientándoles en el apartado de nutrición, valorar la presencia de dislipidemia o de tabaquismo, lo que condiciona un factor desencadenante en la actividad de la enfermedad, deteriorando el control de la tensión arterial y aumentando la morbimortalidad en cada uno.

Debemos fortalecer en cada consulta la relación médico paciente, con la finalidad de mejorar nuestra calidad de atención, lo cual nos lleva a fortalecer la confianza del paciente hacia el médico y por ende un conocimiento integral de sus afecciones, no sólo biológicas sino espirituales, demostrando una mayor empatía con el paciente.

Se considera que la trascendencia de esta investigación radica en el gran aumento de la HAS en la consulta externa de medicina familiar, por lo que es un deber del médico especialista de primer nivel de atención prevenir, tratar y referir de manera oportuna a los pacientes a un segundo nivel de atención. Sin embargo, como especialistas en primer nivel de atención debemos ver al paciente de forma integral, logrando identificar que hasta el más mínimo cambio en cada uno de los integrantes de la familia ocasionará una crisis, ante la cual debemos de estar preparados y tener el cuerpo necesario de conocimientos para ocasionar el menor caos dentro de la familia. Recordar que en cada uno de nuestros pacientes tenemos un libro de conocimientos y enseñanzas sean estas buenas o malas, siempre serán enriquecedoras para el médico en su actuar día con día. Como especialistas en el trato integral del paciente con su familia y su entorno, no solo de un órgano o sistema, tenemos que aprender que hasta la más mínima intervención genera un gran cambio en toda la familia y la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Angli MJ, Cigarroa LJ, Escudero RD, Genis ZJ, Martínez FE, Martínez VR, et al. Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el primer nivel de atención. Catálogo maestro de guías de práctica clínica, 2014. Disponible en www.cenetec.salud.gob.mx
- 2.- Araujo CJ, Rivas AE. Relationship between arterial hypertension and central obesity in mothers. *Medicina y ciencias de la salud*, Abril 2015.
- 3.- Bauchner H, Fontanarosa PB, Golub RM. Updated Guidelines for Management of High Blood Pressure. *JAMA*. 2014; 311(5):477-478.
- 4.- Hickey KA, Rubanyi G, Paul RJ, Highsmith RF. Characterization of a coronary vasoconstrictor produced by cultured endothelial cells. *Am J Physiol*. 1985;248(5):550-566.
- 5.- Cobos S. L, Endotelio e hipertensión arterial. *Anales de la Facultad de Medicina* 2014;7(5):345-350
- 6.- Calhoun DA, Bakir SE, Oparil S. Etiology and pathogenesis of essential hypertension. *Cardiology*. London: Mosby International. 2003.
- 7.- Weber MJ. Natural history of hypertension. *J Hypertension*, 2003; 21(6):37-46.
- 8.- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
- 9.- Xue H, Lu Z, Tang WL, Pang LW, Wang GM, Wong GWK, et al. First-line drugs inhibiting the renin angiotensin system versus other first-line antihypertensive drug classes for hypertension. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015.
- 10.- Hernández HH. Tratamiento farmacológico y control de la hipertensión arterial. *Revista Mexicana de Cardiología*, 2011; 22 (1):1-21.
- 11.- 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), 2014.
- 12.- Barquera S, Rivera J, Campo NI, Hernández BL, Santos Burgoa C, Duran E, et al. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad, Instituto de salud pública. Encuesta de Nutrición en Salud (ENSANUT), 2012
- 13.- Revilla A, Luna D. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en atención primaria. *Medicina de Familia*. 2005; 6 (1): 10-18

14.- Carleton C. The impact of social support networks on adult health. *Med Care* 1984; 22: 349-359.

15.- De la Revilla L, Fleitas L. El apoyo social y la atención primaria de salud. *Atención Primaria* 1991;8:664-666.

16.- Kaplan G, Salonen J, Cohen R, Brand R, Syme L, Puska P. Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular diseases: prospective evidence from eastern Finland. *Am J Epidemiol* 1988; 128:370-380.

17. - Bland S, Krogh V, Winkelstein W, Trevisan M. Social network and blood pressure: a population study. *Psychosom Med* 1991; 53:598-607.

18.- Stefano V, Quiceno J, Hamilton Fernández, Gaviria A, Chavarría F, Orozco O. Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. *Informes psicológicos. Medellín Colombia* 2006; 124(8): 89-106

19.- Posada Gómez s I, Rogers h I, Ochoa Arizal N L, Jaramillo Pérez M Á, Londoño Arredondo N H, Palacio Sañudo J E, Aguirre-Acevedo D C, Castilla Tang J F, Oliveros Torres M, Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research* 2012; 5: 142-150

20.- Marín-Reyes F, Rodríguez-Moran M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Publica* 2001;43(4):336-9.

21.- Pereyra Girardi C I, Ofman S D, Cófreces P, Stefani D, Estudio de las representaciones sociales de la hipertensión arterial según género. *liberabit. Revista de psicología* 2015; 2(1): 59-70.

22.- Wisdom T N, Gershenson C. Previniendo enfermedades crónico-degenerativas con vacunas sociales. *Cirugía y Cirujanos* 2013; 81: 83-84.

23.- Aranda-Beltrán C, Aranzazú Munguía-Cortés J, Torres-López T M, Concepciones culturales del concepto bienestar de personas con enfermedades crónicas y profesionales de la salud. *Revista Hacia la Promoción de la Salud* 2015; 20:96-110.

24.- Martín Alfonso L Á, Espinosa Brito A D, Grau Ábalo J A, Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Salud Pública* 2014; 40: 225-238

25.- Rodríguez J, Pastor M, López Roig S. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad 1993; 5: 349-72.

26.- Méndez D, Tapia J. Epidemiología de la insuficiencia renal en México. *Dial Traspl* 2010; 31(1): 7-11.

27.- Calderón Uribe M, Schneider Hermel J, Pizzinato A, Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. Revista de Psicología 2015;33: 439-467

27.- Poblete F, Glasinovic A, Sapag J, Barticevic N, Arenas A, Padilla O, Apoyo social y salud cardiovascular: adaptación de una escala de apoyo social en pacientes hipertensos y diabéticos en la atención primaria chilena. El Sevier 2015;47(8):523-531.

29.- De la Cruz M, Vargas J. Causas de desapego a tratamiento, dieta y seguimiento de pacientes con diabetes y posibles factores asociados con la enfermedad. Rev Salud Pública. 2013; 15 (3): 478-485.

30.- Ponce J. Influencia del apoyo social en el control de las personas con HAS. Index Enferm. 2010; 18 (4): 334-342.

31.- Londoño A, Nora H, Rogers H , et al. Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. International Journal of Psychological. 2012.,5 (1): 142-150.

32.- Menéndez V, et al. Influencia del apoyo social en pacientes con Hipertensión Arterial esencial. Atención primaria.2013; 31(8): 506-513.

33.- Arévalo A, López G, Siguenza L, et al. Adherencia a la terapéutica farmacológica en pacientes con hipertensión arterial. Revista Médica HJCA. 2016; 8 (1).

34.- Fátima S, Ribeiro B, Valcanti A, et al. Espiritualidad y religiosidad en pacientes con Hipertensión arterial sistémica. Revista Bioet. 2016; 24 (2): 332-343.

35.- Chacón J, et al. Evaluación del control de la presión arterial y la adherencia terapéutica en hipertensos seguidos en el programa de salud cardiovascular (PSCV). Revista Chilena de Cardiología. 2015;34(1): 18-27.

36.- Ofman S, Pereyra G, Cófreces P, et al. Estudio de las representaciones sociales de la hipertensión arterial según el género. Instituto de investigaciones cardiológicas, Argentina (ININCA). 2015; 21(1):59-70.

ANEXOS

ANEXO 1

El cuestionario de apoyo social MOS consta de 20 ítems. Excepto el primero, todos los demás se miden en una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta, que se puntúan de 1 (nunca) a 5 (siempre). A mayor puntuación, más alto es el nivel de apoyo social percibido. Con el primer ítem se evalúa el apoyo estructural o cuantitativo (p. ej., número de amigos íntimos y familiares cercanos), mientras que con los 19 restantes se miden 4 dimensiones de apoyo social funcional o cualitativo: a) apoyo emocional/informacional, como expresión de afecto y comprensión empática, guía de consejo e información (formado por 8 ítems: 3;4;8;9;13;16;17,y19);b) interacción social positiva, como la disponibilidad de otras personas para reunirse, divertirse o pasarlo bien (formado por 4 ítems: 7; 11; 14, y 18); c) apoyo afectivo, con demostraciones reales de amor, cariño o empatía (formado por 3 ítems: 6; 10, y 20), y d) apoyo instrumental, es decir, la provisión de ayuda material o tangible que se pueda recibir (formado por 4 ítems: 2; 5; 12, y 15). Se puede obtener un índice global de apoyo social formado por la suma de las puntuaciones de los 19 ítems que forman el apoyo funcional.

Tabla 1. Cuestionario de apoyo social MOS
Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. dispone

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

Escriba el n.º de amigos íntimos y familiares cercanos

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

Marque con un círculo uno de los números de cada fila

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

ANEXO 2



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:	“EVALUACION DEL APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	México CDMX a Enero 2017						
Número de registro:	En trámite						
Justificación y objetivo del estudio:	<p>Evaluar el apoyo social en pacientes con hipertensión arterial sistémica que acuden a consulta externa en el hospital general de zona con unidad de medicina familiar No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” del IMSS.</p> <p>Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder una entrevista, el cual consiste en la aplicación del instrumento de evaluación de apoyo social en Hipertensión arterial sistémica.</p>						
Procedimientos:	Se aplicará el cuestionario MOS						
Posibles riesgos y molestias:	El presente estudio es de tipo descriptivo por lo que no existen riesgos						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer el apoyo social que tienen los pacientes con HAS						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Protocolo descriptivo, no hay intervención de variables, por lo tanto, solo se informará en caso de datos relevantes						
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto						
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial .						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table><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:

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

Investigador Responsable:

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro Profesor Titular MF del HGZ/UMF#8 Cel. 5520671563 Fax: No Fax

Correo: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx Matricula 99377278

Colaboradores:

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio CCEIS HGZ/UMF#8 Cel. 5535143649 Fax: No fax

Correo: gilberto.espinozaa@imss.gob.mx Matricula 99374232

Dr. Diego Giovanni Correa Gaytán Médico Residente MF HGZ/UMF#8 Cel.: 5527026569 Fax: No fax Correo: lildexo777@live.com.mx Matricula: 98378309

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

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HGZ/UMF NO 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.
TÍTULO DE LA TESIS:

“EVALUACIÓN DEL APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA EN EL HGZ/UMF NO 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

2015

FECHA	MAR 2015	ABR 2015	MAY 2015	JUN 2015	JUL 2015	AGO 2015	SEP 2015	OCT 2015	NOV 2015	DIC 2015	ENE 2015	FEB 2015
TÍTULO	X											
ANTECEDENTES		X										
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA			X	X								
OBJETIVOS					X							
HIPÓTESIS						X						
PROPÓSITOS							X					
DISEÑO METODOLÓGICO								X	X			
ANÁLISIS ESTADÍSTICO										X		
CONSIDERACIONES ÉTICAS											X	
RECURSOS											X	
BIBLIOGRAFÍA											X	
ASPECTOS GENERALES												X
ACEPTACIÓN												X

ELABORÓ: DIEGO GIOVANNI CORREA GAYTÁN

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
 DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
 HGZ/UMF NO 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.
 TÍTULO DE LA TESIS:

“EVALUACIÓN DEL APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA EN EL HGZ/UMF NO 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

2016/2017

FECHA	MAR 2016	ABR 2016	MAY 2016	JUN 2016	JUL 2016	AGO 2016	SEP 2016	OCT 2016	NOV 2016	DIC 2016	ENE 2017	FEB 2017
PRUEBA PILOTO												
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO		X										
RECOLECCION DE DATOS			X	X	X	X	X	X	X			
ALMACENAMIENTO DE DATOS										X		
ANALISIS DE DATOS										X		
DESCRIPCION DE DATOS											X	
DISCUSIÓN DE DATOS											X	X
CONCLUSION DEL ESTUDIO												X
INTEGRACION Y REVISION FINAL												X
REPORTE FINAL												X
AUTORIZACIONES												X
IMPRESION DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X

ELABORÓ: DIEGO GIOVANNI CORREA GAYTÁN