



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

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

CENTRO MÉDICO ECATEPEC

**“COMO INFLUYE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA EN LOS PACIENTES DE
LA CLÍNICA REGIONAL DE CUAUTITLÁN IZCALLI ISSEMYM”**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JORGE TERESO ESCALONA BARRERA

El logo de ISSEMYM está escrito en una tipografía gruesa y estilizada, con un efecto de sombra que le da un aspecto tridimensional. Las letras son de color naranja o rojo oscuro.

ESTADO DE MÉXICO 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“COMO INFLUYE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA
REGIONAL DE CUAUTITLÁN IZCALLI ISSEMYM”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DR. JORGE TERESO ESCALONA BARRERA

AUTORIZACIONES

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M

DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M

ESTADO DE MÉXICO 2018

**“COMO INFLUYE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA
REGIONAL DE CUAUTITLÁN IZCALLI ISSEMYM”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DR. JORGE TERESO ESCALONA BARRERA

AUTORIZACIONES

DR. GUILLERMO VICTAL VAZQUEZ

DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD, ISSEMYM

ING. JOANNA GALINDO MONTEAGUIDO

ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN ISSEMYM

ESTADO DE MÉXICO 2018

**“COMO INFLUYE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA
REGIONAL DE CUAUTITLÁN IZCALLI ISSEMYM”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DR. JORGE TERESO ESCALONA BARRERA

AUTORIZACIONES

DR. DANIEL GUTIERREZ VERDIGUEL

DIRECTOR DE CENTRO MÉDICO ECATEPEC

DR. JAIME TORAL LÓPEZ

ENCARGADO DE LA UNIDAD DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
CENTRO MEDICO ECATEPEC

ESTADO DE MÉXICO 2018

**“COMO INFLUYE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA
REGIONAL DE CUAUTITLÁN IZCALLI ISSEMYM”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DR. JORGE TERESO ESCALONA BARRERA

AUTORIZACIONES

DR. RICARDO LOZANO MARTÍNEZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICIA FAMILIAR
ADSCRITO A CENTRO MEDICO ISSEMYM ECATEPEC

DR. RICARDO LOZANO MARTÍNEZ

ASESOR METODOLOGICO DE TESIS

ESTADO DE MÉXICO 2018

DEDICATORIAS

A MIS MAESTROS :

AL DR. RICARDO LOZANO MARTINEZ

POR SU INVALUABLE APOYO

POR LA ASESORIA BRINDADA A MI PERSONA DURANTE MI FORMACION

AL DR. MIGUEL ANGEL HERNANDEZ

POR SU GRAN DEDICACION Y VOCACION DE ENSEÑANZA

GRACIAS

**POR BRINDARME SU TIEMPO Y PODER CUMPLIR CON EN ESTA META TAN
ESPERADA**

AGRADECIMIENTOS

A MI MADRE:

POR DARME LA VIDA Y POR SU GRAN APOYO INCONDICIONAL QUE SIEMPRE TUVO HACIA MI Y QUE DESDE DONDE ESTE SIEMPRE LA LLEVO DENTRO DE MI CORAZON.

A MI PADRE:

POR HABER PENSADO SERTERAMENTE EN LA SUPERACION DE MIS HERMANOS Y DE MI PERSONA AL DARNOS UNA EDUCACION DESDE PEQUEÑOS.

A MIS HERMANOS:

POR SU GRAN APOYO , COMPRENSION Y CALIDAD MORAL

A MIS HIJAS:

ALEXA MICHELLE , NAHOMI ITZAYANA Y LA MAS PEQUEÑA ESTEFANIA LAS AMO Y ESPERO TENGAN UN GRAN FUTURO EN LA VIDA.

A MIS AMIGOS:

POR TODOS ESTOS AÑOS TAN ESPECIALES DE AMISTAD , COMPAÑÍA Y EN LA CULMINACION DE LA ESPECIALIDAD.

INDICE

AGRADECIMIENTO.....	i
DEDICATORIA	ii
RESUMEN.....	iii
INTRODUCCION.....	
ANTECEDENTES.....	
I. MARCO TEORICO.....	
1.1 Fundamentos teóricos y metodológicos para el estudio de la adherencia al tratamiento en Hipertension Arterial.....	
1.2 La adherencia al tratamiento en el marco de la Salud Pública	
1.3 Delimitación de factores influyentes en la adherencia al tratamiento utilizada en la investigación.	
1.4 Factores socioeconómicos y demográficos	
1.5 Factores del sistema de salud y el equipo de asistencia sanitaria	
1.6 Factores relacionados con la enfermedad y el tratamiento	
1.7 Factores relacionados con la red familiar y social	
1.8 Factores relacionados con el paciente	
1.9 La personalidad como instancia integradora y reguladora	
1.1.1 Delimitación conceptual de la adherencia terapéutica para la investigación	
1.1.2 La evaluación de la adherencia terapéutica	
1.1.3 Particularidades de la adherencia terapéutica en hipertensión arterial	
II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
2.1 JUSTIFICACION	
2.2 OBJETIVOS	

2.2.1 GENERAL

2.2.2 ESPECIFICO

III. METODOLOGIA

3.1 CLASIFICACION DEL DISEÑO DEL ESTUDIO

3.2 POBLACION DE ESTUDIO

3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.3.1 DE INCLUSION

3.3.2 DE EXCLUSION

3.3.3 DE ELIMINACION

3.4 MUESTRA

3.5 VARIABLES INDEPENDIENTES

3.5.1 AÑOS DE HIPERTENSO

3.5.2 EDAD

3.5.3 GENERO

3.5.4 ESCOLARIDAD

3.5.5 TIEMPO DE CONSULTA

3.5.6 EFECTOS ADVERSOS DE MEDICAMENTOS

3.6 VARIABLES DEPENDIENTES

3.6.1 PRESENCIA DE COMPLICACIONES

3.6.2 CONTROL DE HIPERTENSION ARTERIAL

3.6.3 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

3.6.4 RELACION MEDICO-PACIENTE

3.6.5 COMORBILIDAD

IV RESULTADOS

V DISCUSION

VI CONCLUSION

VII BIBLIOGRAFIA

VIII ANEXOS

INTRODUCCION

La hipertensión arterial , es uno de los problemas de salud más importantes ya que se considera como un factor de riesgo cardiovascular , que son la principal causa de muerte en los países desarrollados y es considerada actualmente como la enfermedad crónica más frecuente del mundo , se estima que hasta el 25 % de la población la padece. La edad promedio de inicio de la enfermedad se sitúa entre los 25-55 años de edad.

La OMS ha citado a la HTA como la primera causa de muerte en el mundo por lo tanto lo señala como un problema de salud pública , debido a que los efectos de salud tienen un impacto importante ,sobre todo por el incremento de la obesidad , el sedentarismo y la alimentación inadecuada , está aumentando la prevalencia de HTA infantil y juvenil.

La prevalencia de esta patología en el continente se encuentra alrededor del 23 % y la prevalencia actual en México es del 31.5 % (IC 95% 29.8- 33.1) y es más alta en adultos con obesidad (42.3 % ; IC 95%, 39.4-45.3) que en adultos con IMC normal (18.5% ; IC 95% , 16.2- 21.0%), y en adultos con diabetes (65.6% IC 95%60.3-70.7) que sin esta enfermedad . El 47.3 % de los pacientes desconocen que padecían HTA. Por grupos de mayor y menor edad, la distribución de la prevalencia de la HTA fue 4.6 más baja en el grupo de 20 a 29 años de edad, que en el grupo de 70 a 79 años . De los adultos diagnosticados con HTA por un médico, solo el 76.3 % reciben tratamiento farmacológico y menos de la mitad de estos tienen la enfermedad en control.

Lo que permite vislumbrar el importante número de enfermos que hay en nuestro país que requiere de un adecuado control a través de un abordaje integral. Los efectos benéficos de la disminución de la presión arterial y sus complicaciones cardiovasculares han sido documentados en múltiples estudios clínicos. La hipertensión arterial se encuentra dentro de las primeras cinco causas de consulta en Medicina Familiar, ocupa el primer lugar de demanda de consulta por enfermedades crónicas, y se encuentra entre las primeras causas de egresos hospitalarios por este mismo tipo de enfermedad. En los últimos 25 años, la hipertensión arterial ha ocupado 4% del total de muertes, y junto al accidente vascular cerebral y la cardiopatía isquémica 20% del total de fallecimientos.

El cumplimiento al tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas en México, demuestran porcentajes que van del 40 al 75 % solamente, dichos datos arrojan que a pesar de contar con la disponibilidad de sus tratamientos, un importante porcentaje de pacientes no siguen las recomendaciones de su médico.

La adherencia al tratamiento es importante para evaluar la evolución clínica, ya que una alianza terapéutica entre el paciente y el médico es necesaria para el éxito del tratamiento.

ANTECEDENTES

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México. En efecto, alrededor de 26.6% de la población de 20 a 69 años la padece, y cerca del 60% de los individuos afectados desconoce su enfermedad. Esto significa que en nuestro país existen más de trece millones de personas con este padecimiento, de las cuales un poco más de ocho millones no han sido diagnosticados. La hipertensión arterial es un importante factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y renales. La mortalidad por estas complicaciones ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas. Por lo que respecta a las enfermedades del corazón, la enfermedad cerebrovascular y las nefropatías se encuentran entre las primeras causas de muerte.

Durante las últimas dos décadas México ha experimentado una transición epidemiológica como resultado de diversas acciones en el Sector Salud, entre las que destacan: El dramático descenso en los padecimientos infectocontagiosos a través de campañas masivas médico-preventivas, La disminución del índice de natalidad, favorecida por programas de planificación familiar sustentados en el concepto moderno de salud reproductiva, La ampliación demográfica de la cobertura de salud en el país con diagnósticos y tratamientos oportunos de las enfermedades, lo cual propició mayor expectativa de vida y tasa alta de la población adulta. Sin embargo, también se aprecia el incremento de los padecimientos crónico-degenerativos, de tal manera que de 7.7 defunciones por mil habitantes en 1950 en el rubro de enfermedades infecciosas, en 1990 sólo se

presentaron 0.75; mientras que de 1.04 defunciones por mil habitantes por enfermedades crónico-degenerativas en 1950, se pasó a 2.15 defunciones en 1990.

Las enfermedades crónico-degenerativas representativas son la diabetes tipo 2, la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular. La hipertensión arterial esencial se considera como principal el factor de riesgo para desarrollar dichas patologías. La problemática y trascendencia de estos padecimientos incluyen los siguientes aspectos sobresalientes:

- a) Se ubican en los primeros lugares de morbilidad y mortalidad, tanto en consulta externa como en hospitalización.
- b) Muestran un aumento progresivo en pacientes en edad productiva, con el consiguiente costo en incapacidades y disminución de la productividad.
- c) Tienen factores de riesgo conductuales que pueden ser modificables y previsibles.
- d) No se ha logrado abatir el descontrol de los padecimientos, con el consecuente aumento de complicaciones crónicas y agudas así como el deterioro importante en la calidad de vida.
- e) Los programas prioritarios de las instituciones de salud (Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado y la Secretaría de Salud) cuentan sólo con estrategias educativas y de

orientación, sin tomar en cuenta los aspectos cognoscitivos, afectivos y sociales de lo que se ha denominado conducta de enfermedad.

f) Coexisten los padecimientos de diabetes e hipertensión.

En 1977 Engel formuló los principios básicos del modelo biopsicosocial, el cual postula que los procesos de salud-enfermedad son el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales por tanto, es necesario incidir en estos tres aspectos. Mechanic acuñó la expresión conducta de enfermedad y concluyó que los sujetos perciben y evalúan de modo diferente los síntomas y se comportan frente a ellos de forma distinta según las variables psicológicas y sociales que determinan las respuestas ante la enfermedad, tales como las creencias, expectativas, actitudes y opiniones del grupo de referencia.

Con base a lo anterior, se propuso como objetivo desarrollar y aplicar un programa de intervención multidisciplinaria en el que participaron diferentes profesionales de la salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, nutriólogos y psicólogos), para incidir en las cuatro áreas más importantes del ser humano: cognoscitiva, psicomotora, afectiva y de comportamiento.

Se define la adherencia al tratamiento como la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el médico o el equipo de salud, tanto desde el punto de vista de los hábitos o estilo de vida recomendados como del propio tratamiento farmacológico prescrito, expresándose como el grado de coincidencia entre las orientaciones sugeridas por el profesional y el cumplimiento de las mismas por el paciente. La falta de adherencia al tratamiento en hipertensión

arterial es muy frecuente. De los aproximadamente 10 millones de personas hipertensos en Argentina (prevalencia aproximada del 30%) sólo entre el 4% y el 23% tendrán sus cifras tensionales normalizadas con el tratamiento antihipertensivo. Cabe mencionar que aproximadamente 8.000.000 de individuos hipertensos persisten con su patología no controlada, lo que constituye un dramático problema de salud pública por lo que estas cifras implican en términos de morbimortalidad cardiovascular.

Según los resultados de los distintos ensayos clínicos controlados, se considera que al año solo el 30% de los pacientes se adhieren al tratamiento indicado, implicando como tal la toma de entre un 80% y un 100% de la medicación sugerida.

Las causas del bajo control de la hipertensión arterial pueden atribuirse a una inadecuada interacción entre el médico, el paciente y el entorno socioeconómico que condicionan esta relación. La edad promedio de la población adulta está en permanente crecimiento, estimándose que para el año 2020 más del 20% de la población mundial superará los 65 años.

El aumento de la presión arterial sistólica , con la edad es un hecho observacional común, pero no universal, y debería considerarse patológico. La hipertensión arterial , no es un proceso normal del envejecimiento. Como punto de corte para el diagnóstico de HTA en esta edad, se consideran las mismas cifras de 140/90 mmHg que en la población adulta, y en la hipertensión arterial sistólica aislada, más de 140 y menos de 90 mmHg para la presión arterial diastólica. Esta última

situación se presenta en el 10% de la población a los 60 años, creciendo hasta el 30% a los 90 años. Recientemente, distintos trabajos han informado que la presión de pulso es un factor de riesgo independiente para morbilidad cardiovascular (insuficiencia coronaria y cardíaca) y daño cerebral en pacientes graves , y sus valores de corte normales no deberían superar los 60 mmHg en los controles de consultorio y los 53 mmHg.

La Hipertensión Arterial sistólica aislada limítrofe o borderline, 140 a 149 mmHg delimita una franja en la que se ubican los pacientes que sufren la mayoría de los eventos, lo cual avala la importancia de su enfoque terapéutico. Con la edad aumentan las comorbilidades y la presencia de otros factores de riesgo, con la resultante polifarmacia en su enfoque terapéutico, y la posibilidad de interacciones farmacológicas peligrosas. Por todo ello, aumenta el riesgo global, y las cifras de presión arterial se asocian no sólo a eventos, sino a daño cardíaco y cerebral silente, manifestado por deterioro de la función cognitiva. En definitiva, la creciente prevalencia de la hipertensión, particularmente en este grupo etario, constituye una verdadera epidemia, y su adecuado tratamiento previene el accidente cerebrovascular, el infarto de miocardio y la insuficiencia cardíaca y renal crónica.

La no adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial es frecuentemente observada por los profesionales de salud. Mion Júnior , dice que la adherencia al tratamiento es la medida del grado de coincidencia entre el comportamiento del paciente y la prescripción del profesional de salud, que incluye medidas farmacológicas y no farmacológicas aunque el conocimiento y las preferencias del paciente con Hipertensión Arterial deben ser consideradas en la prescripción del

tratamiento, en las recomendaciones del “Consenso” y en las campañas sobre Hipertensión Arterial.

Sarquis et al señalan que, aunque no sea un problema exclusivo de la hipertensión, por su frecuencia en otros regímenes terapéuticos prolongados, la falta de adherencia al tratamiento anti-hipertensivo se profundiza en complejidad, que se da por involucrar aspectos biológicos, psicológicos, culturales y sociales. Para varios factores se han apuntado como intervinientes en el proceso de adherencia: nivel socioeconómico, creencias sobre salud, complejidad del tratamiento, valores culturales, aspectos relativos a los servicios de salud y la relación paciente-profesional, éste último considerado de fuerte influencia en el seguimiento terapéutico.

Una variante con asociación constante a la mayor adherencia al tratamiento es la relación paciente-profesional de salud. Se piensa que, cuando es utilizada una aproximación sistemática entre ellos, los pacientes adoptan y adhieren los regímenes terapéuticos, de forma que previenen y controlan la hipertensión. Por lo tanto, la satisfacción del paciente es un factor importante menospreciado a menudo en la evaluación de cuidado de salud. Ella deberá ser primordial en planificación del tratamiento y la importancia de un cuidado más personal no se debe subestimar.

MARCO TEORICO

1.1 Fundamentos teóricos y metodológicos para el estudio de la adherencia al tratamiento en hipertensión arterial.

En el presente capítulo se aborda la problemática de la adherencia terapéutica en el marco de la salud pública; se realizan consideraciones sobre la delimitación Conceptual de esta denominación a los efectos de la investigación, así como sobre los métodos utilizados para su evaluación. Se tratan sus particularidades en la Hipertensión arterial.

1.2 La adherencia al tratamiento en el marco de la Salud Pública.

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad constituyen estrategias de la salud pública contemporánea en las que el estilo de vida y los comportamientos individuales de las personas en relación con la salud son fundamentales.

El comportamiento humano y el estilo de vida tienen en la actualidad, destacada importancia como determinante del proceso salud enfermedad, en unión de otros factores de tipo biológico, ambientales y sociales . Los comportamientos desempeñan un papel importante en el curso de las enfermedades y, en este contexto, el cumplimiento por parte del paciente de las prescripciones médicas es una manifestación de lo planteado.

El control de las enfermedades crónicas y en consecuencia el incremento o la preservación de la calidad de vida depende mucho de que las personas logren adherirse adecuadamente a los regímenes terapéuticos que cada una exige para

su buena evolución.

Desde una perspectiva general y sistémica se reconoce que la salud está determinada por una compleja interacción de factores que actúan desde diferentes niveles: el macro estructural, el nivel microestructural y el individual. En el nivel individual se incluye tanto el componente biológico como psicológico del sujeto y juega un rol decisivo la regulación personal sobre la instancia biológica, la macro y micro estructural. El resultado de esta regulación se constata en el estilo de vida y los comportamientos individuales.

La concepción de la determinación de la salud por la interacción de tres niveles la desarrolló Pérez Lovelle quien consideró un nivel denominado macrosocial en el que se produce la determinación de la formación socioeconómica como un todo, un segundo nivel que denomina grupal, en el que interactúan las condiciones de vida de los grupos en que se inserta el individuo y un tercer nivel, el individual en el que interviene la regulación psicológica y se expresa en la relación entre el estilo de vida y el estado de salud individual.

Los modelos que pretenden explicar la relación entre salud y determinados factores, desde los primitivos hasta los recientes, ubican la salud como resultante de factores ambientales, biológicos, sociales, económicos, de la atención médica y del comportamiento del sujeto. En el de Blum, la salud psicosomática es la consecuencia de cuatro factores: el ambiente, la herencia, la conducta y los servicios de atención médica. En el modelo socioecológico de Morris, los problemas de salud se explican por tres tipos de factores: del huésped, ambientales externos y de conducta personal. El modelo de “campo de salud” de

Lalonde identifica cuatro segmentos para explicar los niveles de salud y el accionar sanitario sobre estos: la biología humana, los estilos de vida, el medio ambiente y la organización de los servicios de salud..

Castellanos plantea cuatro grandes dimensiones del proceso de reproducción social: la biológica, ecológica, económica y de conciencia y conducta, las que se expresan en las condiciones de vida y marcan diferencias en el proceso salud-enfermedad. Los nuevos determinantes de la salud de los canadienses ofrecen una perspectiva más amplia de todos los factores implicados en la salud de las poblaciones.

La concepción sobre los determinantes de la salud ha sido reflejada en la literatura revisada sobre el tema de la adherencia terapéutica. Kirscht y Rosenstock consideraron como determinantes del cumplimiento del régimen terapéutico: causas sociales, las disposiciones psicológicas, el contexto social, las demandas situacionales y las interacciones con el sistema de cuidado. Rodríguez Marín y Basterra plantearon cuatro grupos de factores determinantes de la conducta de adhesión o no a las prescripciones médicas: la interacción con el profesional sanitario, las características del tratamiento, las características de la enfermedad y los aspectos psicosociales del paciente , Ferrer, Martín y Grau expresan que es un proceso complejo modulado por la influencia de factores de diversa naturaleza: sociales, psicológicos, económicos, propios de la enfermedad y del tratamiento y de la organización de los servicios de salud.

La OMS plantea en su informe técnico cinco dimensiones interactuantes que influyen sobre la adherencia, las cuales están integradas por la acción recíproca de un conjunto de factores que afectan la capacidad de las personas de adherirse a su tratamiento. Estas son: factores socioeconómicos y demográficos, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el tratamiento, factores del sistema y el equipo de asistencia sanitaria y factores relacionados con el paciente.

El autor de la tesis toma como referente para el análisis de los factores que intervienen en la adherencia terapéutica, el planteamiento integrador realizado por la OMS sobre las dimensiones de la adherencia terapéutica, dado que, en estas se incluyen los que fueron ya considerados por investigadores precedentes (los relacionados con la enfermedad, el tratamiento y el paciente) y además se destaca con énfasis el papel de los factores sociales, los demográficos, los económicos y los relacionados con el sistema de salud y el equipo de asistencia sanitaria.

Reconocer esta diversidad presupone tenerlos en cuenta al explicar por qué las personas siguen o no una conducta de cumplimiento. Sin embargo, su incidencia no ocurre de manera lineal, entre ellos se producen complejas interacciones e integraciones que hacen muy difícil la interpretación de resultados de una investigación. Hay evidencias de que un mismo paciente no mantiene los mismos comportamientos a lo largo de distintas situaciones terapéuticas y que su conducta puede variar dependiendo de múltiples condiciones.

El autor asume la importancia y la necesidad de identificar regularidades que apunten hacia la presencia o no de determinados factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento y que actúan desde diferentes niveles de determinación de este comportamiento, las cuales permitan encaminar intervenciones con los grupos poblacionales y con los individuos portadores de una enfermedad.

1.3 Delimitación de factores influyentes en la adherencia al tratamiento utilizada en la investigación.

A partir del modelo de dimensiones de la adherencia de la OMS se consideró un esquema teórico orientador para el estudio de estos factores, compuesto por cinco grupos: los socioeconómicos y demográficos, los del sistema de salud y el equipo de salud, las características de la enfermedad y el tratamiento, los de la red familiar y social y los del paciente.

Con respecto a los factores relacionados con el paciente, la literatura incluye dos aspectos: los sociales y psicológicos. Los sociales, por su naturaleza diferente fueron ubicados de manera independiente en la denominada red social y familiar. Los aspectos psicológicos se abordaron de dos formas: el análisis de las unidades psicológicas que la literatura, señala como relevantes para la adherencia y el estudio de la personalidad, como instancia integradora y reguladora del comportamiento que permite revelar mecanismos explicativos, de las manifestaciones de los componentes del proceso de adherencia.

1.4 Factores socioeconómicos y demográficos

La OMS señala que se presentan deficiencias en la adherencia a los tratamientos de larga duración tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. A algunos aspectos socioeconómicos tales como: la pobreza, el analfabetismo, el desempleo, la lejanía del centro de atención médica, el costo elevado del transporte y el alto costo de la medicación se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia terapéutica. El informe técnico de la OMS reporta las siguientes variables socioeconómicas como importantes en la adherencia para la hipertensión: analfabetismo, desempleo, suministro limitado de medicamentos y elevado costo de la medicación.

Los beneficios económicos para el sistema de salud y el estado de la buena adherencia terapéutica se expresan en los ahorros generados por la disminución del uso de servicios de salud complejos y costosos en caso de progresión de la enfermedad o crisis, en atención médica aprovechada y la utilización adecuada de la producción de medicamentos . Los ahorros indirectos tienen que ver con la mejoría del paciente, la preservación de su calidad de vida y de todas sus funciones sociales, laborales y personales. La OMS señala que la interrupción o abandono de una terapia encarece, en cálculos conservadores, al menos en un 20 % los costos de la salud pública.

El gasto del paciente se puede traducir en pérdidas sensibles a la economía familiar relacionadas con la capacidad adquisitiva disponible para enfrentar la

enfermedad en cuanto a adquisición de medicamentos, alimentos y la ejecución de otras indicaciones que pueden implicar gastos de recursos monetarios.

Sobre los factores sociodemográficos, Ferrer en su trabajo de revisión sobre el tema señala que muchos autores , muestran su acuerdo en considerar que ni el sexo, ni la edad, ni el nivel socioeconómico, ni el nivel educativo, ni el estado civil, ni la raza, ni la religión han demostrado ser predictores adecuados en sí mismos de la adherencia o cumplimiento .

Lo que sí parece cierto es que la combinación de algunas variables incide sobre la adherencia y que algunas de ellas aparecen relacionadas con la adherencia terapéutica en unas circunstancias pero no en otras. También se ha observado que el factor modulador no es la presencia de la característica demográfica en sí misma sino ciertos factores habitualmente asociados a ella. Ejemplo: en ancianos, el déficit cognitivo, el olvido, la incapacidad para leer etiquetas y prospectos.

Según informe de la OMS, la edad es un factor que influye sobre la adherencia al tratamiento pero de manera irregular y su deficiencia puede afectar a todos los grupos etáreos; la adherencia en niños y adolescentes se presenta en un rango de 48 a 100 %, con un promedio de 58 % en los países desarrollados. También reporta que los adolescentes se adhieren menos que los niños pequeños; en estos depende de la capacidad del padre o el tutor para comprender y seguir el tratamiento recomendado y a medida que la edad aumenta, se incrementa la capacidad de llevar las tareas del tratamiento pero siguen necesitando supervisión de los padres (OMS, 2004).

En los ancianos se presentan múltiples enfermedades crónicas que requieren tratamiento complejo y prolongado, además son ellos los mayores consumidores de medicamentos dispensados con prescripción. La adherencia en los pacientes ancianos es un componente muy importante de la atención médica pues de no adherirse aumenta la probabilidad de fracaso terapéutico, las complicaciones innecesarias, la discapacidad y la muerte. De otra parte, los trastornos relacionados con la edad hacen a esta población más vulnerable a los problemas secundarios a la falta de adherencia.

Con respecto al género, algunas publicaciones registran una mejor adherencia en las mujeres y otros no. En un estudio sobre el patrón de cumplimiento de antihipertensivos en pacientes hipertensos en atención primaria realizado en España no se encuentra relación entre cumplimiento y sexo femenino. En un trabajo sobre factores que influyen en el cumplimiento terapéutico de adultos mayores hipertensos se reporta que los hombres alcanzan mayores puntajes respecto a las mujeres situación que podría ser explicada por los roles de género diferentes que se adoptan en el cuidado de la salud o en la pareja.

1.5 Factores del sistema de salud y el equipo de asistencia sanitaria

En cuanto a los factores relacionados con el sistema de asistencia sanitaria, la OMS plantea el efecto de los servicios de salud poco desarrollados, los sistemas deficientes de distribución de medicamentos, la falta de conocimientos y adiestramiento del personal de salud en el control de las enfermedades crónicas y la falta de incentivos para ello. También trata la necesidad de que en la

formulación de políticas de salud y en la actuación de los directivos sanitarios se contemplen las consecuencias de la adherencia terapéutica deficiente, para evitarlas; esta demanda impone la necesidad de elevar, el diagnóstico y la intervención en la adherencia terapéutica, a estrategia prioritaria del sistema de salud lo cual puede ser reflejado en las propuestas de objetivos y acciones de los programas de atención, prevención y control de las enfermedades, sobre todo las crónicas (OMS, 2004). En este caso, la hipertensión arterial.

Dentro de la organización de los servicios de salud, son elementos a tener en cuenta, las dificultades en el acceso a los centros asistenciales, la falta de médico en el momento que el paciente lo requiere o los cambios sistemáticos del profesional de asistencia. El paciente tiende a desarrollar una relación de confianza y compromiso con el médico que le indicó el tratamiento que se ve afectada cuando tiene que recurrir a otro facultativo.

Basterra señala que la reducción de los tiempos de espera, la planificación adecuada de las consultas de seguimiento o la atención en el propio domicilio del paciente han demostrado tener una influencia positiva en el grado de cumplimiento. La influencia de la relación con el equipo de asistencia sanitaria está representada por la satisfacción del paciente con el proceso de atención de salud y las características de la comunicación que establece con los profesionales sanitarios.

La satisfacción del paciente incluye un conjunto de evaluaciones de las diferentes dimensiones del cuidado del profesional, en la cual se distinguen la satisfacción

específica y la global. Los pacientes más insatisfechos tienen mayores probabilidades de no llevar a cabo las instrucciones de tratamiento.

La comunicación entre los profesionales sanitarios y pacientes es fundamental. Los profesionales con aptitudes y actitudes negativas para informar el tratamiento que exhiben torpeza, falta de empatía y desmotivación contribuyen a la falta de adherencia al mismo. De igual forma, la ausencia de instrucciones escritas o efectuadas de modo deficiente con lenguaje demasiado técnico o rasgos incomprensibles no favorecen la adhesión. Otro aspecto es el modo en que el médico estimula la cooperación del paciente en la instauración del régimen terapéutico, la colaboración, la discusión y el acuerdo entre ambos con respecto a todo lo que concierne al tratamiento.

La comunicación permite Morales señala en el proceso de comunicación la importancia del reconocimiento de la individualidad del paciente, la calificación profesional percibida y las características del lugar en que se produce la atención (Morales, 1999).

1.6 Factores relacionados con la enfermedad y el tratamiento

Los factores del tratamiento tienen un carácter básicamente médico y se refiere a las características del régimen terapéutico. La complejidad del tratamiento, incluye el grado de cambio comportamental que exige el tratamiento, si implica cambios en los hábitos y estilos de vida o exige pautas nuevas de comportamiento. También son variables relacionadas con la complejidad el número, la frecuencia

del consumo y la combinación de distintos tipos de medicamentos. Se reconoce que la medicación múltiple favorece el incumplimiento-

Otra cuestión es la duración del tratamiento. Si es corto se fracasa menos en el cumplimiento, mientras que las prescripciones que requieren un plazo largo no son seguidas por el 50 % de los enfermos al momento de comenzarlas y este incumplimiento va incrementándose a medida que pasa el tiempo.

También se destaca la presencia de efectos secundarios o indeseables. Los regímenes terapéuticos que provocan efectos secundarios afectan las tasas de adherencia puesto que estos pueden llegar a ser más perturbadores que los propios síntomas de la enfermedad. Los posibles efectos colaterales de los medicamentos pueden actuar como estímulos aversivos, produciendo un descenso en la adherencia.

Los factores de la enfermedad están referidos a la naturaleza de la misma y a las exigencias particulares derivadas de ella con que se enfrenta el paciente. Se ha reportado que las enfermedades agudas con síntomas de dolor o incomodidad producen mayor tasa de cumplimiento, mientras que en las enfermedades crónicas y sobre todo en las que tienen un carácter asintomático esta es menor.

Los síntomas constantes facilitan la adaptación y en consecuencia pueden contribuir a bajar el cumplimiento, así como las características de los propios síntomas, como ser alarmantes o percibirse como peligrosos pueden estimular el cumplimiento de las prescripciones. Al parecer resulta más difícil seguir las recomendaciones profilácticas, como modificaciones de estilos de vida o cambios

de comportamiento que aquellas indicaciones terapéuticas que atenúan el efecto de los síntomas que están produciendo malestar.

1.7 Factores relacionados con la red familiar y social

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 menos apoyo social o con inestabilidad familiar o aislamiento. Este puede provenir de la familia, amigos, compañeros de trabajo o grupos de autoayuda, es decir, lazos sociales con otros individuos, grupos o con la comunidad y será más beneficioso en tanto incluya ayuda enfocada al problema de salud. Los grupos sociales y sus normas respecto al comportamiento preventivo pueden ejercer presión sobre sus miembros para que se ajusten a 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, también contribuye a animar al enfermo a mantener el régimen y a volver a la vida normal. Por esto se señala que el apoyo familiar y los vínculos que se establecen en esta red puede contribuir tanto a incrementar como a disminuir la ejecución de recomendaciones de salud y (o) terapéuticas. Cuando las recomendaciones incluyen cambios en los estilos de vida el apoyo de otros puede ser especialmente necesario como refuerzo para iniciar y mantener los cambios.

1.8 Factores relacionados con el paciente

La perspectiva teórica de partida para el estudio de la adherencia terapéutica como proceso psicosocial ha sido el enfoque histórico cultural desarrollado por L. S. Vigotsky el que considera como principios fundamentales: la naturaleza histórico social de la psiquis humana, la interrelación dialéctica entre lo biológico, lo social y lo psicológico, la unidad e interrelación entre la actividad y la comunicación, la enseñanza y el desarrollo y entre lo cognitivo y lo afectivo en las manifestaciones de las funciones psíquicas superiores. Por su valor explicativo se integran en la orientación tanto teórica como metodológica de la investigación postulados de la psicología cognitiva y del enfoque personal del estrés.

En el proceso de adherencia al tratamiento intervienen aspectos psicológicos cognitivos, motivacionales y volitivos. Los conocimientos que han adquirido los enfermos acerca de la enfermedad y el tratamiento les permiten actuar de manera consciente, sobre bases claras y reales teniendo en cuenta las principales características, los efectos, los riesgos y los comportamientos adecuados para el manejo de la misma.

Las creencias del paciente relacionadas con la percepción de gravedad de la enfermedad, la estimación de su propio riesgo de enfermarse o vulnerabilidad percibida, la creencia de la persona de ser capaz de ejecutar la respuesta necesaria: autoeficacia percibida , la creencia de que la respuesta será más eficaz que los costos ocasionados por la conducta: utilidad percibida y la motivación por la salud integradas en el Modelo de Creencias en Salud han sido utilizadas para

explicar porqué las personas no se adhieren a conductas saludables y a las indicaciones médicas.

Si el paciente está motivado por mantener su salud, su comportamiento se dirige con mayor facilidad hacia la ejecución de acciones que la conserven. Es importante la motivación mantenida y sostenida en el tiempo, desde una óptica optimista y positiva como una vía para vivir más plenamente lo cual tiene un fuerte potencial incentivador en oposición a la motivación desde una óptica más pesimista cuyo componente fundamental es el miedo a la enfermedad y la muerte.

El padecimiento de una enfermedad es un evento estresante, que implica el uso por el paciente de determinadas estrategias de afrontamiento a la misma, dadas las complicaciones y secuelas que traen consigo sufrimiento físico y psicológico como dificultades en la autoimagen, la autoestima, miedos y peligros percibidos ante una posible amenaza a la vida laboral, familiar, social y la muerte.

Los pacientes pueden desarrollar modos de afrontamiento dirigidos a la solución del problema y también modos dirigidos al control de las emociones. El afrontamiento dirigido a la solución del problema está encaminado a su definición, a la búsqueda de soluciones y alternativas, a la consideración de estas en base a su costo y beneficio, a su elección y aplicación. Los dirigidos al control de las emociones tratan de controlar y reducir las que resultan desagradables y que aparecen como consecuencia del estrés. Agrupa estrategias que no resuelven el problema en sí pero hacen sentir mejor en momentos de peligro o amenaza.

Zaldívar considera que se encuentran, entre otros, como factores moduladores más específicos de la adherencia terapéutica: la representación de la enfermedad y el locus de control (lugar del control). El locus de control expresa el modo en que el sujeto asume lo que le acontece. Puede ser interno o externo según la responsabilidad sea depositada en el propio sujeto o fuera de él..

Cuando el individuo es consciente de sus posibilidades de influir sobre sus acciones y es el responsable de las consecuencias de lo que le acontece se considera que su locus de control es interno. El locus de control externo se expresa cuando la persona considera que todo lo que le sucede depende de situaciones externas a él y hace recaer la responsabilidad en otros individuos o en fuerzas sobrenaturales, así los acontecimientos de la vida y su salud escapan a las posibilidades de control personal. En relación con la adherencia se ha planteado que los sujetos con locus de control externo presentan menos posibilidades de adherirse que los sujetos con locus interno .

El modelo representacional que se tiene sobre una enfermedad brinda al individuo una explicación de las posibles causas, de la interpretación de los síntomas, de su curso y de su posible solución. Leventhal y sus colaboradores encontraron que la concordancia entre el modelo de representación mental de la enfermedad y las instrucciones recibidas puede ayudar a explicar la adherencia..

La actividad y las cualidades volitivas revisten especial importancia para la orientación del sujeto hacia un comportamiento saludable, dentro de este, el dirigido al cumplimiento de un tratamiento el que generalmente requiere de realizar

determinados esfuerzos para mantener un régimen de alimentación, atención y rigor en los horarios de medicación y la modificación de hábitos de vida cotidiana lo cual implica el funcionamiento de cualidades personales relacionadas con la voluntad del individuo.

1.9 La personalidad como instancia integradora y reguladora

En la investigación se consideró importante el estudio de las formaciones psicológicas complejas de la personalidad que integran los constituyentes reguladores de la actuación del individuo, implicadas en el proceso de adherencia al tratamiento.

El papel mediatizador de la personalidad ha sido teóricamente desarrollado por Fernando González Rey, quien considera que en la personalidad se organizan múltiples contenidos psicológicos en configuraciones psicológicas individualizadas que integran, en la historia individual del sujeto, los aspectos estructurales y funcionales de la misma en distintas configuraciones sobre el comportamiento.

Este autor define tres formas esenciales de integración de los contenidos psicológicos, denominados aspectos estructurales: las unidades psicológicas primarias, que están representadas por contenidos psicológicos parciales portadores de un valor emocional y se expresan en formas concretas de comportamiento; las formaciones psicológicas como unidades estructurales complejas de la personalidad a través de las cuales se expresa la autorregulación de la actividad humana y representan un nivel estable y organizado de esta y las síntesis reguladoras que están presentes en los comportamientos más elaborados

de la personalidad, resultado de las relaciones necesarias entre las distintas formaciones y mecanismos de esta; las posibilidades metodológicas para el estudio de estas últimas es aún muy limitado .

Los denominados aspectos funcionales son aquellos que expresan como un contenido concreto de la personalidad se manifiesta. Para su estudio se define un conjunto de indicadores, llamados indicadores funcionales, los cuales son: la rigidez o flexibilidad para valorar los contenidos de la personalidad, la estructuración temporal de un contenido psicológico, la capacidad de estructurar el campo de acción, la mediatización de las operaciones cognitivas y la estructuración consciente activa de la función reguladora de la personalidad.

La autora asume en la investigación los presupuestos teóricos antes expuestos para el estudio de las configuraciones psicológicas individualizadas que movilizan hacia la adherencia o no al tratamiento, por su valor explicativo y por los antecedentes existentes en el país acerca de estudios de personalidad de pacientes hipertensos con este fundamento.

En investigaciones realizadas con sujetos hipertensos e infartados se encuentra un conjunto de indicadores generales que los diferencian. Se observa la presencia generalizada en estos sujetos de los indicadores funcionales del nivel de normas, estereotipos y valores, unido a otros importantes indicadores psicológicos como son: determinismo externo, orientación al perfeccionismo en su actividad, pobreza de intereses, desplazamiento de sus deseos y aspiraciones personales a los de

otras personas, esencialmente sus hijos, en quienes expresan todos sus anhelos y proyecciones de su vida futura y pérdida del sentido de la vida.

1.1.1 Delimitación conceptual de la adherencia terapéutica para la investigación.

En la literatura sobre el tema que aborda la presente investigación se han empleado diversos términos para conceptualizarlo. Los más utilizados han sido “cumplimiento del tratamiento” y “adherencia al tratamiento” o “adherencia terapéutica” aunque se han propuesto muchos otros como: cooperación, colaboración, obediencia, observancia, alianza terapéutica, seguimiento, adhesión, concordancia y conformidad.

La definición de “cumplimiento del tratamiento” de mayor aceptación es la propuesta por Haynes en 1976, como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario” .

Este término generó grandes polémicas pues se le señala un alcance restringido en cuanto a la complejidad del fenómeno que pretende abarcar. Se considera que se refiere a la obediencia del paciente a seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional de la salud, asumiendo un rol pasivo y sumiso que lo presupone incapaz de tomar sus propias decisiones al seguir las recomendaciones que se le proponen. Según esta conceptualización la conducta del paciente debe “coincidir” con la instrucción recibida.

También se ha señalado que se trata de una definición con importantes deficiencias en el sentido de que tiende a ser unidimensional: las personas son “cumplidoras” o no “cumplidoras”, a pesar de las múltiples posibilidades que pueden existir en relación con el cumplimiento; está centrada en el profesional de la salud y en un modelo de salud básicamente autoritario, con tendencia a lograr una estabilidad en la conducta de cumplimiento; es reduccionista, sólo tiene en cuenta el componente relacional y no considera los aspectos subjetivos que intervienen en este proceso como, por ejemplo, las creencias y motivaciones del paciente.

De otra parte, se plantea que en la práctica médica este concepto suele circunscribirse casi exclusivamente al uso de los medicamentos por parte del paciente de una forma determinada sin incluir aspectos higiénico-sanitarios, como seguir una dieta, no fumar, realizar ejercicios físicos regularmente, evitar el estrés, realizar visitas médicas periódicas o cumplir con las programadas para el seguimiento.

Con el fin de superar estas limitaciones se introduce el término “adherencia terapéutica”, atribuido a Blacwell como una alternativa que permitiera expresar una relación más interactiva entre el profesional sanitario y el paciente, en la que se confiere un papel al profesional que da la indicación y una participación más activa del paciente en su cumplimiento. La conducta del paciente depende así de su propia responsabilidad y también de las acciones efectuadas por el médico, en cuanto a claridad de las indicaciones y uso adecuado de los recursos de la comunicación para lograr su implicación en el proceso.

El término “adhesión” ha sido utilizado como sinónimo de “adherencia” para referirse a la acción de adherirse al tratamiento (Ferrer, 1995). También se considera que los comportamientos de adhesión constituyen la parte final de una cadena y no debe concebirse como una categoría de proceso ni de estado sino como de resultado.

Sobre los términos “conformidad”, “concordancia” y “seguimiento del tratamiento” se plantea que la “conformidad” se refiere al intento realizado por el paciente para tomar la medicación cada día tal y como se le ha prescrito y la “concordancia” es la toma de decisiones y un acuerdo entre la persona que proporciona el servicio y el paciente teniendo en cuenta las opiniones y deseos de este. Se reconocen diferencias entre “conformidad” y “persistencia”, esta última es un componente de la conformidad e implica continuar con la medicación prescrita durante un periodo prolongado. El “seguimiento del tratamiento” es un concepto más general que incluye la aceptación, la concordancia y la persistencia..

Para Basterra, los términos “cumplimiento” o “incumplimiento” siguen siendo los más utilizados en la práctica médica y farmacéutica-.También es frecuente encontrar el uso de “cumplimiento” y “adherencia” como sinónimos. De este modo lo asume Ferrer, quien plantea que resulta difícil encontrar un término que recoja con exactitud el sentido que se pretende, en cuanto a seguimiento de las indicaciones del profesional de la salud y simultáneamente implicación activa del paciente a las mismas.

La autora de la tesis considera que a pesar de la falta de consenso sobre la definición de este concepto, la importancia del problema de la adherencia es tal, que se hace obligatoria la investigación y la intervención en el mismo. Por tanto se impone un abordaje teórico y metodológico que facilite la búsqueda de soluciones académicas y prácticas que contribuyan al alcance de un acuerdo definitivo o más generalizado.

En correspondencia con lo antes expuesto, el término que se asumió en la investigación fue “adherencia al tratamiento o terapéutica” dado que este permite reflejar el sentido psicológico del proceso estudiado, al sugerir la participación activa del paciente y la necesaria relación de comunicación, colaboración y acuerdo entre este y su médico para lograr el cumplimiento. Además, en la actualidad está ampliamente referido en las publicaciones sobre el tema, y es el término acuñado por la OMS y por la Red Mundial Interdisciplinaria de adherencia a los tratamientos de larga duración en sus documentos y directrices de trabajo.

La OMS plantea una definición de adherencia al tratamiento prolongado que hace hincapié en la necesidad de considerar la conformidad del paciente y el acuerdo respecto a las recomendaciones de un profesional de salud, las cuales incluyen además del consumo de medicamentos, las modificaciones comportamentales y la define como “el grado en que el comportamiento de la persona, como tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” además considera la necesidad de diferenciar la adherencia del cumplimiento u observancia.

Al respecto Zaldívar plantea que la adherencia terapéutica hace referencia a un conjunto o repertorio de conductas, entre las que se incluyen: aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada las indicaciones del mismo, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida comportamientos saludables.

El adecuado cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica, involucra realizar una serie de tareas que requieren: saber qué hacer, cómo hacer y cuándo hacer; el paciente debe disponer de una serie de habilidades con diferente grado de complejidad.. Por otro lado, es importante para el médico conseguir que los pacientes adquieran y mantengan a lo largo del tiempo un hábito de adhesión estricto a los medicamentos y al cumplimiento de todas las indicaciones. Las consideraciones anteriores de Zaldívar, Amigó y Bayés refuerzan el carácter bilateral de este proceso al hacer énfasis en el papel del paciente y el profesional de salud y también apuntan que la adherencia terapéutica es más que una conducta de cumplimiento.

Las tesis fundamentales del enfoque histórico cultural ofrecieron el marco teórico general para la comprensión de la adherencia al tratamiento al explicar el papel esencial de las relaciones sociales en el surgimiento de las funciones psíquicas y como estas se interiorizan desde lo social a lo individual intrapsicológico, se expresan en la actividad del individuo y en este sentido adquieren un carácter mediatizado.

Por otra parte, se encontró en el campo de la Psicología de la Salud el referente teórico específico que permitió redimensionar la definición del concepto que se utiliza en la investigación, nos referimos a la definición de adherencia terapéutica como “una implicación activa y voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con su médico con el fin de producir un resultado terapéutico deseado” .

Esta definición representa un avance en la comprensión de la naturaleza psicológica del problema discutido por las siguientes razones: el paciente participa de manera activa y voluntaria en un comportamiento, se compromete, se involucra, se responsabiliza, no es una simple conducta de respuesta y también se adhiere a un plan con el que está de acuerdo y se supone ha aceptado y a cuya elaboración ha podido contribuir. El plan terapéutico no lo elabora el paciente, lo elabora a propuesta y de conjunto con su médico, por tanto el profesional está presente, en interacción con el paciente, lo cual imprime otra dimensión psicológica a considerar.

De modo que la adherencia terapéutica no es un comportamiento aislado, ni un conjunto de comportamientos, es un comportamiento complejo que puede ser concebido como un proceso. Se tomó de referente lo planteado por Piña López y Sánchez Sosa quienes proponen el análisis de la adherencia y la adhesión, la primera como “categoría de proceso” y la segunda como “categoría de resultados” .

Las consideraciones y reflexiones anteriores y las limitaciones enunciadas al término cumplimiento permitieron a la autora de la tesis formular la siguiente definición: la adherencia al tratamiento es un comportamiento complejo con carácter de proceso conformado por una estructura y dinámica interna que integra un componente personal y uno comportamental propiamente dicho del paciente y un componente relacional en el que se encuentra implicado el profesional de salud, dirigidos al logro de un resultado beneficioso para la salud.

- La estructura del proceso de adherencia se opero de la siguiente manera: -
Implicación personal (participación activa): se refiere al componente personal que se materializa en la búsqueda activa por parte del paciente de estrategias que permitan garantizar el cumplimiento, con la ejecución de los esfuerzos personales necesarios que requieren las acciones involucradas en este proceso.
- Relación transaccional entre paciente y profesional (aceptación convenida del comportamiento): se refiere al componente relacional que se manifiesta en la colaboración y acuerdo establecidos entre el paciente y su médico para organizar el tratamiento y elaborar la estrategia a seguir que garantiza el cumplimiento y la aceptación de estos por ambos.
- Cumplimiento del tratamiento (ejecución de las indicaciones): se refiere al componente comportamental propiamente dicho resultante de la intervención de los demás componentes, a través del cual la persona ejecuta las indicaciones médicas prescriptas relacionadas tanto con el

tratamiento medicamentoso como con las modificaciones en su estilo de vida .

La dinámica del proceso se expresa en dos sentidos: en una dinámica estructural de interrelación entre los componentes. Ejemplo: la ejecución de las indicaciones puede ser resultante de la aceptación convenida y la implicación personal, la implicación personal activar la aceptación convenida, la ejecución exitosa de las indicaciones fortalecer la implicación y la relación de negociación con el profesional. Y en una dinámica temporal en la que la adherencia se mueve con el transcurso del tiempo, en virtud de los factores que la influyen, desde adherencia total a parcial hasta no adherencia o viceversa.

En la tesis se consideró que las manifestaciones de la adherencia terapéutica se pueden diferenciar en tres niveles: total, parcial o no adherencia. El nivel expresa el estado en que se encuentra el proceso de la adherencia, en cuanto al alcance logrado por sus componentes en un momento y contexto determinado. Las tres categorías permiten hacer una diferenciación escalonada sin reducir el proceso sólo a sus extremos sino que permiten valorar estados intermedios que se pueden mover en un sentido u otro y así también realizar el estudio de la dinámica del mismo y la intervención encaminada a favorecer la adherencia total.

Para la práctica médica habitual esta concepción ayuda a conocer en qué lugar se ubica el paciente para de esta forma conducir la intervención y el seguimiento; puede tener valor pronóstico de la evolución de la enfermedad y su tendencia al control. Desde el punto de vista cualitativo, diferencia el paciente adherido del

cumplidor, pues permite valorar la participación del paciente en la ejecución de las indicaciones y en su vínculo con el profesional. La adherencia total no refleja a un paciente cumplidor u obediente sino a un individuo comprometido, responsabilizado e involucrado con su enfermedad y aliado con su médico para de conjunto garantizar su salud.

1.1.2 La evaluación de la adherencia terapéutica.

En la literatura sobre el tema se exponen diversos sistemas de métodos y técnicas para realizar la evaluación de la adherencia a los tratamientos. Entre estos tenemos: autoinformes de los pacientes y de los familiares, los autorregistros, la medición del consumo de medicamentos, el conteo de píldoras, mediciones bioquímicas, el uso de métodos electrónicos y las bases de datos de las farmacias.

También se han utilizado procedimientos directos como la observación por terceros y la evaluación bioquímica. Cuando terceras personas observan el cumplimiento (familiares, compañeros de trabajo, amigos) se han utilizado, a su vez, distintos tipos de registros: entrevistas, escalas de opinión, y protocolos de observación. La evaluación bioquímica hace referencia a diferentes análisis, fundamentalmente en orina o sangre, que permiten detectar el agente terapéutico prescrito a través de sus productos metabólicos. También se han utilizado marcadores electrónicos situados en los frascos de medicamentos.

Muchas de estas vías no permiten explorar la verdadera esencia del fenómeno que se investiga en su dimensión psicológica y comportamental y no exploran la

participación del paciente y del profesional de salud en este proceso. Son técnicas que evalúan exclusivamente el cumplimiento del tratamiento y casi siempre sólo su componente medicamentoso, no aquellas indicaciones que se refieren a cambios de hábitos o estilos de vida. Además, la mayoría son procedimientos complicados, poco prácticos y costosos, casi imposibles de aplicar por los investigadores en determinados contextos.

Según algunos autores los instrumentos más útiles son aquellos llamados “indirectos” como la entrevista, el cuestionario y la estimación a partir de resultados clínicos. La estimación subjetiva por parte del terapeuta ha sido un procedimiento utilizado para comprobar si el paciente cumple o no con las prescripciones. Tal estimación se realiza según los resultados terapéuticos, evaluando de forma indirecta la adherencia al considerar que la desaparición o mantenimiento de los síntomas constituye su indicador.

Las medidas de autorreporte recogidas a través de entrevistas o cuestionarios presentan el riesgo de estar sesgadas por las particularidades intrínsecas de estas técnicas. Se conoce que puede haber cuestiones que atentan contra la validez de estas medidas, como los errores en el cálculo de tiempo y de interpretación, reactividad, descenso en la precisión por fatiga, sesgos individuales por expectativas y demandas de los informantes.

Sin embargo, la literatura plantea que la información brindada por el paciente parece ser la más ajustada a la realidad y, en consecuencia, puede considerarse confiable a los fines de la investigación. En esta investigación la autora, seleccionó

como técnica para realizar la evaluación de la adherencia terapéutica el cuestionario de autorreporte aplicado a los pacientes.

1.1.3 Particularidades de la adherencia terapéutica en hipertensión arterial.

Actualmente la hipertensión es un problema de salud de elevada magnitud a escala mundial. Su importancia para el cuadro de salud radica en las repercusiones personales, económicas y sanitarias asociadas a su atención y tratamiento y por las complicaciones degenerativas que puede acarrear, responsables directamente de un alto porcentaje de muertes. Tiene como elemento característico la carencia de síntomas en muchos de quienes padecen la enfermedad. Representa en sí misma una enfermedad y también es un factor de riesgo importante para otras enfermedades, fundamentalmente la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardiaca, la enfermedad cerebrovascular y la insuficiencia renal.

La hipertensión arterial (HTA) está distribuida en todas las regiones del mundo, con independencia de factores de índole económicos, sociales, culturales, ambientales y étnicos. Su prevalencia, aunque distinta en las diversas comunidades, ha estado en aumento, asociada a patrones alimentarios inadecuados, disminución de la actividad física y otros aspectos conductuales relacionados con hábitos tóxicos .

En la mayoría de los países la prevalencia se encuentra entre el 15 y el 30 %. Las tendencias mundiales al incremento de la expectativa de vida en la mayoría de los países, ha propiciado que gran cantidad de personas transite hacia el

envejecimiento. La frecuencia de hipertensión arterial aumenta con la edad, demostrándose que después de los 50 años casi el 50 % de la población padece de hipertensión arterial. En muchos países es la causa más frecuente de consulta médica y de mayor demanda del uso de medicamentos.

La hipertensión arterial se define como la presión arterial sistólica de 140 mm de Hg o más, o una presión arterial diastólica , de 90 mm de Hg o más, o ambas cifras inclusive , en las condiciones requeridas para dichas tomas. La etiología de la hipertensión arterial es desconocida en el 95 % de los casos, esta se identifica 35 como esencial o primaria, el restante 5 % es debido a causas secundarias. El tratamiento farmacológico incluye varios esquemas y tipos de medicamentos. En ocasiones se indican los fármacos combinados. Es reconocida la utilidad de las diferentes estrategias no farmacológicas y las modificaciones del estilo de vida en el tratamiento de la hipertensión como primer escalón del mismo. Dentro de ellas se consideran de gran relevancia las recomendaciones referidas a la dieta, la modificación en el consumo de sal, la práctica del ejercicio físico y la reducción del peso corporal, entre otras.

La prevención de la hipertensión arterial es la medida más importante, universal y menos costosa. El perfeccionamiento de la prevención y el control de la presión arterial es un desafío importante para todos los países, lo cual debe constituir una prioridad de las instituciones de salud, la población y los gobiernos. La adecuada percepción del riesgo que significa padecer de hipertensión arterial debe conducir a ejecutar una estrategia poblacional con medidas educativas dirigidas a la disminución de la presión arterial media de la población, impactando sobre otros

factores de riesgo asociados a la esta, fundamentalmente la falta del ejercicio físico, niveles inadecuados de lípidos sanguíneos, elevada ingesta de sal, el tabaquismo y el alcoholismo.

De otra parte, es necesario desarrollar estrategias individuales, para detectar y controlar con medidas específicas de los servicios asistenciales, a los individuos que por estar expuestos a niveles elevados de uno o varios factores de riesgo tienen alta probabilidad de padecerla o la padecen así como fomentar la responsabilidad individual que deben observar aquellas personas ya diagnosticadas y con un tratamiento indicado .

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Siendo la adherencia al tratamiento médico el pilar fundamental dónde descansa el control de las enfermedades crónico-degenerativas, es importante establecer el papel que juegan los factores propios del individuo y los del entorno del paciente ya que es de todos conocido que el apoyo familiar, y el estado anímico del paciente ejerce influencia importante.

Conocer los factores que influyen sobre la falta de apego de nuestro universo de pacientes que manejamos en nuestra práctica diaria es importante debido a que nos orienta sobre los de mayor importancia y por supuesto son los que reclaman estrategias que coadyuven a lograr el apego en este grupo importante de pacientes.

Los factores de riesgo asociados a la falta de adherencia terapéutica son los relacionados con el paciente, la enfermedad, el médico tratante, el lugar dónde se prescribe el tratamiento y el medicamento en sí. Los estudios que avalan la falta de adherencia el 50 % corresponde a enfermedades crónicas,⁷⁻¹⁰ y en enfermedades agudas, como la diarrea, varía entre un 31 y un 49 %, . Existen además reportes en la literatura de otros factores de riesgo asociados a la falta de apego al tratamiento tales como: desconocimiento de la enfermedad, desconfianza de la capacidad del médico, duración de la consulta menor de 5 minutos, falta de comprensión de las indicaciones médicas, escolaridad baja, estado civil e intolerancia a los medicamentos. Por lo anterior surge el siguiente planteamiento:

- ¿Cómo influye la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial sistémica Clínica Regional Cuautitlan Izcalli
- ¿Cuáles son los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de personas hipertensas?

2.1 JUSTIFICACION

Las enfermedades crónico-degenerativas son la principal causa de muerte en México, ocupando la hipertensión arterial el 7º lugar dentro de las causas de mortalidad general. Para las instituciones de seguridad social la hipertensión arterial representa una las principales causas de consulta, ocupando el tercer lugar, como motivo de asistencia¹¹. En lo que respecta al impacto socioeconómico, el costo total en promedio para el país correspondió en el año 2000 a 17 953 millones de pesos, de acuerdo con una población de hipertensos estimada en 13 704 573, lo cuál representa un 13.95 % del gasto en salud lo que impacta determinadamente el presupuesto no solo del IMSS sino de las restantes instituciones de Salud.

Es importante mencionar que el control de los pacientes hipertensos, tendría un ahorro importante, en un estudio de costo recientemente cada paciente hipertenso le cuesta al Seguro Social 1067 pesos, sin embargo la falta de cumplimiento puede incrementar el costo al doble, aunado a ello la perdida de años potencialmente perdidos de la población que tiene dichas complicaciones.

Además a lo anterior, hay que agregar los costos indirectos, los que comprenden las pérdidas de productividad causadas por enfermedades a corto plazo, jubilación anticipada y muerte precoz antes de la jubilación. En estos se incluirían también los gastos derivados cuando los familiares faltan a trabajar por acompañar a los pacientes a las consultas, se quedan cuidando en casa y los gastos derivados de los viajes para trasladarse a las consultas externas. Para finalizar también se consideran los costos psicológicos y debido a que son más subjetivos, es difíciles

asignarles un valor monetario, como son: el estrés, el dolor y la ansiedad del paciente hipertenso.

Es importante para el médico familiar contar con información veraz sobre la realidad del cumplimiento del tratamiento de sus pacientes ya que a partir de estas desarrollará un proceso de sensibilización y participará más efectivamente en educar a los pacientes durante el proceso de atención médica, mejorando su control y disminuyendo las complicaciones a corto y a largo plazo.

2.2 OBJETIVOS

GENERAL

1.Determinar cómo influye la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en la población derechohabiente de la Clínica Regional de Cuautitlan Izcalli , Estado de México

ESPECIFICOS

1.Determinar los factores asociados a la consulta médica que influyen en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial.

2.Determinar los principales factores asociados a los medicamentos que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo

3.Caracterizar las configuraciones psicológicas implicadas en la adherencia o no al tratamiento en hipertensos de áreas de salud seleccionadas.

4.Determinar la frecuencia de co-morbilidad en la población estudiada

III. METODOLOGIA

3.1 CLASIFICACIÓN DEL DISEÑO DEL ESTUDIO

Este estudio se clasificó como: observacional, descriptivo y transversal .

3.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se realizó en la Clínica Regional de Cuautitlan Izcalli , durante el período comprendido del 1º. De marzo del 2017 con los pacientes derechohabientes que asistieron a la consulta externa captados dentro del programa de enfermedades crónico-degenerativas.

Se les invitó a participar en el estudio explicando la naturaleza, el objetivo y beneficios del mismo. A todos los que aceptaron se les solicitó que contestaran la encuesta elaborada ex profeso, tipo entrevista la cual se realizó de manera directa, en un consultorio médico.

3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

De Inclusión:

1. Todos los pacientes hipertensos derechohabientes de la Clinica Regional de Cuautitlan Izcalli , Edo de Mexico
2. Expedientes completos
3. Paciente que lleven su control en la Clínica Regional de Cuautitlan Izcalli
4. Que acepten participar en el estudio.

De Exclusión:

- 1 .Mujeres embarazadas.
2. Pacientes cuyo control sea efectuado en otra institución o en medio privado.
3. Pacientes con hipertensión de origen renovascular.

De Eliminación

1. Expedientes incompletos
2. Cuestionarios incompletos.

MUESTREO Y TAMAÑO DE MUESTRA

Se realizó un muestreo aleatorio simple con reemplazo de los pacientes que acudieron a su consulta programada de hipertensos de la Clínica Regional de Cuautitlan Izcalli ,seleccionando a 263 pacientes de acuerdo al tamaño de muestra calculado. Debido a que se desconocía la frecuencia de adherencia al tratamiento, se tomó 50%, con I.C. 95% y 5 % de error por lo que de acuerdo a estos resultados se tomó una n = de 263 pacientes, de acuerdo a la fórmula siguiente:

$$n = \frac{Nz^2 p q}{d^2(N - 1) + z^2 p q}$$

N = Población de hipertensos de CRCI

n = Tamaño de muestra

p= prevalencia PD =50 % = 0.50

$q = (1-p) = 50\%$

D= Diferencia mínima que queremos detectar = 0.05

VARIABLES INDEPENDIENTES

Años de Hipertenso

Definición conceptual: Tiempo en años transcurridos desde el diagnóstico clínico de la Hipertensión

Definición operacional: Tiempo en años desde que se diagnosticó la Hipertensión, siendo registrado en el expediente

Clasificación estadística: Cuantitativa

Escala de medición: Continua

Categoría: 1 a 2 años

3 a 5 años

6 a 10 años

> 10 años

Edad

Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento.

Definición operacional: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha en que se realiza el estudio.

Escala de medición: Intervalar.

Fuente de información: Entrevista directa.

Categoría: 25 - 34

35 - 44

45 - 54

55 - 64

65 - 74

75 - 79

80 y +

Género

Definición conceptual: Condición que determina diferencias con respecto a la reproducción de la especie.

Definición operacional: Condición de la especie que determina diferencias en el funcionamiento metabólico del individuo

Clasificación estadística: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Categoría: Femenino

Masculino

Escolaridad

Definición conceptual: Nivel de estudios de una persona

Definición operacional: Grado de estudios académicos formales que ha recibido una persona hasta completar cada período

Clasificación estadística: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Categoría: Analfabeto

Primaria

Secundaria

Preparatoria ó Técnico

Profesionista

Tiempo de consulta

Definición conceptual: Tiempo de atención médica en un consultorio

Definición operacional: Tiempo de atención que el médico dedica a dar atención médica de calidad con información clara y completa al paciente

Clasificación estadística: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Categoría: Buena

Mala

Efectos adversos de medicamentos

Definición conceptual: Alteración física y clínica provocado por el medicamento

Definición operacional: Cualquier efecto que el paciente refiera como malestar durante el tiempo que consume un medicamento

Clasificación estadística: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Categoría: Presencia

Ausencia

DEPENDIENTES

Presencia de Complicaciones

Definición conceptual: Condición de salud general de un individuo en que mantiene sus funciones fisiológicas dentro de los parámetros de normalidad.

Definición operacional: Condición de salud que determina la presencia y ausencia de una entidad patológica reconocida que altera las funciones fisiológicas.

Clasificación estadística: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Categoría: Sin Complicaciones

Con Complicaciones

CONTROL DE HIPERTENSION ARTERIAL

Definición conceptual: Se acepta como HTA a la elevación crónica de una o de las dos presiones arteriales sistólicas o diastólicas (OMS)

Definición operacional: Medición de la presión arterial en forma regular para verificar su control en parámetros de normalidad

Clasificación estadística: Cuantitativa

Escala de medición: Continua

Categoría: Controlada

No controlada

Indicador: T/A Controlada 120/80, No controlada T/A mayor 120/80

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Es la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el médico o el equipo de salud, expresándose como el grado de coincidencia entre las orientaciones sugeridas por el profesional y el cumplimiento de las mismas por el paciente.

Clasificación estadística: discontinua

Escala de medición: nominal

Indicador: encuestas

RELACION MEDICO-PACIENTE

Definición conceptual

Se podría decir que es la piedra angular de la práctica médica junto con la exploración física de un paciente. Esto es, la capacidad que tiene el paciente o en nuestro caso como médicos, el familiar del paciente, de exponer detalladamente la causa que motivó la consulta y, por otra parte, el arte del médico de poder obtener la información necesaria para poder llegar junto con la exploración física a un diagnóstico de certeza para posteriormente iniciar un tratamiento adecuado.

Clasificación estadística: cualitativa

Escala de medición: nominal

Definición operacional: Buena

Mala

COMORBILIDAD

Definición: Es la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido.

Clasificación estadística: Cuantitativa.

Escala de medición: Continua.

Indicador: Encuestas.

RESULTADOS

Se evaluaron 263 pacientes con un promedio de edad de 64.5 años, con una desviación estándar 15.5 años, una mediana de 67 años y con un rango de 26 años como valor mínimo y 90 años como valor máximo.

De los 263 pacientes, 180 fueron mujeres (68%) y 83 hombres (32%). Los pacientes refirieron vivir con su familia 182 de ellos (69%); vivir con su pareja 62 pacientes (24%) y 19 pacientes manifestaron vivir solos (7%).

El 71% (187 pacientes) refirieron padecer Diabetes Mellitas Tipo 2, Enfermedad Articular Degenerativa, Dislipidemia y el 29% no la reportaron (76 pacientes). Lo que nos indica una relación de 3:1 con respecto a la presencia de comorbilidad.

El 75.8 % de nuestros pacientes tuvieron una adecuada adherencia al Tratamiento constatado por el cumplimiento completo al tratamiento antihipertensivo y el 24.2 % de los pacientes el cumplimiento fue incompleto

Distribución por edad

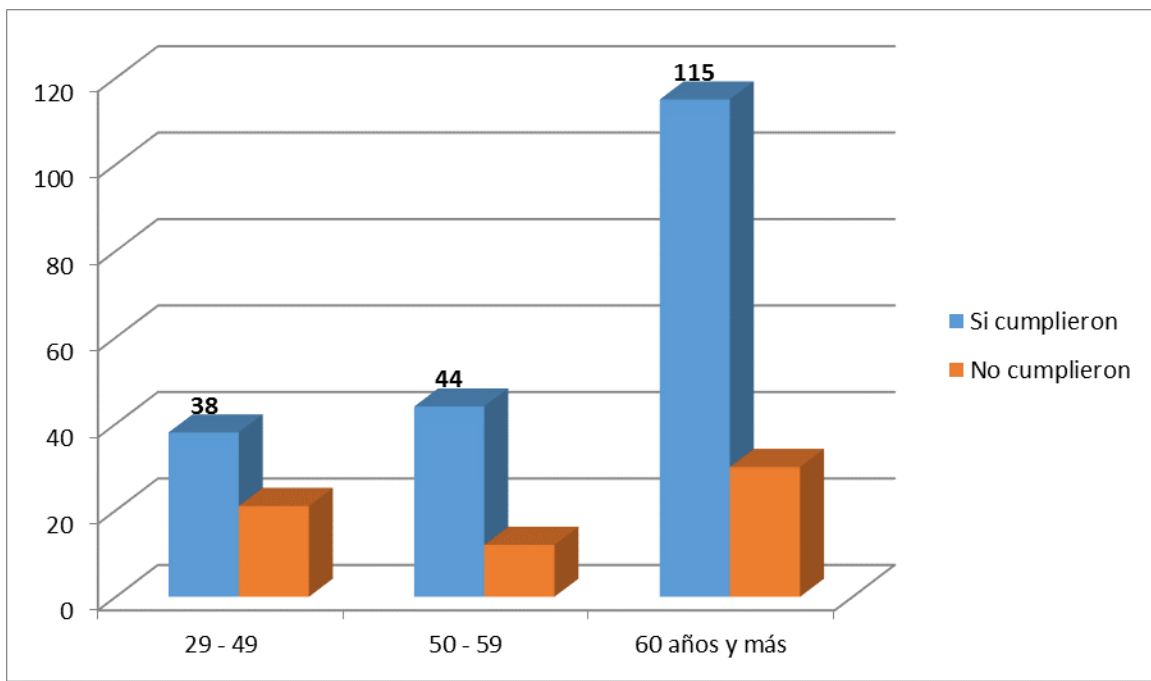
Se observó que el primer lugar de los pacientes hipertensos lo ocupó el grupo de 65-69 años, el segundo lugar el grupo de 60-64 años y en tercer lugar el grupo de 55-59 años.

Se observa a si mismo que el grupo de 45-49 años se acentúa con respecto al grupo siguiente.

El grupo de edad que presentó mayor adherencia al tratamiento, correspondiendo al grupo de 60 años y más con un 58.4 % en el sexo mas, seguido del grupo de 50 a 59 con un 22.3 % y finalmente el grupo de 29 a 49 años con un 19.3 %.

Tabla I. Distribución de pacientes según edad y cumplimiento al tratamiento

Edad	Si cumplieron con el Tratamiento		No cumplieron con el Tratamiento		Total
	No.	%	No.	%	
29 – 49	38	19.3	21	33.4	59
50 – 59	44	22.3	12	19.0	56
60 años y más	115	58.4	30	47.6	145
Total	197	100	63	100	260



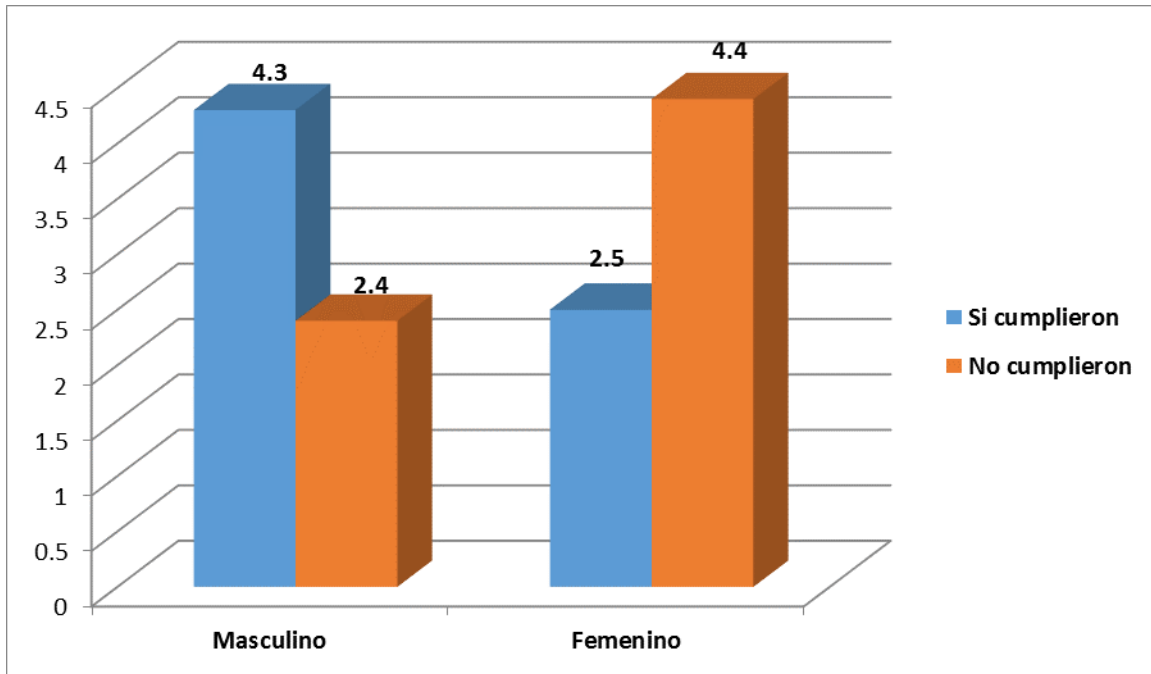
Distribución por sexo

Con respecto al sexo; el sexo femenino presentó una mejor adherencia al tratamiento con un 69.1 % seguido del masculino con un 30.9 %.

En los pacientes con adherencia incompleta predominó el sexo masculino con un 66.7 % y el femenino correspondió a un 33.3 %.

Tabla II. Distribución de pacientes según frecuencia de adherencia y sexo

Sexo	Si cumplieron el tratamiento		No cumplieron el tratamiento		Total
	No.	%	No.	%	
Masculino	61	30.9	42	66.7	103
Femenino	136	69.1	21	33.3	157
Total	197	100	63	100	260



Distribución por escolaridad.

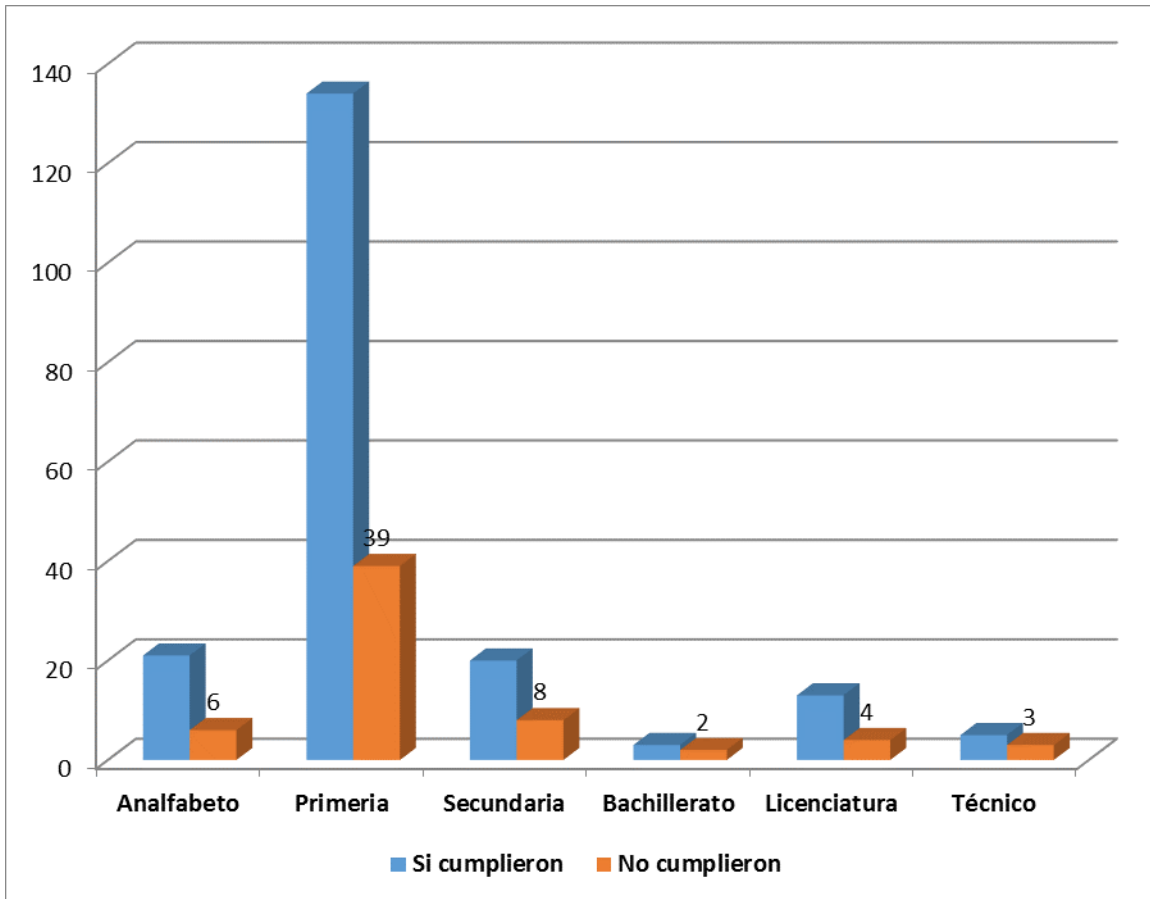
En lo que respecta a la escolaridad, los grupos que presentaron mejor adherencia terapéutica fueron el grupo de escolaridad primaria con un 68.40 %, el analfabeto con un 10.7 % y el de secundaria con un 10.2%.

Con respecto al grupo con adherencia incompleta el grupo fue el de primaria con un 62.9 %, seguido del grupo de secundaria con un 12.9 %

Tabla III. Distribución de pacientes según frecuencia de adherencia y escolaridad

Escolaridad	Si cumplieron con el tratamiento		No cumplieron con el tratamiento		Total
	No.	%	No.	%	
Analfabeto	21	10.7	6	9.7	27
Primaria	134	68.4	39	62.9	173
Secundaria	20	10.2	8	12.9	28
Preparatoria	3	1.5	2	3.2	5

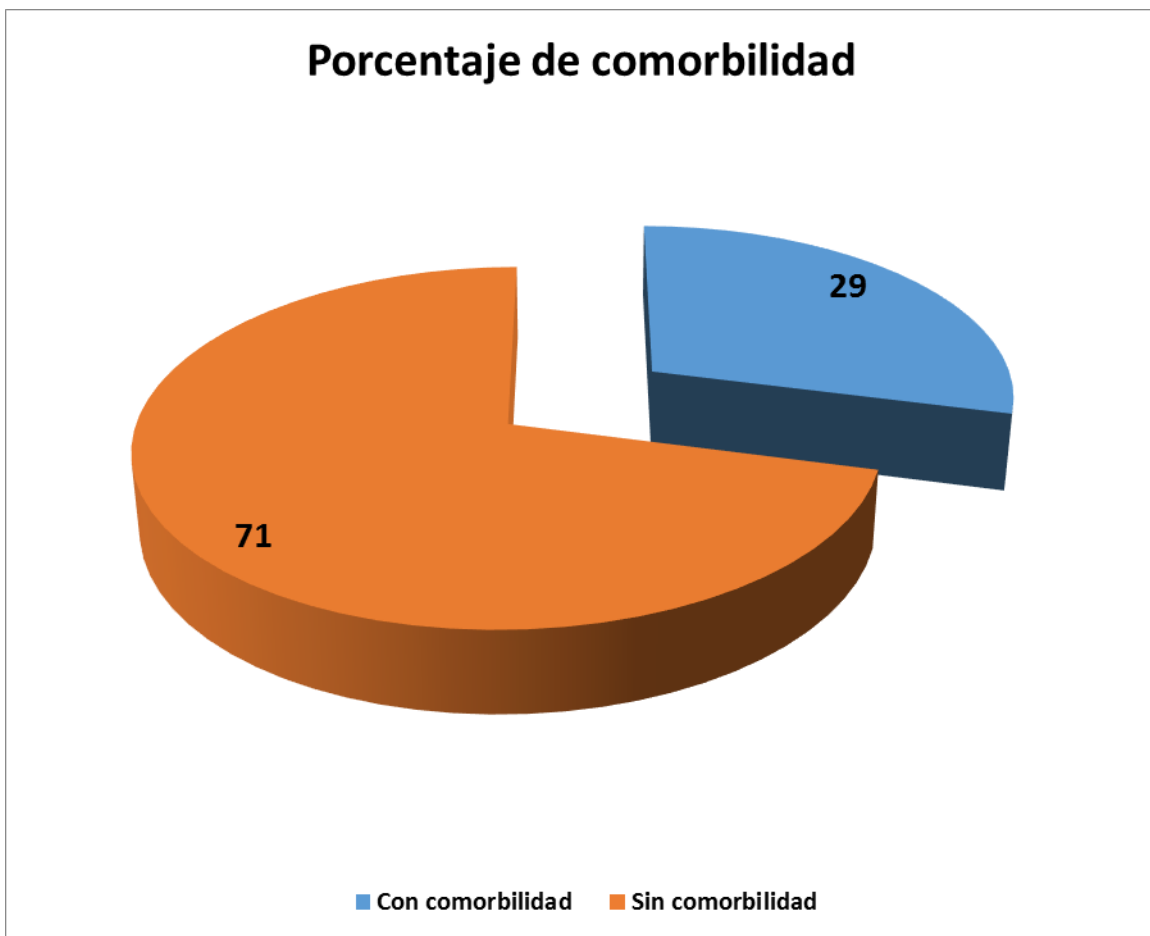
Licenciatura	13	6.6	4	6.5	17
Técnico	5	2.6	3	4.8	8
Total	196	100	62	100	258



Se observó que la mayoría de los pacientes hipertensos tienen un nivel educativo bajo ocupando un 77% de la población de estudio llamando la atención que existe una desproporción en los pacientes con instrucción primaria que por si solos ocupan un 70% de esta población; llegando a ubicarse con respecto a cada uno de los grupos, una razón de 6 pacientes con instrucción primaria por cada uno de los grupos restantes.

Comorbilidad

De la población de estudio, un 71% manifestaron presentar alguna otras patologías como Diabetes Mellitus Tipo 2, Enfermedad Articular Degenerativa, Dislipidemia, (187 pacientes) y solo el 29% refirió no tenerla (76 pacientes). Encontrándose una razón de 3 pacientes con patologías asociadas por un paciente sin patologías manifestadas.

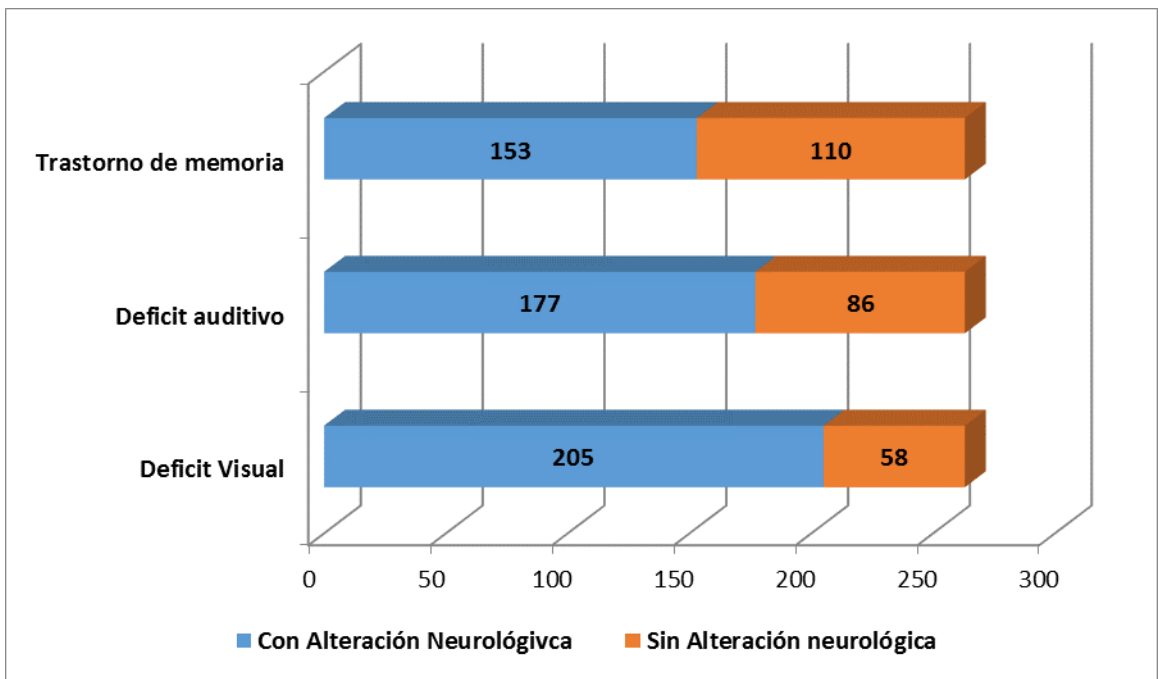


Comorbilidad en pacientes hipertensos

Alteraciones neurológicas

Llama la atención que porcentajes elevados de pacientes hipertensos manifiestan padecer alteraciones neurológicas fluctuando entre el 58% que manifiestan trastornos de la memoria (153 pacientes), hasta el 78% que manifiestan déficit visual (205 pacientes) y un intermedio de 67% que refiere padecer déficit auditivo (177 pacientes)

	Alteraciones Neurológicas	
	No.	%
Déficit Visual	205	78
Déficit auditivo	177	67
Trastorno de memoria	153	58



ALTERACIONES NEUROLOGICAS DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS

Relación médico paciente

Un aspecto tan importante en la adherencia al tratamiento de un paciente es la comunicación y una buena relación que el paciente manifieste sentir hacia el medico, en este estudio se midieron 3 aspectos en ese sentido: los 3 aspectos como: aceptación del tratamiento, explicación completa de su tratamiento y percibir una buena comunicación con su medico rebasaron el 95% en la percepción de los pacientes encuestados.

DISCUSION

Las características encontradas en la población de estudio fueron: el establecimiento de un rango muy amplio de edad en el grupo de pacientes hipertensos, abarcando un gran porcentaje de población económicamente activa de mayores de 20 años y menores de 60 que corresponde a un 44% de la población estudiada (115 pacientes) del total de 263 pacientes estudiados.

El nivel de escolaridad de esta población se ubico en una proporción muy importante del 67% con nivel de instrucción primaria únicamente, y el resto de los grupos una proporción muy pequeña.

La no adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial es frecuentemente observada por los profesionales de salud. Mion Júnior , dice que la adherencia al tratamiento es la medida del grado de coincidencia entre el comportamiento del paciente y la prescripción del profesional de salud, que incluye medidas farmacológicas y no farmacológicas. En nuestro estudio encontramos que el 75 % de los pacientes refieren adherirse al tratamiento farmacológico, siendo mayor para el sexo femenino con 58.4 %, influyendo en esto cuando viven en un núcleo familiar o con su pareja con el 71.4 %. señalan aún que el conocimiento y las preferencias del paciente con HIPERTENSIÓN ARTERIAL deben ser consideradas en la prescripción del tratamiento. Este último concepto tiene mucha relación con una buena comunicación con su médico, ya que permitirá saber efectos secundarios o factores no contemplados para continuar con un esquema bien integrado para mejor control de su hipertensión. En nuestro estudio encontramos que el 95 % refieren tener buena comunicación con su

médico. Sin embargo, es necesario realizar estudios que correlacionen la cifras tensionales y más aún, evidenciar que al educar a un paciente en su enfermedad y sus medidas para controlar la enfermedad efectivamente se vea reflejado la disminución de las cifras tensionales. Esto es, tomar un grupo de pacientes descontrolados y planear un esquema de medidas para controlar la hipertensión descontrolada y correlacionar directamente el número de mmHg disminuidos en el tiempo.

Sarquis et al. (1998) señalan que la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo se profundiza en complejidad, que se da por involucrar aspectos biológicos, psicológicos, culturales y sociales. Dentro de los factores estudiados en nuestro estudio se encontró que la edad mayor de 60 años, el sexo femenino, la escolaridad primaria y el apoyo familiar están relacionados con un mejor apego al tratamiento y que la presencia de déficit visual, auditivo y de memoria son variables que se encontraron en un alto porcentaje de los pacientes pero no influyen directamente en la adherencia terapéutica en la población estudiada, sobre todo cuando viven con su pareja o en el núcleo de una familia. Para Guerra (1998), varios factores se han apuntado como intervinientes en el proceso de adherencia: nivel socioeconómico, creencias sobre salud, complejidad del tratamiento, valores culturales, aspectos relativos a los servicios de salud y la relación médico-paciente, éste último considerado de fuerte influencia en el seguimiento terapéutico.

Pareciera que el único responsable del abordaje del paciente es el médico, pero realmente no lo es... El familiar del paciente hipertenso juega un papel

fundamental, a fin de cuentas es el que mejor conoce al enfermo. Por otra parte, es también obligación del familiar el preguntar la condición de su paciente, pedir de una forma cortés la explicación de términos médicos que no entendió o simplemente pedir que le repitan la información que no entendió. No hay justificación de quedarse con dudas sobre diagnósticos o tratamientos.

Es importante hacer notar que este estudio tiene sus limitantes ya que no se puede extrapolar a lo real. Se propone continuar con esta línea de investigación y otros estudios para la salud pública relacionados con padecimientos crónicos como la diabetes tipo 2 y la hipertensión arterial esencial, para lograr una mayor calidad de vida y menor morbi-mortalidad.

CONCLUSIONES

1. El 75 % de los paciente tuvieron adherencia al tratamiento antihipertensivo
2. El sexo femenino corresponde al 58.4% con adherencia al tratamiento.
3. El 95% refieren tener una buena relación con su médico.

Esta información nos marca diferencias importantes en la planeación de la atención médica en consulta externa y así identificar áreas de oportunidad para mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos dirigiendo las acciones a estos grupos identificados en el presente estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.
 2. Castro V, Gómez-Dantés H, Negrete-Sánchez J, Tapia-Conyer R. Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años. *Salud Pública Méx.* 1996;38(6):438-447.
 3. Chávez A, De-Chávez M, Roldán JA, Bermejo S, Ávila A. Cambios dietéticos en México y su relación con las enfermedades crónico-degenerativas. México: Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán";1993. p. 3-23.
 4. Instituto Mexicano del Seguro Social. Sistema Único de Información. Informe de Evaluación Estadística. México: IMSS, Delegación de Nayarit; 1996.
 5. Palacios J, Hristova K. Estrés, salud y enfermedad. Ponencia magistral presentada en el XIX Congreso Nacional de Enseñanza e Investigación en Psicología, Ciudad Obregón, Sonora, México, 1992.
 6. García J, Ríos J, Castañeda R. Algunos aspectos clínicos epidemiológicos de la diabetes mellitus. *Salud Pública Méx.* 1989;31:669-673.
-
1. Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa Delegacional de Diabetes Tipo II. México: IMSS, Delegación, Nayarit; 1998.

2. Garber AJ, Levetan CS, Ncahring, J. Vigilancia para prevenir las complicaciones de la diabetes. *Atención Medica* 1998 (junio):3-5
3. Gil AI, Bustos VM, Pérez NX, García GH, Zavaleta H. Estado actual del diabético en el primer nivel de atención. *RevMed IMSS* 1992;30(5-6):359-362.
4. Hernández MR, Hernández OC. Complicaciones cardiovasculares. Actualidades en medicina interna. Suplemento de la Revista de la Asociación de Medicina Interna de México 1998(9):50-59.
5. Llor EB, Abad MA, García IM , Nieto MJ. Ciencias psicosociales aplicadas a la salud. Madrid, España: McGraw-Hill-Interamericana; 1995. p. 209.
6. Nigro D, Kuschnir E, Bendersky M y col: Epidemiology of highbloodpressure in Córdoba, Argentina. 16th Scientific Meeting of the International Society of Hypertension, Glasgow, 23/6/96.
7. Cutler J (maininvestigator): Data calculatedbyNationalHeart, Lung and BloodInstitute staff, January 1997.
8. Collins R, MacMahon S: Bloodpressure, antihypertensivedrugtreatment and therisk of stroke and coronaryheartdisease. *Br Med Bull* 1994; 50: 272-298.
9. Bendersky M, Kuschnir E: El MAPA en la evaluación de la efectividad de drogas antihipertensivas (Editorial). *REV FED ARG CARDIOL* 1994; 23: 19-21.
10. Martins L M, Franca AP, Kimura M. Qualidade de vida de pessoascomdoençacrônica. *Rev. Latino-am. Enferm* 1996;4:5-18.

11. Engel GL, Llor EB, Abad MA, García IM, Nieto MJ. Ciencias psicosociales aplicadas a la salud. Madrid, España; Mcgraw-Hill-Interamericana;1995. p. 209.
12. Mechanic D. Medical sociology. En: Rodríguez MJ. Psicología de la salud. España: Editorial Síntesis; 1995. p. 93.
13. SARQUIS, L. M. M. et al. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. Rev. Esc. Enf. USP, v. 32, n. 4, p. 335-53, Dez.1998.
14. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Eng J Med 2005;353:487-97.
15. Tapia Conyer R et al. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas . INNSZ-Secretaría de Salud, México 2000.
16. Maceira b, Pérez Tamajón L, Losada M. Tratamiento de la hipertensión arterial en el diabético. De la prédica a la cruda realidad. Nefrología 2001 vol XXI suplemento 3: 39-46.
17. Marin-Reyes F, Rodriguez-Morán M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial Salud Pública Mex 2001;43:336-339.
18. Durán-Varela BR, Rivera-Chavira B, Franco-Gallegos F. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Salud Pública Mex 2001;43:336-39

19. Mason B, Matsuyama J. Jue Adherenceconsistencyacrosstreatmentregimens. Letters diabetes Care 1994;17:347-348.
20. Villarreal Rios E, Mathew-Quiroz A, Garza-Elizondo ME, Núñez-Rocha G, Salinas-martínez AM, Gallegos-Handal M. Costo de la atención de la hipertensión arterial y su impacto en el presupuesto destinado a la salud en México. Salud Pública Mex 2002;44:7-13
21. Garduño J, Martínez MC, Fajardo A, Ortega M, Álvarez A, Vega V. Frecuencia y factores de riesgo asociados al incumplimiento terapéutico con metronidazol. RevInvClin 1992;44:235-40.
22. Martínez MC, Guiscafré H, Muñoz O, Gutiérrez G. Análisis del cumplimiento del tratamiento en los esquemas terapéuticos utilizados. ArchInvestMedM;ex 1988;19:409-17.
23. Oviedo Mota MA, et al. Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. RevMed IMSS 2003;41(Supl):S15- S26.
24. Sackett DL, Snow JC. Themagnitude of compliance and noncompliance. In: sackett DL, Haynes RB, eds. Compliancewiththerapeuticregimens. Baltimore: Johns Hopkins Univ Pr, 1976:11-27.
25. Gil V, Pineda M, Martinez JL, Belda J, Santos ML, Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico en hipertensión arterial. MedClin (Barc) 1994;102:532-536.

26. Steiner JF, Prochazka AV. The assessment of refill compliance using pharmacy records: Methods, validity, and interpretation. *J Clin Epidemiol* 1997;50 (1): 105-116.
27. Robin L, Corelli B, Guglielmo J, Joan E, Kapusnik-Uner, McMaster JR, et al. Medication usage patterns in patients with human immunodeficiency virus infection: A comparison of patient-reported medication usage with medical chart review. *DICP The Annals of Pharmacotherapy* 1991;25: 1374-1378.
28. Codina C, Matínez M, Tuste M, del Cacho E, Martín MT, Miró JM, Comparación de tres métodos de cálculo de adherencia en pacientes con tratamiento antirretroviral. *Enferm Infecc Microbiol Clin*.2002;20(10):484-90.
29. Ferrán M, Parcet J, Cassabella B, et al. Educación sanitaria a pacientes hipertensos: propuesta de un test de conocimientos y cumplimiento. *Aten Primaria* 1998; 5:35-8.
30. Martín Alfonso L, Sairo Agramonte M, Bayarre Veá H. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2003;19(2):15-20.
31. WHO Expert Committee on Hypertension Control: WHO Technical Report series Nº 862, Geneva, Switzerland, 1996. World Hypertension League. Newsletter. 57: 1, 1998.
32. SARQUIS, L. M. M. et al. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 32, n. 4, p. 335-53, Dez.1998.

33. GUERRA, E. M. D. Recusa ao tratamento da hipertensão arterial: contribuições para o refinamento do diagnóstico. Fortaleza – CE, 1998. 142 p. Dissertação (Mestrado)– Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 1998.

34. Tendencias y distribución de los principales motivos de consulta en Medicina Familiar, por edad, sexo y Delegación Institucional,

ANEXOS

FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

COMO INFLUYE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
HIPERTENSION ARTERIAL QUE ACUDEN A CONTROL EN LA CLINICA
REGIONAL DE CUAUTITLAN IZCALLI

FICHA DE IDENTIFICACION

1.- No. Expediente _____

2.-EDAD ____

1) Femenino ____

2) Masculino ____

3.- ¿TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD?

1) < 5 años

2) > 5 años

4.- ¿HASTA QUE GRADO ESTUDIO?

1) ANALFABETO

2) PRIMARIA

3) SECUNDARIA

4) PREPARATORIA

5) PROFESIONAL

6) TÉCNICO

FACTORES MEDICOS

5.- LA CONSULTA QUE LE OTORGO SU MEDICO DURO

1) < de 15 minutos _____

2) > de 15 minutos _____

6.- ¿LE BRINDO SU MEDICO INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA?

1) SI ___

2) NO ___

7.- ¿UD. TIENE CONOCIMIENTO E INFORMACIÓN DE SU ENFERMEDAD?

1) SI INFORMACION_____

2) NO INFORMACIÓN_____

8.- COMORBILIDAD

1) DIABETES_____

2) ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA_____

3) OTRAS_____

9.- ¿UD. TOMA OTROS MEDICAMENTOS?

1) SI TOMA _____

2) NO TOMA _____

10. ¿ ha tomado adecuadamente su tratamiento antihipertensivo en la última semana ?

1) si _____

2) No _____

ANEXO II

Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica en hipertensión arterial.

Estimado paciente:

Para estudiar cómo se comporta el cumplimiento de las indicaciones orientadas a los pacientes con Hipertensión Arterial, solicitamos su colaboración, dando respuesta a las preguntas que aparecen a continuación. La garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para nuestro estudio. Muchas gracias.

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____ Nivel de escolaridad: _____ Consultorio: _____ Años de diagnosticada la enfermedad: _____

A) De las indicaciones que aparecen a continuación marque con una X, cuál o cuáles le ha indicado su médico.

Tratamiento higiénico--dietético:

1. Dieta sin sal o baja de sal _____

2. Consumir grasa no animal _____

3. Realizar ejercicios físicos _____

B) A continuación usted encontrará un conjunto de afirmaciones.

Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas están de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso. Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular:

AFIRMACIONES SIEMPRE CASI SIEMPRE A VECES CASI NUNCA
NUNCA

1. Toma los medicamentos en el horario establecido
2. Se toma todas las dosis indicadas
3. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta
4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas
5. Realiza los ejercicios físicos indicados
6. Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria
7. Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir.
8. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos
9. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos
10. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento
11. Usted y su médico analizan, cómo cumplir el tratamiento
12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico.

C) RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SEGÚN SE LE SOLICITE.

1. De las siguientes afirmaciones marque con una X, la que corresponda con su criterio:

- a) — Siento las orientaciones médicas como una barrera para el desenvolvimiento adecuado de mi vida.
- b) — Mantener el tratamiento es un impedimento para sentirme feliz.
- c) — Veo que el tratamiento es una necesidad para sentirme mejor.
- d) — Siento que las indicaciones médicas son una modificación de mi conducta necesaria para sentirme bien.
- e) — Muchas veces he considerado que vivo para tomar medicamentos.

2. Según sus conocimientos conteste marcando con una X lo que considere verdadero.

a) La hipertensión es una enfermedad que se padece toda la vida con cualquier tipo de tratamiento.

b) La hipertensión puede controlarse con dieta, ejercicios y medicación.

c) En la hipertensión, los tratamientos sólo se realizan si las cifras de tensión son elevadas. d) En la hipertensión sólo es importante mantener el tratamiento medicamentoso.

3. De no realizar el tratamiento o realizarlo parcialmente, esto se debe a: (Marque las alternativas que considere).

a) El tratamiento es complejo (más de un medicamento, varias veces en el día).

b) Existe frecuente falta de medicamento en la farmacia.

c) No tengo suficiente dinero para pagar los medicamentos.

d) Por efectos indeseables que producen los medicamentos.

e) Considero que el tratamiento no resuelve mi problema de salud.

f) Se me olvida hacer el tratamiento correcto.

4. De acuerdo a su disposición de enfrentar su enfermedad usted se siente capaz de:

a) Llevar a cabo el tratamiento medicamentoso.

b) Modificar sus hábitos de vida.

c) Llevar a cabo todas las indicaciones que le hace su médico.

5. Cuando le informaron que era hipertenso:

a) Sintió que peligraban sus proyectos de trabajo.

b) Sintió que cambiaban sus relaciones con la familia y los amigos.

c) Pensó que era un error.

d) Sintió que su vida acabaría rápidamente.

e) Se acentuó su dependencia de cuidado y afecto de su familia.

- f) Sintió que perdía oportunidades laborales.
- g) Buscó información en libros de medicina.
- h) Hizo preguntas a otras personas acerca de la enfermedad.
- i) Buscó ayuda económica de la familia
- j) Se sintió culpable por padecer una enfermedad crónica.
- k) Continuó su vida como si nada hubiera pasado.

6. Considera que el apoyo recibido por las personas significativas para usted para garantizar el cumplimiento del tratamiento es: (Marque sólo una alternativa)

- a) Suficiente.
- b) Medianamente suficiente.
- c) Insuficiente.

7. Usted hace el tratamiento cuando siente algunos de los siguientes síntomas:

- a) Mareos.
- b) Dolor en el pecho.
- c) Sudoración.
- d) Frialdad.
- e) Zumbido en los oídos.
- f) Dolor de cabeza
- g) Dolor en los ojos.
- h) Lo realizo siempre aunque no tenga los síntomas anteriores

8. Marque con una X según corresponda:

- a) Entiendo las indicaciones médicas dadas verbalmente
- b) Entiendo las indicaciones médicas que me dan por escrito
- c) No entiendo las indicaciones médicas

d) ——— Entiendo poco las indicaciones médicas

9. En la consulta, usted percibe que su médico:

a) ——— Le explica con énfasis la importancia de realizar el tratamiento.

b) ——— Lo consulta sin mostrar interés.

c) ——— Se manifiesta impaciente por concluir.

d) ——— Se muestra receptivo ante sus dudas.

e) ——— Es agradable en el trato.

f) ——— Es desagradable en el trato.

g) ——— Le explica y refuerza la indicación escrita en el método.

h) ——— Le indica el tratamiento poco a poco.

10. Como se siente con la atención que recibe de su médico: (Marque sólo una alternativa)

a) ——— Insatisfecho.

b) ——— Satisfecho.

c) ——— Muy satisfecho.

ANEXO 3

Resumen de ideas priorizadas en los grupos

Factores que contribuyen al cumplimiento del tratamiento referidas por los pacientes ADHERIDOS al tratamiento.

1. Hay medicinas en la farmacia.
2. Por ser disciplinado
3. Por mejorar la salud
4. Tener interés en el cumplimiento.
5. Por tener controlada la HTA.
6. La organización de la persona.
7. Sentirse bien y no tener preocupación.
8. Desear vivir más y con mejor calidad de vida.
9. El tratamiento no es tan complejo.
10. Hay médico en el consultorio.
11. No causarle problemas ni preocupaciones a la familia
12. La salud es lo más importante.
13. Buena atención médica.
14. Buen trato del médico y enfermera de la familia.
15. Interés por sentirme bien.
16. Hay que cuidarse.
17. El tratamiento es bueno.
18. Conocer la gravedad de la HTA descontrolada.
19. Asistir a la consulta, al chequeo.
20. Cumplir el tratamiento con exactitud.

21. Cumplir las orientaciones del médico.
22. Tener control de la dieta orientada.
23. No auto medicarse.
24. Tener voluntad.
25. Ayuda de la familia.
26. Disposición de hacer el tratamiento.
27. Evitar los disgustos.
28. Tomar los medicamentos a la misma hora.
29. Visita del médico y la enfermera al hogar si el paciente no acude.
30. Conocimiento de la enfermedad.
31. Garantizar calidad de vida.
32. Relación excelente con los médicos.
33. Facilidad para hacer ejercicios.
34. Alimentación garantizada.
35. Mantener la salud.
36. No es difícil cumplirlo.
37. Hacer ejercicios por hábito.

Factores que contribuyen al incumplimiento del tratamiento referidas por los pacientes NO ADHERIDOS al tratamiento.

1. No tiene dinero suficiente para hacer la dieta
2. Son irresponsables
3. No hay seguimiento por el médico.
4. Tiene muchos problemas que resolver en el hogar.

5. Porque está controlada
6. Aparecen síntomas molestos que dan miedo
7. Falta de voluntad
8. Problemas en la familia y el trabajo olvida tomar las pastillas
9. Dificultad para conseguir el medicamento
10. El medicamento lo deprime.
11. No tener médico fijo.
12. Falta en la farmacia de un medicamento
13. Despreocupación de cumplir el tratamiento cuando se siente bien.
14. La no asistencia a los controles por parte de los enfermos.
15. Dieta muy estricta.
16. Se le olvida.
17. Falta de interés por cumplir el tratamiento.
18. El trabajo es muy complicado y no recuerda tomar las medicinas.
19. Está cansada de tomar tantas pastillas.
20. Falta de disciplina.
21. No siempre el médico orienta adecuadamente
22. Poca atención social al hipertenso

ANEXO 4

Entrevista semiestructurada

Estimado paciente:

Con el objetivo de conocer información sobre los pacientes que padecen hipertensión arterial, y como asumen el cumplimiento de las indicaciones médicas, necesitamos su colaboración .

Garantizamos que la información que nos brinde será mantenida en el anonimato respetando al máximo su privacidad. Tiene usted la absoluta libertad de colaborar o no, pero si decide hacerlo sus opiniones serán muy apreciadas y ayudarán a crear salud para todos. Gracias.

Datos generales:

Nombre y apellidos _____

Edad: _____

Sexo: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Estado civil: _____ Número de hijos: _____

Hábitos Tóxicos _____

Enfermedades que padece: _____

APF

APP

Estado actual:

Las siguientes preguntas solo son un guía general que orienta la entrevista para lograr uniformidad en la recogida de datos pero puede cambiar en dependencia del caso, según este lo requiera.

Área familiar:

- ¿Cuál es su lugar en la familia, tiene hermanos, cómo es su relación con ellos y otros familiares?
- ¿Cómo se sintió en su infancia?

- Principales recuerdos.
- ¿Cuándo las cosas no salían como usted esperaba?

Área escolar:

- Cómo fue su etapa escolar, éxitos fracasos, principales recuerdos.
- Sus estudios superiores.

Área profesional y laboral:

- Se dedica a lo que estudió
- Se siente satisfecho
- Éxitos y fracasos.

Familia actual, pareja y sexualidad:

- Cómo son las relaciones con su familia actual
- Cómo se siente en su relación de pareja · En el desempeño de su sexualidad.

Hijos:

- Cómo es su relación con ellos
- Cómo se siente en su comunicación con ellos

Redes de apoyo:

- ¿Tiene usted amigos, como se relaciona con ellos?

Creencias en salud:

- Qué cree que hace falta para tener salud
- Se considera usted saludable
- Cree que la HTA es un problema para su vida
- Cumple usted con las indicaciones que le da su médico.
- Por que lo hace

Apoyo familiar, voluntad:

- Se siente apoyado por su familia en lo relacionado con su salud.

- Cuando toma una decisión relacionada con su salud, ¿la mantiene o la abandona?
- Para otras decisiones en su vida, se desanima o se mantiene en su decisión.

Proyección Futura:

- ¿Tiene planes para el futuro, cuáles son?
- ¿Desea expresar algo que considere importante para esta investigación que no haya preguntado?

ANEXO 5

Entrevista semiestructurada

Se integra al desarrollo de la entrevista la profundización en los aspectos que se considere necesario a partir de la información relevante obtenida con la aplicación de las diferentes técnicas, en cada caso estudiado. Se profundiza además, en las áreas fundamentales ya exploradas en la primera entrevista.

ANEXO 6

Test de completamiento de frases. F. González Rey.

1. Me gusta _____
2. El tiempo más feliz _____
3. Quisiera saber _____
4. Lamento _____
5. Mi mayor temor _____
6. En la escuela _____
7. NO puedo _____
8. Sufro _____
9. Fracasé _____
10. La lectura _____
11. Mi futuro _____
12. El matrimonio _____
13. Estoy mejor _____
14. Algunas veces _____
15. Este lugar _____
16. La preocupación principal _____

17. Deseo _____
18. Yo secretamente _____
19. Yo _____
20. Mi mayor problema es _____
21. El trabajo _____
22. Amo _____
23. Mi principal ambición _____
24. Yo prefiero _____
25. Mi problema principal _____
26. Quisiera ser _____
27. Creo que mis mejores actitudes son _____
28. La felicidad _____
29. Considero que puedo _____
30. Me esfuerzo diariamente por _____
31. Me cuesta trabajo _____
32. Mi mayor deseo _____
33. Siempre he querido _____
34. Me gusta mucho _____
35. Mis aspiraciones son _____
36. Mis estudios _____
37. Mi vida futura _____
38. Trataré de lograr _____
39. A menudo reflexiono sobre _____
40. Me he propuesto _____
41. Mi mayor tiempo lo dedico a _____

42. Siempre que puedo _____
43. Lucho _____
44. A menudo siento _____
45. El pasado _____
46. Me esfuerzo _____
47. Las contradicciones _____
48. Mi opinión _____
49. Pienso que los demás _____
50. El hogar _____
51. Me fastidian _____
52. Al acostarme _____
53. Los hombres _____
54. La gente _____
55. Una madre _____
56. Siento _____
57. Los hijos _____
58. Cuando era niño (a) _____
59. Cuando tengo dudas _____
60. En el futuro _____
61. Necesito _____
62. Mi mayor placer _____
63. Odio _____
64. Cuando estoy solo _____
65. Mi mayor temor _____
66. Si trabajo _____

67. Me deprimó cuando _____

68. El estudio _____

69. Mis amigos _____

70. Mi grupo _____

ANEXO 7

Guía de entrevista a expertos

Nombre: _____

Profesión: _____ Cargo: _____

Institución de Salud: _____

Introducción:

Estamos realizando una investigación sobre el comportamiento de las personas con hipertensión arterial, especialmente acerca de la adherencia de los pacientes al tratamiento médico indicado. Sabemos que existen criterios diferentes entre los profesionales de la salud acerca del concepto de adherencia terapéutica y muchas suposiciones acerca de las causas de la adhesión o no al tratamiento, en estos enfermos.

Por sus conocimientos y experiencia con pacientes hipertensos lo hemos seleccionado como experto para realizar esta entrevista que tiene como objetivo recoger información acerca de la adherencia al tratamiento antihipertensivo y los factores que influyen en que los pacientes se adhieran o no al mismo. Por otra parte deseamos tener información directa de profesionales de distintas categorías ocupacionales (médicos, enfermeras, psicólogos) y diferentes niveles de atención.

Queremos saber si usted ¿está de acuerdo en participar de esta entrevista?

Preguntas:

1. ¿Qué es para usted adherencia terapéutica?
2. ¿Cuándo podemos decir que el paciente hipertenso está adherido al tratamiento?
3. ¿Usted cree que podemos hablar de diferentes niveles de adherencia al tratamiento? Explique su idea.
4. ¿Cuándo usted cree que un paciente hipertenso está adherido parcialmente?
5. ¿Cuándo lo consideraría no adherido al tratamiento?
6. ¿Cuáles serían los factores que contribuyen a la no adherencia?

7. ¿Cuáles serían los factores que hacen que los pacientes si se adhieran al tratamiento indicado por el médico?

8. Otros criterios o experiencias que desee expresar