



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÒN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 62
CUAUTILÁN, ESTADO DE MÉXICO

**NIVEL DE SOLEDAD SOCIAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN
ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA, UMF
62.**

TESIS

TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

HAIÉ PÉREZ PÉREZ
MEDICO CIRUJANO

REGISTRO DE AUTORIZACION

R-2021-1406-027

ASESOR DE TESIS

DR. RUBÈN RÌOS MORALES
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR



CUAUTILÁN, ESTADO DE MÉXICO

2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**NIVEL DE SOLEDAD SOCIAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN
ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA, UMF
62.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTAS EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

HAIÉ PÉREZ PÉREZ

A U T O R I Z A C I O N E S

DRA. ARACELI GUTIÉRREZ ROMERO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
EN CUAUTITLÁN EDO. DE MÉXICO ORIENTE

DR. RUBÉN RÍOS MORALES

ASESOR DE TESIS ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 62

DR. RUBÉN RÍOS MORALES

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

M. EN EDUC. PEDRO ALBERTO MUÑOZ REYNA

COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE

DRA. OLGA MARGARITA BERTADILLO MENDOZA

COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN ORIENTE CUAUTITLÁN EDO. DE MÉXICO ORIENTE

**NIVEL DE SOLEDAD SOCIAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN
ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA, UMF**

62.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTAS EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

HAIÉ PÉREZ PÉREZ

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA

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

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ

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

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

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

**NIVEL DE SOLEDAD SOCIAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN
ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA, UMF**

62.

Resumen

Título: Nivel de soledad social y adherencia al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial sistémica, UMF 62

Antecedentes: La soledad social se define como la experiencia subjetiva de insatisfacción frente a la sociedad en la que se vive; en términos de estilo de vida; la no adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico antihipertensivo conlleva al descontrol de la patología lo cual es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

Objetivo: Estimar la asociación entre el nivel de soledad social y la adherencia al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial sistémica de la UMF 62.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal, analítico y prolectivo, se calculó la muestra con la fórmula de una proporción finita obteniendo 328 pacientes con muestreo no probabilístico por conveniencia, en los criterios de inclusión se incluyeron pacientes con diagnóstico confirmado de hipertensión arterial en mayores de 60 años que acudieron a cita mensual en la UMF 62. Se midió adherencia al tratamiento antihipertensivo mediante el cuestionario de Morisky-Green, con valor alfa de Cronbach de 0.61; la soledad social se midió mediante la escala ESTE II, con valor alfa de Cronbach de 0.72. En el análisis estadístico, en un primer momento se realizó análisis univariado, utilizando frecuencias y proporciones para variables cualitativas representadas en gráficas de barras y pastel, para variables cuantitativas de distribución normal se utilizó medidas de tendencia central, en variables de distribución libre se usó mediana y valores mínimos y máximos. En un segundo momento, se realizó análisis bivariado mediante Chi cuadrada con una $p < 0.05$.

Resultados: Respecto al nivel de soledad social y la adherencia al tratamiento se encontró una $p = 0.0001$ (< 0.05) por medio de la prueba Chi cuadrada, encontrando una asociación significativa. **Conclusiones:** El nivel de soledad social alto incrementa la falta de apego al tratamiento antihipertensivo un 57%.

Índice general

1. Titulo	4
2. Índice general.	6
3. Marco teórico	7
4. Planteamiento del problema	12
5. Justificación	15
6. Objetivos	17
6.1 Objetivo General	17
6.2 Objetivos Específicos	17
7. Hipótesis	18
8. Metodología	19
8.1 Tipo de estudio	19
8.2 Población, lugar y tiempo de estudio	19
8.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra	20
8.4 Criterio de inclusión y exclusión	21
8.5 Información a recolectar (Variables a recolectar)	22
8.6 Método o procedimiento para captar la información	25
8.7 Consideraciones éticas	26
9. Resultados	30
9.1 Descripción de los resultados	30
9.2 Tablas y gráficas	31
10. Discusión	42
11. Conclusion	44
12. Referencias bibliográficas	45
13. Anexos	51

3. Marco teórico.

La soledad social es una preocupación de salud pública que afecta a los seres humanos en algún momento de su vida, pero principalmente a la sociedad que envejece a nivel mundial, constituye un macro concepto que engloba muchos tipos de definiciones. Las bases encontradas al conceptualizar la soledad se remiten a Sullivan (1953)¹ que la define como una experiencia no placentera asociada con la carencia de intimidad interpersonal, otro autor, Weiss (1975)² al definir a la soledad se basó en los tipos de relaciones personales, distinguiendo entre soledad emocional y social, siendo la primera la falta de una figura de afecto y la segunda una falla en la integración de las estructuras sociales.

Según la Real Academia Española, se entiende por soledad la “Carencia voluntaria o involuntaria de compañía o el pesar y melancolía que se sienten por la ausencia, muerte o pérdida de alguien o de algo”³ La soledad social es un sentimiento negativo subjetivo asociado a la percepción de la falta de una red social específica o más grande, es una respuesta emocional al aislamiento social y este a su vez es una medida objetiva de contar con mínimos contactos con otras personas,⁴ una vez que el ser humano se acerca al declive en su vida algunos pueden experimentar soledad por diversos factores asociados o no a la vejez. La llegada de esta etapa implica una serie de cambios físicos y fisiológicos que van más allá del incremento de años. Adaptarse a estos cambios puede ser difícil y depende del apoyo familiar y social de las personas.^{5,6} La interpretación de la soledad también podría estar determinada por el contexto cultural, social y económico de cada país o región, por lo que la percepción subjetiva es diferente.⁷

De acuerdo con el boletín de envejecimiento de la Organización Mundial de la Salud, se prevé que el número de personas mayores de 60 años se duplique entre 2000 y 2050⁸ Esto significa que debemos tomar más importancia a los adultos mayores y su entorno, ya que son el grupo etario más vulnerable a experimentar la soledad, y esto se asocia a efectos perjudiciales en el estado de salud que incluyen mayor riesgo de mortalidad, demencia, hospitalizaciones y caídas.⁹ Por lo que la soledad y el aislamiento social que se presenta en la población adulta mayor es frecuentemente secundario a un aumento de la carga de las enfermedades crónicas, a causa de todos los cambios y adaptaciones que debe generar el adulto mayor en este ciclo de vida.¹⁰

El aislamiento social y la soledad se relacionan negativamente con diversos aspectos del estado de salud de los pacientes, es importante realizar intervenciones

para mejorar su calidad de vida en los grupos con más factores de riesgo en este caso los adultos mayores.¹¹ Entre los factores de riesgo identificados para sufrir soledad social en la población anciana incluyen: vivir solo, problemas psicológicos, problemas económicos, baja habilidad social, salud pobre, fragilidad y problemas cognitivos.⁹

El estado de fragilidad, es uno de los predictores más importantes de resultados adversos en el adulto mayor, tales como caídas, deterioro funcional, hospitalización y mortalidad, los adultos mayores frágiles aunado a la soledad social tienen un mayor riesgo de mortalidad.¹² El profesional de la salud no es el único responsable para intervenir sobre la soledad, sino también la familia, comunidad y servicios sociales tienen un papel fundamental, sin embargo, los médicos de cabecera deben mejorar su conocimiento sobre las actitudes de los adultos mayores, para abordar este problema y desarrollar intervenciones apropiadas que mejoren la situación del paciente.¹³

En México hay escasas investigaciones que aborden el fenómeno de la soledad social, como medirla y su relación con diversas variables sociodemográficas, patologías crónicas y calidad de vida, uno de estas investigaciones fue realizada por Acosta et al en el sur del estado de Sonora (2017) se encontró que a mayor edad mayor soledad social sufre el ser humano, a su vez también influye el nivel educativo, estado civil y las comorbilidades,¹⁴ como por ejemplo síndrome metabólico que incluye glucosa alterada en ayuno, cifras de tensión elevadas, obesidad central, alteración en el perfil de lípidos, lo cual es un factor de riesgo importante en enfermedad cardiovascular y mortalidad, Henriksen RE et al en Mid-Norway (2019) realizaron un estudio de salud longitudinal en donde se encontró como resultado que a niveles mas altos de soledad, tuvieron mayores probabilidades de padecer síndrome metabólico,¹⁵ es probable que la soledad afecte el riesgo de estas patologías por medio de conductas que alteran la salud (inactividad física o tabaquismo), procesos biológicos (inflamación, estrés) y factores psicológicos (depresión, ansiedad) que pueden dañar directamente la salud.¹⁶

Reducir el nivel de soledad mediante intervenciones para promover la conexión social y reducir la soledad se han revisado en varias investigaciones, como la realizada por Dickens y col. (2011) donde se describieron actividades físicas o sociales, capacitación en internet, visitas domiciliarias,¹⁷ Hagan y col. (2014) describieron intervenciones grupales (asistencia a centros de día) e individuales (contacto personal uno a uno, terapia asistida por animales, contacto con familiares o amigos a distancia),¹⁸ Cohen-Mansfield y col. (2015) también describieron actividades grupales e individuales,¹⁹ sin embargo las intervenciones enfocadas a la sensación de soledad, pueden diferir de aquellas diseñadas para reducir el aislamiento social/estar

solo, la primera es subjetiva y la segunda objetiva, es necesario realizar más investigaciones a futuro para examinar la efectividad de estas distintas intervenciones.^{20,21}

La soledad y aislamiento social tienen relación estrecha con un mayor riesgo cardiovascular, la resistencia periférica total aumentada conduce a rigidez arterial prematura y por ende a un aumento de la presión arterial sistólica, esto se asocia mayormente en pacientes con soledad en relación con los no solitarios.²²

En 2020 Russo V. y colaboradores realizaron un estudio transversal en Venezuela el cual reportó que 65.2% de la población era hipertensa y en cuanto a la percepción de soledad social mediante el instrumento de medición ESTE II, se evidenció que 68.5% de la población presentaba la misma. Se pudo observar que no hubo asociación estadísticamente significativa entre la presión arterial y la percepción de soledad social ($p > 0.05$), sin embargo, 68.3% de los habitantes con percepción de soledad social fueron hipertensos.²³

La hipertensión arterial sistémica es uno de los factores de riesgo cardiovascular más común, causa anualmente en el mundo 9,4 millones de muertes, y contribuye al 12.8% de la mortalidad por todas las causas.²⁴

El INEGI reportó en 2018 que en México la prevalencia de los adultos mayores de 50 años con hipertensión arterial fue del 39.9%.²⁵

La adhesión al tratamiento es entendida como la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener unas mejores condiciones de salud y de vida, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud.²⁶ El término adhesión se emplea para hacer referencia a una implicación más activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado.²⁷

Por otro lado, la OMS define la adherencia al tratamiento como el grado en que el paciente toma sus medicamentos, cambia estilos de vida y sigue una dieta saludable de acuerdo a las recomendaciones dadas por el profesional de la salud,²⁷ además declara que la deficiente adherencia a los tratamientos a largo plazo como en el caso de enfermedades crónicas, disminuyen su efectividad para el control de las mismas.²⁸ lo cual es causado por diversos factores, principalmente el olvido de la toma de los medicamentos, la poca percepción del riesgo para la salud que constituye el control inadecuado de la enfermedad y la polifarmacia. Se sabe que si una patología tiene síntomas, los pacientes se preocupan más por cumplir su tratamiento con el

objetivo de sentirse mejor, lo cual no ocurre con la hipertensión arterial (HTA) ya que la mayoría cursan asintomáticos, además de ser un padecimiento crónico por lo que al principio se rehúsan a tomar un tratamiento de por vida, esta característica contribuye a que disminuya el apego al tratamiento²⁹, además el impacto emocional que conlleva padecer una patología crónica, al momento del diagnóstico como es tristeza o estrés también repercute en la adherencia, sin embargo estas emociones pueden disminuir con el tiempo de evolución de dicha enfermedad aunque el apego no se incrementa,^{30,31} tener buen apego a tratamiento consta de tres pasos: inicio, implementación y persistencia³² es importante el trabajo en equipo de médico y paciente para la vigilancia del control de la presión arterial con el fin de alcanzar las metas terapéuticas.³³

La falta de apego además de ser un problema que repercute en la salud también trae consecuencias en la economía de cada país, en países europeos los costos indirectos de la no adherencia a la medicación como resultado del aumento de la demanda para los recursos sanitarios por el deterioro en los pacientes fue de 125 000 millones de euros al año; y en Reino Unido los costos que surgen por complicaciones de mala adherencia representa el 14% del gasto sanitario total.³⁴ Iuga AO y cols. (2014) describió que En los EE. UU., la relación entre la no adherencia y los costos asociados se ha representado como un ciclo, con una mala adherencia a la medicación que conduce a una mala salud, mayor utilización de servicios y costos de atención médica.³⁵

Múltiples factores se han asociado a la falta de adherencia terapéutica para el tratamiento de hipertensión; Jiménez-Fernández et al. (2017) Realizó un estudio de corte transversal en un universo de 510 pacientes con hipertensión arterial del área de salud del policlínico XX Aniversario de Santa Clara, de los que se seleccionó una muestra aleatoria de 102 hipertensos con tratamiento farmacológico. El instrumento utilizado para evaluar la adherencia al tratamiento fue el test Morisky-Green-Levine; encontrando que el 58.8% de los pacientes no tenían adherencia al tratamiento, se concluyó que una adecuada prescripción en los pacientes se relacionaba con una mejor adherencia, así como las estrategias encaminadas a empoderar a los pacientes.³⁶ Una investigación realizada por Luna Breceda et al (2017) en una unidad de medicina familiar en Zapopan Jalisco México se usó una muestra de 348 pacientes de los cuales mediante el instrumento Morisky-Green-Levine 48% no tuvieron adherencia al tratamiento, es decir, cerca de la mitad de la muestra estudiada.³⁷ La HAS exige la adherencia de los pacientes al tratamiento de una manera permanente y sistemática para su control.

Existen formas de medir directamente el apego al tratamiento, como la prueba de Morisky Green-Levine (MGL), con el que se ha demostrado un alto potencial predictivo positivo del autoinforme en el apego con capacidad para predecir el control de la presión arterial. Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica (sí/no), que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento de un tratamiento.³⁸ Se han realizado estudios para analizar cuáles son las acciones que se asocian a una mayor adherencia, como el realizado por Valencia-Monsálvez et al, (2017) en un centro de atención primaria e Chile, en donde menciona la importancia de dar seguimiento no solo en la cita médica, también mediante llamadas telefónicas, visitas u otras acciones, y no con el objetivo de hacer un recordatorio para que tomen sus medicamentos sino hacer notar el interés por su salud.³⁹ En un metaanálisis realizado por Cross Amanda J. et al en 2020 concluye que las intervenciones educativas, conductuales o mixtas pueden mejorar la proporción de pacientes que se apegan satisfactoriamente a su tratamiento.⁴⁰ el diseño riguroso de estas intervenciones con seguimiento frecuentes y la elección cuidadosa del tratamiento especificada a la situación clínica de cada paciente aumentan su efectividad hacia un mejor apego a tratamiento farmacológico.⁴¹

4. Planteamiento del problema

Trascendencia. La falta de adherencia terapéutica al tratamiento antihipertensivo es un problema de salud pública que presenta una tendencia en su prevalencia de manera creciente en los últimos reportes nacionales, este incremento es particularmente alarmante debido al desarrollo mediato de complicaciones cardiovasculares secundarios al descontrol de la hipertensión arterial sistémica, que conducen a tasas de morbilidad más altas traduciéndose en el aumento de la morbilidad debido al desarrollo de enfermedades cardiovasculares que se manifiestan como eventos agudos (infarto agudo al miocardio y enfermedad vascular cerebral, entre otras). Hay algunos factores psicosociales que influyen en esto como el estrés emocional y soledad, esta última afecta en mayor proporción a los adultos mayores, se ha visto que la vivencia de soledad está muy relacionada con el estado de salud de los pacientes e incluso con la mortalidad, por lo que se considera un factor de riesgo que puede aumentar las complicaciones a largo plazo. De lo anterior se derivan costos que van desde los 1.07 a 2.52 millones de dólares de manera anual según la OMS derivados de la atención médica y gastos indirectos derivados de las complicaciones por sobre estancia hospitalaria.

Magnitud. De acuerdo con el boletín de envejecimiento de la Organización Mundial de la Salud, en el 2050 el número de personas mayores de 65 años fue superior al de niños menores de 14 años.⁸ La evidencia muestra que los factores sociales poseen efectos considerables en la mortalidad y morbilidad en los adultos mayores esto incluye falta de adherencia terapéutica al tratamiento de enfermedades crónicas como es la hipertensión arterial lo cual es un problema de salud pública en México, esto derivado de la alta prevalencia de la misma de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018⁴² la cual es del 29.3% dentro de la población que se sabe con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica (diagnóstico confirmado), observándose un aumento respecto a lo reportado por la misma encuesta en su versión 2012, donde se reportó prevalencia del 26.1%. De acuerdo con esta última, la adherencia al tratamiento fue relativamente mayor en el sexo femenino (52.9%) respecto al sexo masculino (26.5%) para las edades de 20 a 45 años, observándose el mismo comportamiento para las edades de 46 a 69 años (79.8 vs 79.1% para mujeres y hombres respectivamente); además siendo mayor en regiones urbanas como la región metropolitana de la Ciudad de México respecto a áreas rurales (74.3 vs 72.3% respectivamente). Este incremento principalmente explicado por el abasto de insumos farmacológicos para la población hipertensa y posiblemente a factores psicosociales como la soledad social que generan alteraciones en la red de apoyo en estos

pacientes, sin embargo, en nuestro país no se cuenta con un reporte de la proporción o prevalencia de esta condición social en población mexicana y tampoco en la población con hipertensión arterial sistémica.

Vulnerabilidad. En la actualidad es posible resolver la falta de adherencia terapéutica a fármacos antihipertensivos en la población con hipertensión arterial sistémica; actualmente en México, existen diferentes programas de atención integral a la salud (API) fundamentados en las líneas de acción estratégicas orientadas principalmente al primer nivel de atención en salud de la población adulta de 20 años y más, tanto a nivel federal como a nivel institucional, enmarcados en la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2017, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial, GPC IMSS 076-08 Mexicana para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial sistémica en el primer nivel de atención, el programa prevenIMSS para la población adulta masculina y femenina con la estandarización de los tiempo de oportunidad de tamizaje, diagnóstico y tratamiento y el nuevo plan CHKT en línea como programa transversal complementario del Instituto Mexicano del Seguro Social para la detección oportuna de HAS en población adulta de 20 años y más; sin embargo, aún con la existencia de todos estos planes de salud pública, no se ha logrado impactar de forma importante en la reducción de la prevalencia de esta condición en la población adulta, debido a la práctica de un enfoque en su atención de manera individual, sectorización del proceso de atención medica-enfermería, desabasto de insumo medico (medicamentos del cuadro básico), deterioro de la relación médico paciente y debilitamiento de la red social de apoyo del paciente hipertenso, traducida dentro de la definición de soledad social, que dificulta el acceso y oportunidad de la adecuada administración farmacológica. La vulnerabilidad social es el grado en que la situación social de una persona o condiciones en las que la persona nace, crece y envejece lo deja más susceptible a problemas relacionados con la salud, los médicos tratantes deben reconocer la importancia de los sentimientos de soledad en todos los pacientes sobre todo adultos mayores en la practica diaria, ya que las conexiones sociales mejoran la adherencia a regímenes farmacológicos y reducen tiempo y numero de estancias hospitalarias.

Factibilidad. Estudiar la relación entre la soledad social con la adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico en la población con hipertensión arterial sistémica permitiría generar conocimiento específico dentro de la causalidad de la falta de adherencia que contribuirá a la comprensión de falla en el proceso clínico de detección-diagnostico-tratamiento de la hipertensión arterial y con ello fomentar estrategias de promoción a la salud que se ejecuten en paralelo a las ya existentes

con el fin de disminuir la incidencia de la no adherencia terapéutica en la población con hipertensión, así como proponer soluciones para disminuir la soledad en los pacientes, esto no es exclusiva responsabilidad del paciente o su familia sino de la sociedad y el médico tratante en conjunto que debe hacer conciencia para detectar la soledad, neutralizarla y prevenirla, la probabilidad de modificar el entorno del paciente depende de su red de apoyo y la orientación de trabajo social. Es responsabilidad del personal de salud orientar sobre el correcto apego a su tratamiento, esto es posible modificar si se hace conciencia en el paciente que esto le lleva un gran beneficio a su estado de salud. Se han realizado varios estudios en nuestro país y en Latinoamérica sobre estas variables, se han implementado medidas para mejorar el entorno social del paciente y mejorar su apego a los fármacos antihipertensivos. Este estudio es factible derivado que el instituto e investigadores cuentan con acceso a las poblaciones etarias objetivos de este estudio, los recursos económicos y humanos para el estudio de dicha posible asociación. La capacidad de modificación del evento fue baja en el contexto operativo, pero importante para la generación de conocimiento teórico de sustento en materia de salud pública de prevención en el primer nivel de estas condiciones.

Con base en lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:

Pregunta problema

¿Cuál es la estimación de asociación entre el nivel de soledad social y la adherencia al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial sistémica de la UMF 62?

5. Justificación

Para estudiar la falta de adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos es importante evaluar la asociación de esta con factores psicosociales, entre ellos la soledad social, ya que en la actualidad no se tiene información del impacto de esta condición social y la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo en nuestro país y en el instituto.

La investigación planteada nos permitirá conocer la relación de la soledad social y la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión, que sustente una relación causal que enmarque el planteamiento teórico para la realización en el futuro de más estudios en el IMSS con mayor poder metodológico a mediano plazo.

De esta manera, esto puede resultar de suma utilidad para beneficio del paciente y la comunidad con hipertensión arterial estableciendo las medidas de prevención primaria en el primer nivel de atención y determinar las necesidades que tienen, para disminuir el riesgo de desarrollar complicaciones secundarias a la persistencia de cifras de tensión arterial elevadas, que a largo plazo generan mayores costos en el IMSS para su tratamiento directo y reducir la cantidad de años de vida saludables perdidos por discapacidad; lo anterior, realizando promoción de la salud enfocada al fomento de la construcción de una red social de apoyo, que implique un sentimiento de pertenencia, que genere un ambiente psicosocial favorable para la protección específica de los pacientes hipertensos que incremente la cobertura de tratamiento, así como la correcta autoadministración de los medicamentos antihipertensivos respecto a lo establecido por el médico tratante.

La falta de apego al tratamiento antihipertensivo es un problema que podría estar relacionado por la sensación de sentirse solo o alejado de familiares o amigos. El objetivo de este estudio es ver que tanto le ha afectado al paciente en la correcta toma de los fármacos por el hecho de no contar con apoyo de sus conocidos y de las personas que lo rodean. El beneficio para los participantes en este estudio es evaluar su entorno social, facilitar el envío a trabajo social y recibir orientación en su salud, ser enviados a nutrición para que aprenda a comer saludable y mejore sus niveles de tensión arterial, y en caso de salir con algún nivel de soledad social en el cuestionario que se va a aplicar ser enviados oportunamente a psicología para que, reciba atención adecuada dentro de la misma unidad familiar. Si es necesario, se dará a conocer al médico familiar su resultado del paciente que obtenga una puntuación media o alta en su cuestionario y sea enviado al servicio de psiquiatría para brindar un tratamiento oportuno. Además, a los participantes en la presente investigación se les explicó la

importancia de tomar sus medicamentos en tiempo y forma para un adecuado control de la hipertensión arterial.

La comunidad derechohabiente podrá beneficiarse de esta investigación en el consultorio de medicina familiar en donde se realicen intervenciones para que mejoren el apego a tratamiento.

Desafortunadamente el sentimiento de soledad no tiene un tratamiento, así como una enfermedad crónica, pero es posible buscar solución en conjunto familia y sociedad, se espera que esta investigación invite a reflexionar sobre los retos que supone poder actuar y colaborar desde el ámbito personal o profesional para aminorar este problema social.

6. Objetivos

6.1 General

Estimar la asociación entre el nivel de soledad social y la adherencia al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial sistémica de la UMF 62.

6.2 Específicos

- 1.- Determinar el nivel de soledad social en adultos mayores con hipertensión arterial sistémica.
- 2.- Clasificar la adherencia al tratamiento de los adultos mayores con hipertensión arterial sistémica.
- 3.- Determinar la edad, estado civil, sexo, escolaridad y ocupación del grupo a estudiar.
- 4.- Estimar el tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial sistémica.

7. Hipótesis

El nivel de soledad social se estima en un 68.3%²³ en los pacientes con hipertensión arterial sistémica y se asocia a 48%³⁷ de falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo.

8. Metodología

8.1 Tipo de estudio

Observacional: porque se observó el fenómeno y no se realizó intervención por el investigador sobre la población de estudio.

Se realizó un estudio tipo **analítico** al investigarse la relación entre dos grupos: de adherencia terapéutica al tratamiento antihipertensivo y de nivel de soledad social.

Se realizó un estudio **transversal**, ya que las variables se recolectaron en una sola medición, sin seguimiento a los sujetos.

Prolectivo: porque la obtención de la información se realizó por medio de un cuestionario en un único momento al inicio de la investigación

8.2 Población, lugar y tiempo de estudio

Esta investigación se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 62, ubicada en Avenida 16 de septiembre No. 39 Col. Guadalupe, Cuautitlán, Estado de México. C.P. 54800 Tel: 58720066 Ext: 51423. La unidad presta **atención médica de primer nivel**; tiene 32 consultorios que brindan servicio de consulta externa de atención primaria en salud, en dos turnos matutino y vespertino, estructuralmente cuenta con un consultorio de curaciones, tres consultorios de salud en el trabajo, un consultorio de epidemiología, un área de enseñanza e Investigación con personal médico residente de la especialidad en medicina familiar, de los tres grados académicos; médicos pasantes de servicio social y pasantes de enfermería. Contando además con un laboratorio clínico, un servicio de radiología, una farmacia, tres áreas de trabajo social, tres áreas de jefatura de enfermería, un área de atención administrativa, un área de ARIMAC, un área de cómputo, un espacio de dirección, un área de enseñanza, seis espacios sanitarios, personal de limpieza y seguridad.

Se realizó en derechohabientes de la UMF 62, el universo de trabajo comprendió 28150 pacientes adultos mayores con diagnóstico confirmado de hipertensión arterial, fuente: diagnóstico de salud 2019 para trabajar 2020 UMF 62. La muestra se calculó por medio de formula finita de una proporción estuvo conformada por 328 pacientes, se llevó a cabo muestreo no probabilístico por conveniencia.

8.3 Tamaño de la muestra

Se calculó el tamaño de muestra para una población finita y ocupando la fórmula para estimación de una proporción, se ocupó la prevalencia de soledad social (68.3%)²³ en 28150 pacientes adultos mayores con hipertensión arterial, dando así un tamaño de muestra total de 328 pacientes.

$$\frac{N x Zx^2 pq}{d^2 x (N-1) + Zx^2 p x q}$$

Donde:

N: total de la población objetivo = 28150

Zα2= nivel de confianza al 95%=1.96

p= proporción esperada= 0.683²³

q= complemento de la proporción= 1-P = 0.317

e= 0.05

Total: 328

$$\frac{28150 x (1.96)^2 x 0.683 x 0.317}{(0.05)^2(28150 - 1) + (1.96)^2 x 0.683 x 0.317}$$

$$\frac{28150 x 3.8416 x 0.683 x 0.317}{0.0025 x 28149 + 3.8416 x 0.683 x 0.317}$$

$$\frac{108141.04 x 0.216511}{0.0025 x 28149 + 3.8416 x 0.216511}$$

$$\frac{23413.72471144}{70.3725 + 0.83174865}$$

$$\frac{23413.72471144}{71.20424865} = 328.8$$

Técnica de muestreo: Muestreo no probabilístico por conveniencia.

8.4 Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- Pacientes con diagnóstico confirmado de hipertensión arterial sistémica aun con otras comorbilidades.
- Que acudan a cita mensual de control en la UMF 62
- Pacientes adultos mayores de 60 años.
- Derechohabientes adscritos a la UMF 62
- Que acepten y firmen consentimiento informado.

Exclusión:

- Pacientes con antecedente diagnóstico de trastorno de ansiedad como ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo.
- Pacientes con enfermedades neurológicas que alteren el estado de consciencia como enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, Enfermedad Vascul ar Cerebral. Infecciones como meningitis bacteriana y encefalitis viral, neoplasias.
- Pacientes que usen algún medicamento anestésico o sedante para control del dolor, como benzodiazepinas (Lorazepam, midazolam, diazepam), barbitúricos (pentobarbital, fenobarbital), opiáceos (morfina, codeína).
- Antecedente diagnóstico de hipertensión secundaria.

8.5 Información a recolectar (variables a recolectar)

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medición
Variable dependiente					
Nivel de soledad social	Respuesta emocional al aislamiento social, medida objetiva de contar con mínimos contactos con otras personas, falta de pertenencia a un grupo ⁴ .	Se midió a través de un cuestionario dirigido mediante la integración de la escala ESTE II y se clasificará en baja, media y alta soledad social.	Cualitativa	Ordinal	1. Bajo 2. Media 3. Alta
Variables independientes					
Adherencia terapéutica	Se define como el grado en que el comportamiento de una persona, la toma de 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 ²⁷	Se midió a través del cuestionario Morisky-Green; El resultado se clasificará en: 1. Con adherencia 2. Sin adherencia	Cualitativa	Nominal, dicotómica	1. Con adherencia 2. Sin adherencia
Edad	Período de tiempo transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta la fecha actual durante el interrogatorio ⁴³	Se va a obtener a través de un cuestionario dirigido, además, se verificará mediante la revisión del	Cuantitativa	Continua	Años

		expediente clínico electrónico en la sección notas médicas; posteriormente se clasificará en años.			
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal al respecto ⁴⁴	Se va a obtener a través de la ficha de identificación mediante la pregunta ¿Cuál es su estado civil actual?, y se clasifica en 1. Soltero(a) 2. Casado(a) 3. Divorciado(a), 4. Viudo (a)	Cualitativa	Nominal politómica	1. Soltero(a), 2. Casado(a), 3. Divorciado(a) 4. Viudo(a)
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas ⁴⁵	Se va a obtener a través de la ficha de identificación y mediante el <i>habitus exterior</i> del paciente; se clasificará en hombre y mujer.	Cualitativa	Nominal, Dicotómica	1. Hombre 2. Mujer
Escolaridad	Período de tiempo que un individuo asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria ⁴⁶	Se va a obtener a través de la ficha de identificación y lo clasificaremos de la siguiente manera: 1.- Sin instrucción 2.- Primaria 3.- Secundaria 4.-Preparatoria 5.- Licenciatura	Cualitativa	Ordinal	1.- Sin Instrucción 2.- Primaria 3.- Secundaria 4.-Preparatoria 5.- Licenciatura
Ocupación	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas	Se obtendrá mediante	Cualitativa	Nominal,	1.- Hogar 2.- Comerciante

	que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales, determinados por la posición en el trabajo ⁴⁷	cuestionario directo con la pregunta: ¿Cuál es o fue su ocupación en el último año? Y se clasifica en: 1.-Hogar 2.-Comerciante 3.- Empleado 4. Profesionista		politómica	3.- Empleado 4. Profesionista
Tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial sistémica	Tiempo comprendido entre el diagnóstico inicial de HAS hasta el momento actual.	Se obtendrá a través de la aplicación de un cuestionario dirigido mediante la pregunta ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico que tiene la presión alta o hipertensión? se clasificará en años.	Cuantitativa	Discreta, de razón	Años

Variable dependiente: Nivel de soledad social: bajo, medio, alto

Variable independiente: Adherencia terapéutica: con adherencia o sin adherencia

8.6 Método o procedimiento para captar la información

Posterior a la aceptación y asignación de folio por parte del comité local de investigación en salud y comité local de ética del IMSS, se solicitó el censo nominal de derechohabientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica al servicio de ARIMAC, posteriormente se filtró el registro correspondiente a derechohabientes mayores de 60 años. Se utilizó 328 pacientes del censo, haciéndoles una invitación a los mismos vía telefónica en donde se les explicó los objetivos de la investigación alcances y beneficios de la participación del paciente al mismo. Se agendó 15 pacientes por día en el aula de enseñanza de la UMF 62, donde previo a su participación en un ambiente privado, cómodo y tranquilo se les explicó la finalidad del proyecto de investigación, así como objetivos, beneficios y riesgos, resolviendo sus dudas, una vez que entendieron el proyecto, se les solicitó firmaran una carta de consentimiento informado (anexo 1), aquellos pacientes con hipertensión arterial sistémica que aceptaron formar parte del estudio, se les aplicó un cuestionario para recabar datos personales como edad, sexo, ocupación, estado civil y escolaridad, además se aplicaron los cuestionarios de Morisky-Green Levine y de soledad social ESTE II, con una duración promedio de 15 minutos por paciente citado. Se capturaron los datos de las encuestas en una base de datos para llevarse a cabo el análisis estadístico de las mismas.

Análisis de datos

Se analizó por medio del programa estadístico SPSS versión 20

- En un primer momento se realizó análisis univariado:
 - 1.- Variables cualitativas nominales (sexo, ocupación, estado civil, adherencia terapéutica): por medio de frecuencias absolutas y proporciones; y se representaron mediante gráficas de barras y tablas.
 - 2.- Variables cualitativas ordinales (nivel de soledad social, escolaridad): se estimaron frecuencias absolutas y proporciones; además se representaron mediante graficas de pastel.
 - 3.- Variables cuantitativas (edad, tiempo de diagnóstico de HAS): de distribución libre se analizaron por medio de mediana y valores máximos y mínimos, se representaron por medio de histogramas. Se utilizó la prueba de Chi cuadrada, con $p < 0.05$ como estadísticamente significativa.

8.7 Consideraciones éticas

Código de Núremberg: En la presente investigación se les otorgó consentimiento informado a los participantes con hipertensión arterial sistémica, fue un estudio útil para la sociedad ya que se estudió la soledad social y la adherencia terapéutica en los adultos con este padecimiento. Al realizar este estudio no se realizó ningún tipo sufrimiento físico, mental ni ningún tipo de daño innecesario. El realizar este estudio no se relacionó de ninguna manera con la muerte, el grado de riesgo fue el mínimo de tal forma que no afectó la vida humana. El estudio se condujo por médicos calificados para la realización de este, y a los pacientes se les permitió la libertad de dejar el estudio en el momento que lo decidieran.

Declaración de Helsinki: Este proyecto fue llevado a cabo por médico residente en formación, bajo la supervisión de médico titular de la residencia médica. Durante mi investigación se promovió la salud de las personas, se respetó la dignidad del sujeto, la protección de sus derechos, principalmente el de la protección de la salud, así como el bienestar y la conservación de su integridad física fue considerada prioridad. El realizar esta investigación no se expuso a los adultos a riesgos innecesarios y los beneficios esperados fueron mayores que los riesgos predecibles, inherentes a la maniobra experimental. al iniciar la investigación se les otorgó a todos los involucrados un consentimiento informado, en donde se les explicó ampliamente los objetivos de este proyecto, los beneficios o molestias que le puedan En el cuestionario empleado en mi investigación, los datos obtenidos fueron resguardados, protegiendo así la integridad y privacidad de los participantes.

Informe de Belmont: Durante la realización de este protocolo se respetó la autonomía de cada uno de los participantes quienes tuvieron la oportunidad de decidir si querían participar una vez que se les haya explicado todos los riesgos, beneficios y posibles complicaciones que pudieran surgir durante la realización de este. En cuanto a la beneficencia, se buscó ayudar a la población adulta que puedan evitar complicaciones a futuro relacionadas con la hipertensión arterial sistémica. Tomando en cuenta los riesgo y beneficios que pudiera ocasionar este protocolo se consideró justo ya que se llevó a cabo de forma igualitaria para todos los participantes. Se evitó cualquier práctica de riesgo que perjudicara la salud, estado psicológico, social y biológico de los participantes.

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIAL DE INVESTIGACIÓN PARA SALUD, TITULO SEGUNDO DE LOS ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS.

La ley General de salud se publicó el 19 de febrero de 2021, esta investigación se apega a los siguientes artículos

Artículo 13. Durante la elaboración de esta investigación se respetó la dignidad del adulto con hipertensión arterial sistémica y se protegieron sus derechos y bienestar desde el momento que se invitó a ser parte del estudio y el paciente aceptó ser parte de este.

Artículo 14. Mi investigación se realizó en seres humanos, dicha investigación se desarrolló con los principios científicos y éticos, se les explicó ampliamente en qué consistía y se les dió una hoja de consentimiento informado por escrito para que firmaran en caso de aceptar participar, fue realizado por médico residente y supervisado por asesor con experiencia.

Artículo 15. Durante la elaboración de este protocolo la selección de pacientes fue de forma no aleatoria bajo conveniencia, siempre se tomaron medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los adultos con hipertensión arterial sistémica.

Artículo 16. Al elaborar esta investigación con pacientes con hipertensión arterial sistémica, se protegió la privacidad del individuo identificándolo sólo por un número de folio.

Artículo 17. El presente trabajo se consideró riesgo mínimo porque se aplicó un cuestionario de diagnóstico psicológico.

Artículo 20. Durante la realización de mi investigación se les otorgó un consentimiento informado por escrito, mediante el cual el adulto con hipertensión arterial sistémica autorizó su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se sometió, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 21. Para este protocolo se elaboró un consentimiento informado, donde el adulto con hipertensión arterial sistémica recibió una explicación clara y completa, con la justificación y objetivos de la investigación, procedimientos a usarse y propósito, las molestias o los riesgos esperados, beneficios que pudieran obtenerse, procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento

del sujeto, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, la seguridad de que no se identificó al sujeto y que se mantuvo la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

Artículo 22. En esta investigación se contó con el consentimiento informado por escrito el cual fue revisado y aprobado por Comité de Ética en Investigación; se otorgó una copia a cada participante en donde plasmó su firma autógrafa y la de sus dos testigos

Artículo 24. En esta investigación se procuró que ninguno de los participantes tuviera algún tipo de relación de dependencia ascendencia o subordinación con el investigador. En el caso de que esto ocurriera fue excluido para evitar sesgos en la investigación de este protocolo.

Artículo 27. Los adultos con hipertensión arterial sistémica que participaron en esta investigación no fueron pacientes con enfermedades psiquiátricas internados o institucionalizados.

NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012.

Apartado 6: Esta investigación cumplió con los elementos mínimos obligatorios para realizar investigación en seres humanos. A todos los adultos con hipertensión arterial sistémica se les explicó de forma detallada en que consistía el estudio, se les brindó una carta de consentimiento informado explicando todos los beneficios y riesgos del estudio respetando siempre la privacidad de los participantes.

Apartado 7. En la presente investigación se realizó informe técnico respecto a los resultados obtenidos.

Apartado 8.. El protocolo se realizó en la UMF 62 perteneciente a la delegación oriente del Estado de México del Instituto Mexicano del Seguro Social, que cuenta con una infraestructura y capacidad suficiente para brindar atención médica adecuada.

Apartado 10. En este proyecto de investigación se utilizó el consentimiento informado que cumplió con los requisitos indicados en el reglamento vigente para realizar investigación en seres humanos.

Apartado 11. En esta investigación se le explicó al participante mediante la carta de consentimiento informado la posibilidad de retirarse en cualquier momento de la investigación si así lo quisiera asegurándole que su atención médica no se verá afectada de ninguna manera.

Apartado 12. En este proyecto se les dió un folio para participar con el fin de mantener privados sus datos personales.

Ley Federal de protección de datos personales en posesión de los particulares.

Nueva ley publicada en el diario oficial de la federación el 15 de agosto de 2016.

Artículo 7. Los datos personales durante la realización de mi protocolo se recabaron de forma lícita conforme a las disposiciones establecidas por esta Ley y demás normatividad aplicable. A todos los participantes adultos con hipertensión arterial sistémica se les dió una sesión informativa donde se explicó ampliamente sobre el objetivo de la investigación y al aceptar el invitado se obtuvo bajo su voluntad los datos requeridos.

Artículo 8. Se les explicó a los sujetos de estudio, en que consistía el protocolo, posterior se les explicó detalladamente el consentimiento informado, y se les entregó impreso para ser firmado por el sujeto de estudio y por dos testigos.

Artículo 9. En el presente proyecto el consentimiento informado, fue firmado por el participante, dos testigos y por el personal médico responsable del protocolo, no se ocuparon datos personales sensibles, y se salvaguardó la integridad y privacidad de nuestros participantes.

Artículo 11. En este protocolo de investigación, el investigador verificó que los datos obtenidos fueran los correctos para los fines que fueron recabados.

Artículo 12. Los datos personales obtenidos en mi protocolo de investigación fueron usados solo para describir los objetivos establecidos en el protocolo.

Artículo 13. El manejo de datos personales de los adultos con hipertensión arterial sistémica participantes de este estudio fueron adecuados de acuerdo con el aviso de privacidad.

Artículo 14. En mi protocolo de investigación, se protegieron los datos personales obtenidos, cumpliendo los principios de Ley federal de protección de datos personales en posesión de los particulares, respetándose la privacidad del sujeto de estudio por el investigador.

9. Resultados

9.1 descripción de resultados

Se observó que de los pacientes con nivel de soledad social bajo 25% tuvo adherencia a su tratamiento y 13.7% no tuvieron adherencia al tratamiento, de los pacientes con nivel de soledad alto 0.9% si tuvieron apego al tratamiento, y 1.2% no tuvieron apego al tratamiento, al aplicar la prueba Chi cuadrada con una $p = 0.0001$ (**Tabla 1, Gráfica 1**).

Referente al nivel de soledad social, el 38.7% tuvo nivel de soledad social baja, el 59.1% soledad media y el 2.1% soledad alta. (**Tabla 2, Gráfica 2**) En cuanto al nivel de adherencia al tratamiento, la encuesta de Morisky Green Levine arrojó que el 50% tuvieron adecuada adherencia y 50% no tuvieron adherencia al tratamiento. (**Tabla 3, Gráfica 3**).

Del porcentaje de los pacientes hipertensos el 7.9% correspondió al grupo de 60 años y el 0.3% fueron de 86 años, los más longevos que contestaron las encuestas, la edad que mayor predominio en esta investigación fueron los pacientes de 70 años (**Tabla 4, Gráfica 4**). En cuanto a su estado civil el 40.2% se encontraban sin pareja (solteros, divorciados y viudos) y el 59.7% estaban casados (**Tabla 5, Gráfica 5**). La ficha de identificación demostró que el 42.1% de los participantes fueron del sexo masculino y 57.9% del sexo femenino. (**Tabla 6, Gráfica 6**).

De los pacientes hipertensos que participaron en la investigación predominó el grupo de escolaridad primaria con un 49.4%, el 8.5% no tuvieron instrucción educacional, y el menor porcentaje fue el grupo con mayor escolaridad (universidad) con un 5.2% (**Tabla 7, Gráfica 7**). Se observó que respecto a la ocupación de los adultos mayores encuestados el mayor porcentaje 63.4% se dedicó al hogar y el menor porcentaje 3.7%, ejercieron una profesión, el 5.2% correspondió a empleados y el 27.7% fue de obreros. (**Tabla 8, Gráfica 8**).

En el grupo de pacientes entrevistados se encontró que el mayor tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial sistémica fue de 40 años con un porcentaje correspondiente a 0.9%, y el 7.0% tuvieron 1 años de diagnóstico o menos, que fue el menor tiempo observado en el grupo de estudio. (**Tabla 9, Gráfica 9**).

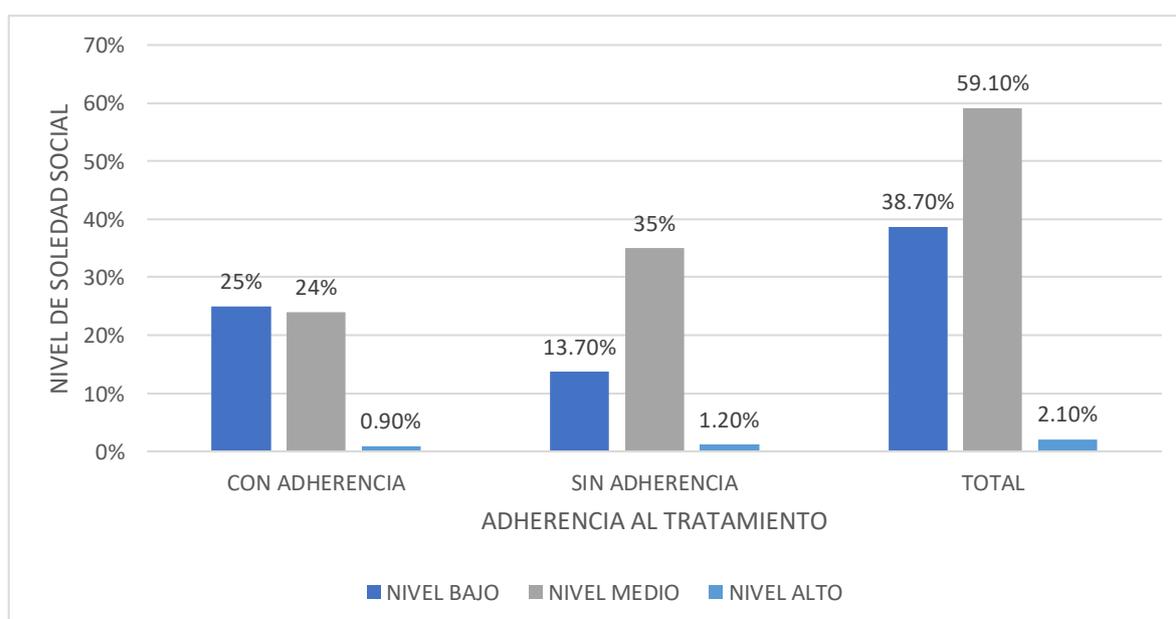
9.2 Tablas y gráficos

Tabla 1: Nivel de soledad social y adherencia al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial sistémica en UMF 62. 2021

ADHERENCIA	CON		SIN		TOTAL		P
	ADHERENCIA		ADHERENCIA		%		
	FC	%	FC	%	FC	%	
NIVEL BAJO	82	25	45	13.7	127	38.7	0.0001
NIVEL MEDIO	79	24	115	35	194	59.1	
NIVEL ALTO	3	0.9	4	1.2	7	2.1	
TOTAL	164	50	164	50	328	100	

FUENTE: CUESTIONARIO MORISKY-GREEN Y ESCALA DE SOLEDAD SOCIAL ESTE II
SIMBOLOGIA: FC Frecuencia, % Porcentaje, P: Nivel de significancia estadística <0.05

Grafica 1: Nivel de soledad social y adherencia al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial sistémica en UMF 62. 2021



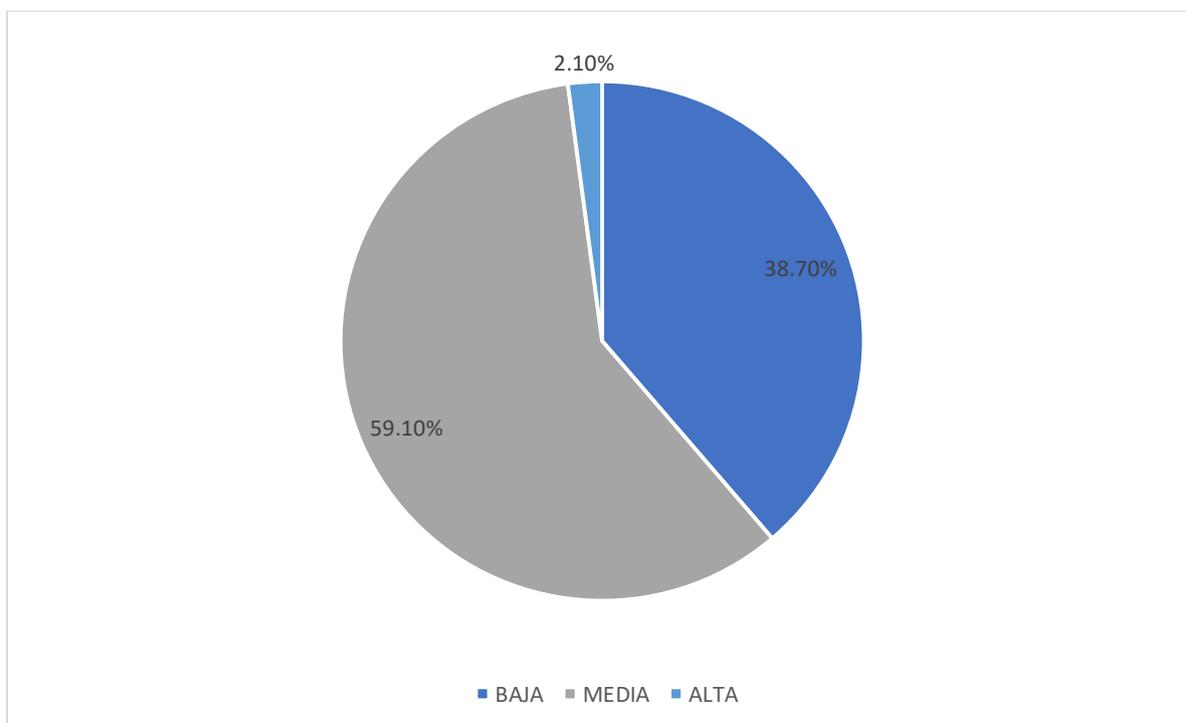
FUENTE: CUESTIONARIO MORISKY-GREEN Y ESCALA DE SOLEDAD SOCIAL ESTE II
SIMBOLOGIA: FC Frecuencia, % Porcentaje, P: Nivel de significancia estadística <0.05

Tabla 2: Nivel de soledad social en adultos mayores con hipertensión arterial sistémica, UMF 62. 2021

SOLEDAD SOCIAL	FC	%	TOTAL
BAJA	127	38.7	127
MEDIA	194	59.1	194
ALTA	7	2.1	7
TOTAL	328	100	328

FUENTE: Escala De Soledad Social ESTE II
 SIMBOLOGIA: FC Frecuencia, % Porcentaje

Grafica 2: Nivel de soledad social en adultos mayores con hipertensión arterial sistémica, UMF 62. 2021



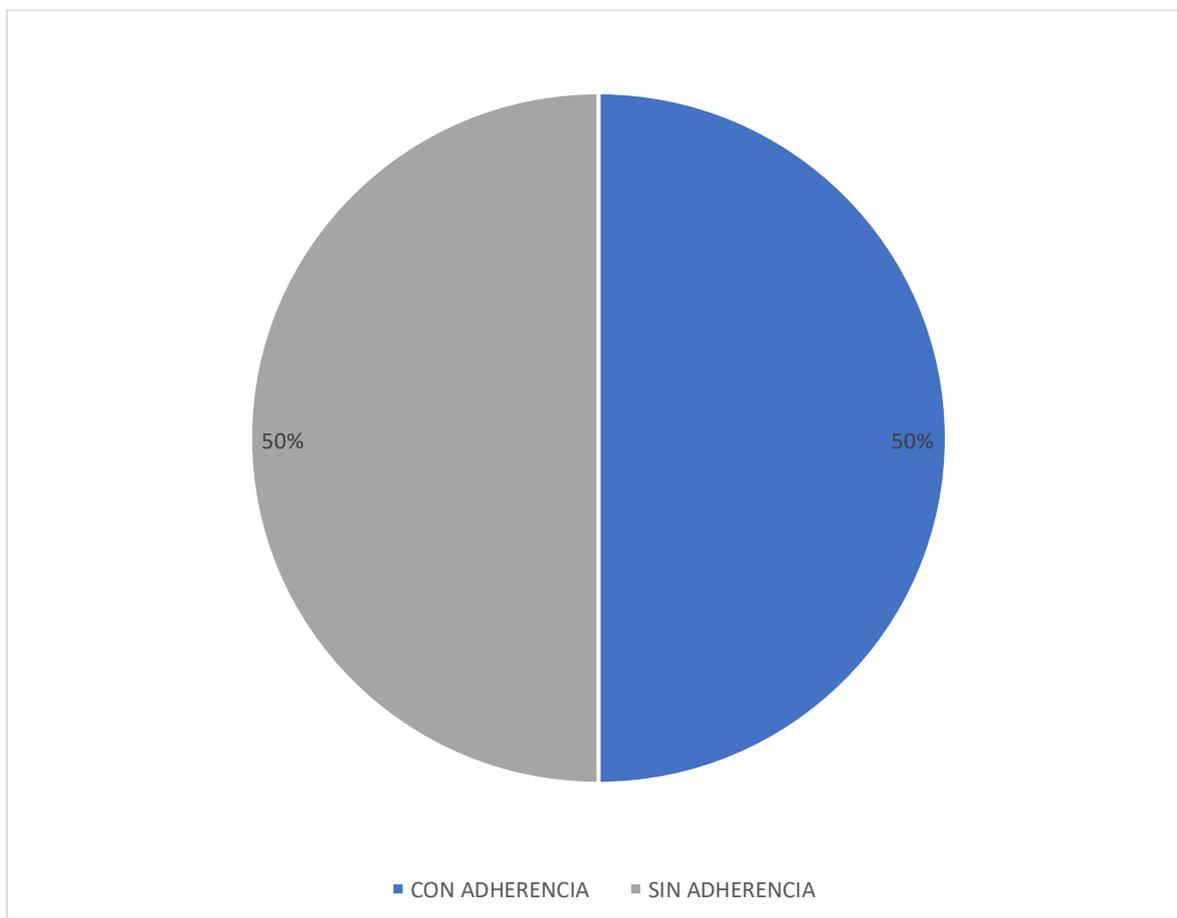
FUENTE: Escala De Soledad Social ESTE II
 SIMBOLOGIA: % Porcentaje

Tabla 3: Adherencia al tratamiento en los adultos mayores con hipertensión arterial sistémica, UMF 62. 2021

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	FC	%	TOTAL
CON ADHERENCIA	164	50	164
SIN ADHERENCIA	164	50	164
TOTAL	328	100	328

FUENTE: CUESTIONARIO MORISKY-GREEN
 SIMBOLOGIA: FC Frecuencia, % Porcentaje

Grafica 3: Adherencia al tratamiento en los adultos mayores con hipertensión arterial sistémica, UMF 62. 2021



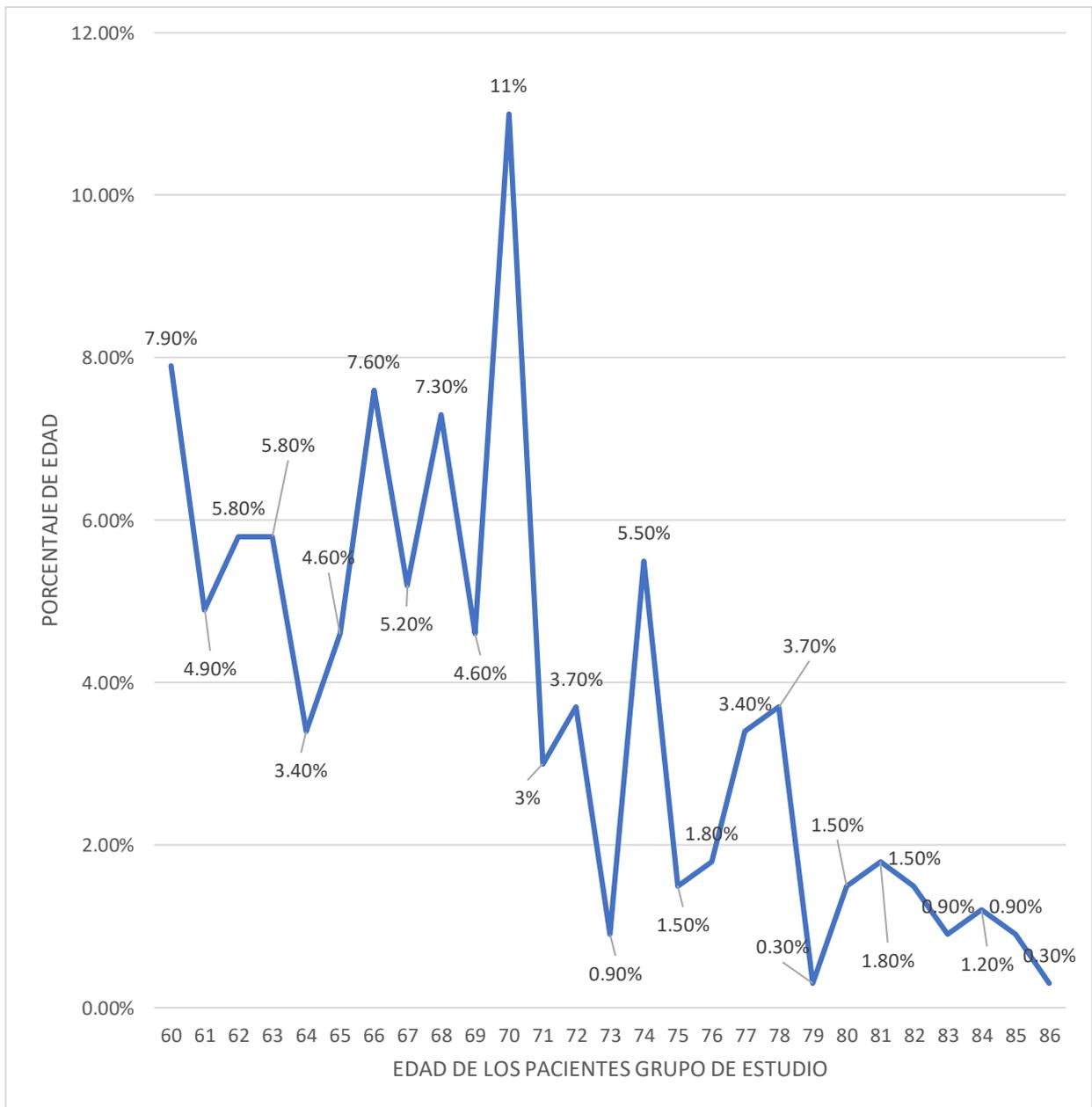
FUENTE: CUESTIONARIO MORISKY-GREEN
 SIMBOLOGIA: % Porcentaje

Tabla 4: Edad en adultos mayores con hipertensión arterial sistémica en UMF 62. 2021

EDAD	FC	%	TOTAL
60	26	7.9	26
61	16	4.9	16
62	19	5.8	19
63	19	5.8	19
64	11	3.4	11
65	15	4.6	15
66	25	7.6	25
67	17	5.2	17
68	24	7.3	24
69	15	4.6	15
70	36	11.0	36
71	10	3.0	10
72	12	3.7	12
73	3	0.9	3
74	18	5.5	18
75	5	1.5	5
76	6	1.8	6
77	11	3.4	11
78	12	3.7	12
79	1	0.3	1
80	5	1.5	5
81	6	1.8	6
82	5	1.5	5
83	3	0.9	3
84	4	1.2	4
85	3	0.9	3
86	1	0.3	1
TOTAL	328	100	328

FUENTE: Cuestionario ficha de identificación
 SIMBOLOGIA: FC Frecuencia, % Porcentaje

Grafica 4: Edad en adultos mayores con hipertensión arterial sistémica en UMF 62. 2021



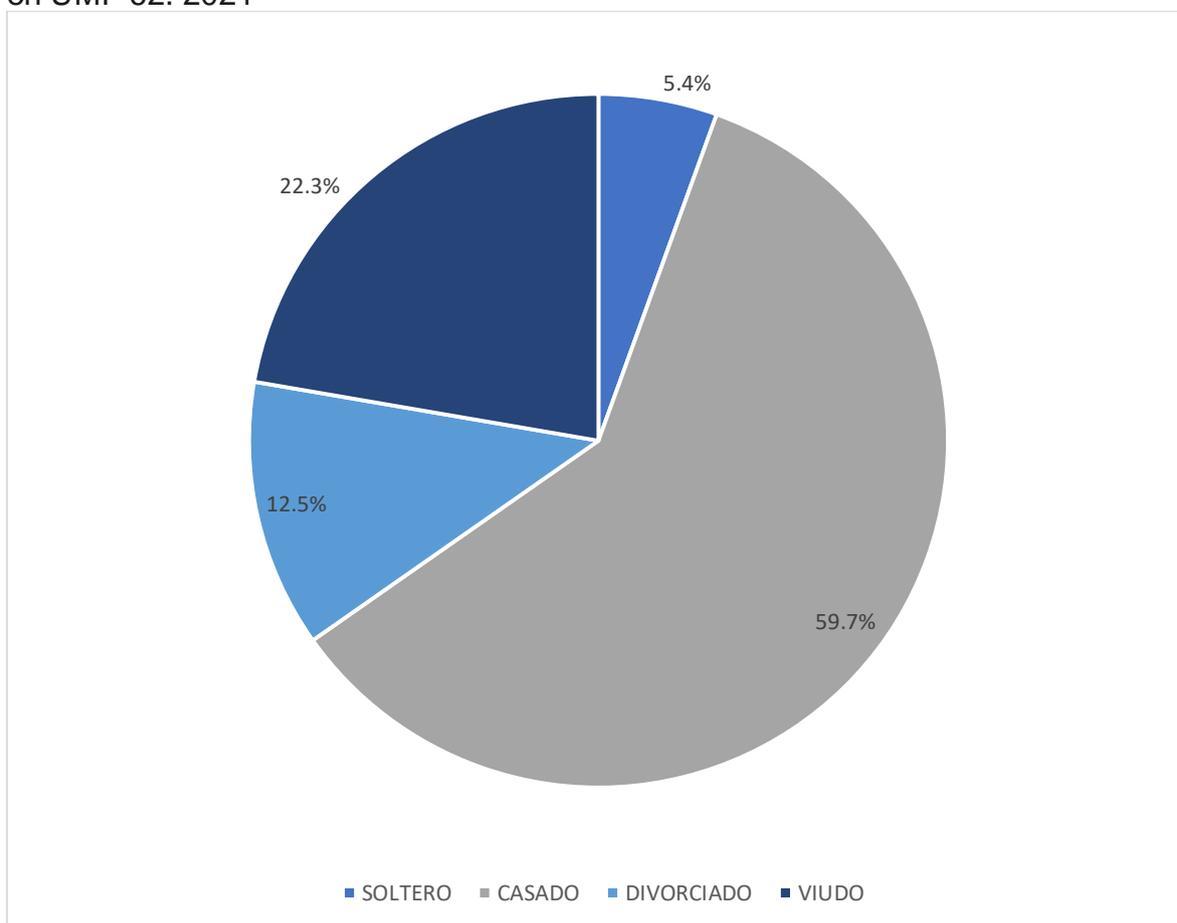
FUENTE: Cuestionario ficha de identificación
 SIMBOLOGIA: FC Frecuencia, % Porcentaje

Tabla 5: Estado civil en adultos mayores con hipertensión arterial sistémica en UMF 62. 2021

ESTADO CIVIL	FC	%	TOTAL
SOLTERO	18	5.4	18
CASADO	196	59.7	196
DIVORCIADO	41	12.5	41
VIUDO	73	22.3	73
TOTAL	328	100	328

FUENTE: Cuestionario ficha de identificación
 SIMBOLOGIA: FC Frecuencia, % Porcentaje.

Grafica 5: Estado civil en adultos mayores con hipertensión arterial sistémica en UMF 62. 2021



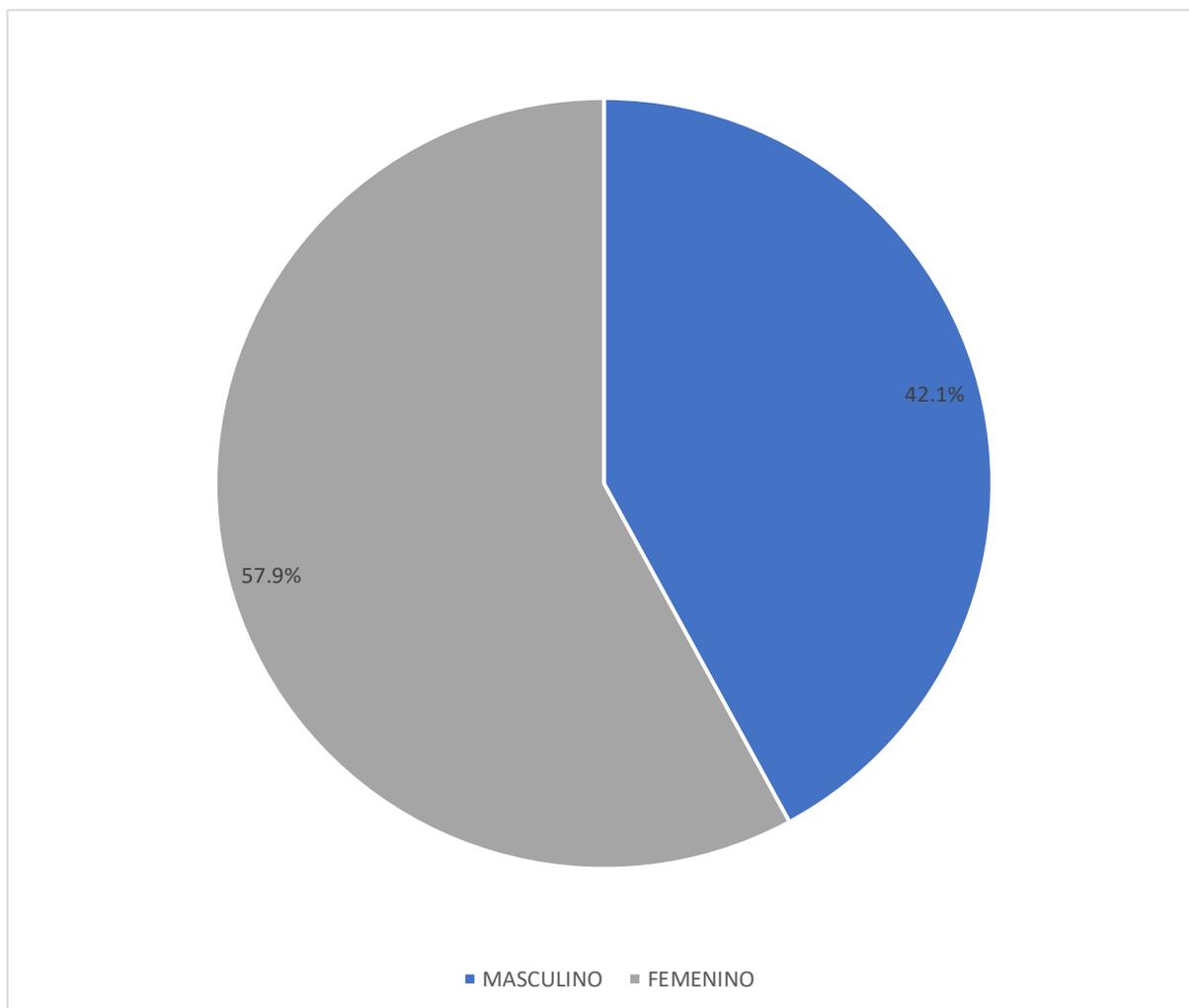
FUENTE: Cuestionario ficha de identificación
 SIMBOLOGIA: FC Frecuencia, % Porcentaje.

Tabla 6: Sexo en adultos mayores con hipertensión arterial sistemica en UMF 62. 2021

SEXO	FC	%	TOTAL
MASCULINO	138	42.1	138
FEMENINO	190	57.9	190
TOTAL	328	100	328

FUENTE: Cuestionario ficha de identificación
 SIMBOLOGIA: FC Frecuencia, % Porcentaje

Grafica 6: Sexo en adultos mayores con hipertensión arterial sistemica en UMF



62. 2021

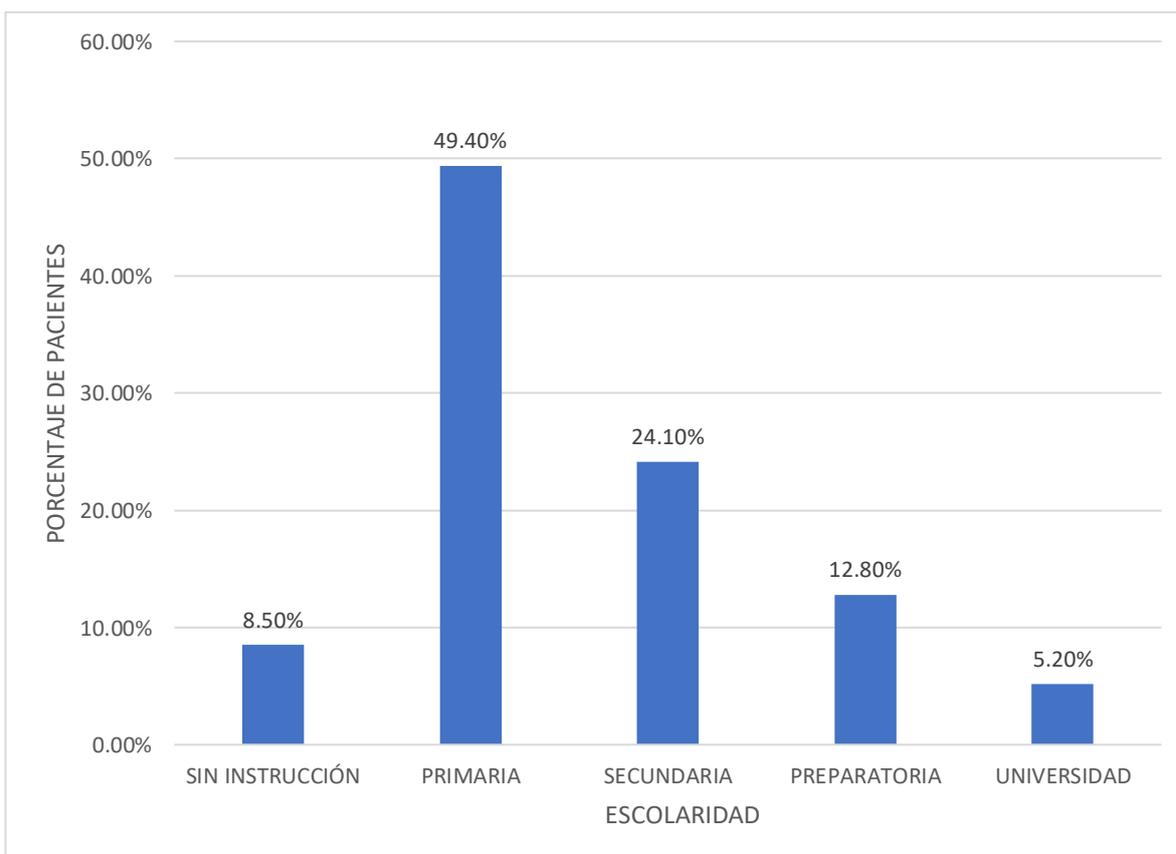
FUENTE: Cuestionario ficha de identificación
 SIMBOLOGIA: FC Frecuencia, % Porcentaje

Tabla 7: Escolaridad en adultos mayores con hipertensión arterial sistémica en UMF 62. 2021

ESCOLARIDAD	FC	%	TOTAL
SIN INSTRUCCIÓN	28	8.5	28
PRIMARIA	162	49.4	162
SECUNDARIA	79	24.1	79
PREPARATORIA	42	12.8	42
UNIVERSIDAD	17	5.2	17
TOTAL	328	100	328

FUENTE: Cuestionario ficha de identificación
 SIMBOLOGIA: FC Frecuencia, % Porcentaje.

Grafica 7: Escolaridad en adultos mayores con hipertensión arterial sistémica en UMF 62. 2021



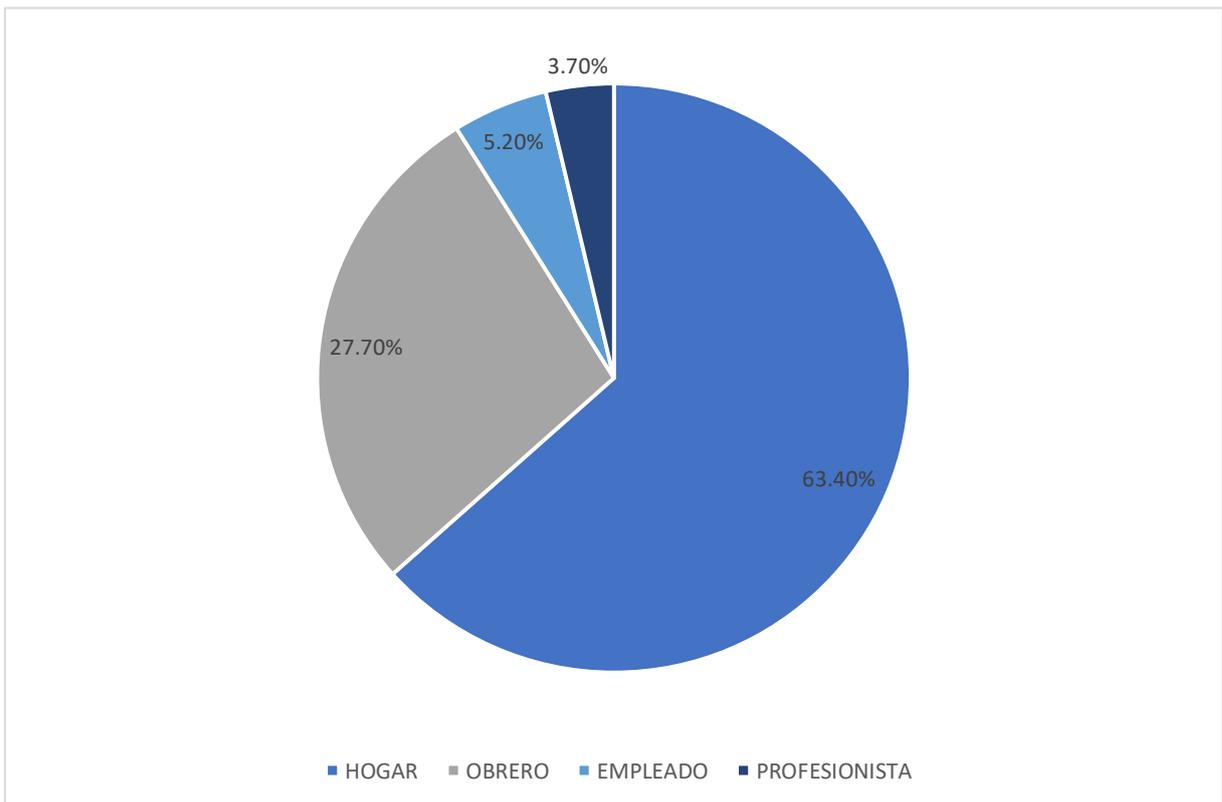
FUENTE: Cuestionario ficha de identificación
 SIMBOLOGIA: FC Frecuencia, % Porcentaje

Tabla 8: Ocupación en adultos mayores con hipertensión arterial sistólica en UMF 62. 2021

OCUPACION	FC	%	TOTAL
HOGAR	208	63.4	208
OBRERO	91	27.7	91
EMPLEADO	17	5.2	17
PROFESIONISTA	12	3.7	12
TOTAL	328	100	328

FUENTE: Cuestionario ficha de identificación
SIMBOLOGIA: FC Frecuencia, % Porcentaje.

Grafica 8: Ocupación en adultos mayores con hipertensión arterial sistólica en



UMF 62. 2021

FUENTE: Cuestionario ficha de identificación
SIMBOLOGIA: FC Frecuencia, % Porcentaje.

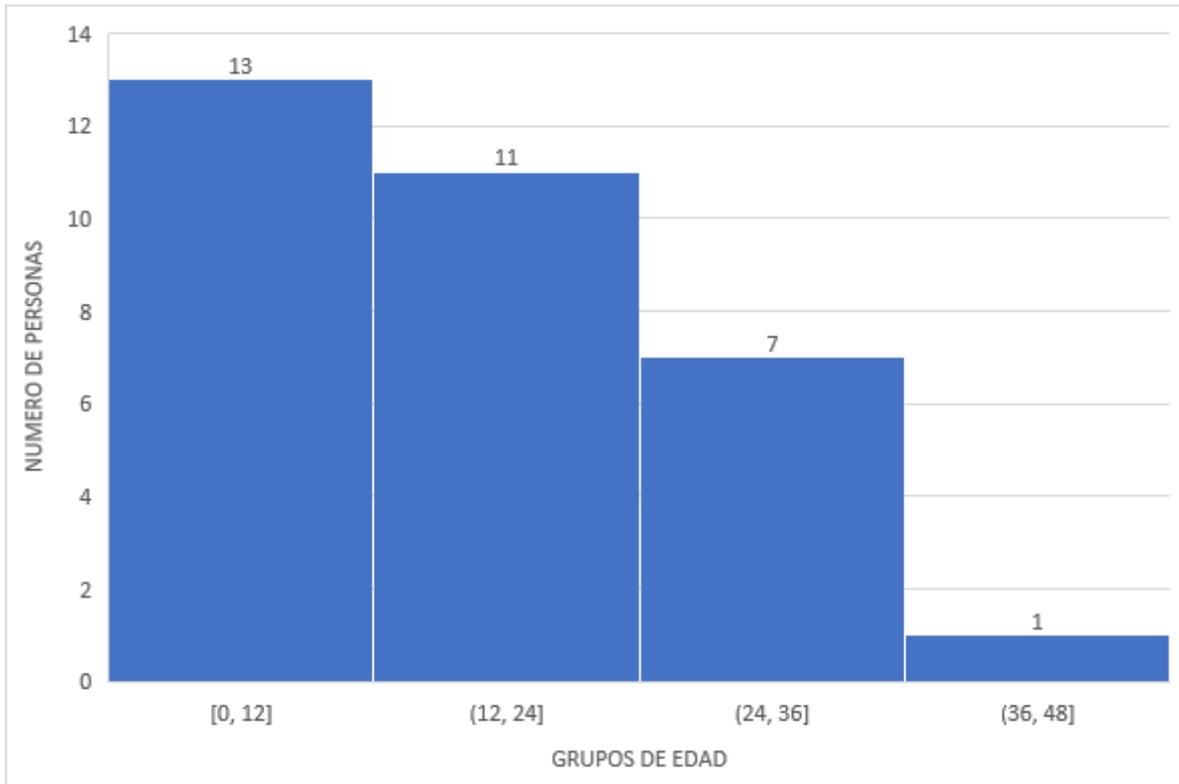
Tabla 9: Tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial sistémica en pacientes UMF 62. 2021

TIEMPO DE FC DIAGNOSTICO	FC	%	TOTAL
1	23	7.0	23
2	25	7.6	25
3	19	5.8	19
4	19	5.8	19
5	36	11.0	36
6	10	3.0	10
7	14	4.3	14
8	16	4.9	16
9	20	6.1	20
10	30	9.1	30
11	6	1.8	6
12	7	2.1	7
13	5	1.5	5
14	4	1.2	4
15	21	6.4	21
16	6	1.8	6
17	1	0.3	1
18	10	3.0	10
20	16	4.9	16
21	2	0.6	2
22	2	0.6	2
23	3	0.9	3
24	3	0.9	3
25	7	2.1	7
26	2	0.6	2
27	3	0.9	3
29	2	0.6	2
30	6	1.8	6
33	5	1.5	5

36	2	0.6	2
40	3	0.9	3
TOTAL	328	100	328

FUENTE: Cuestionario ficha de identificación
SIMBOLOGIA: FC Frecuencia, % Porcentaje.

Grafica 9: Tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial sistémica en pacientes UMF 62. 2021



FUENTE: Cuestionario ficha de identificación
SIMBOLOGIA: FC Frecuencia, % Porcentaje.

10.- Discusión

En el presente trabajo se encontró que 2.1% de la muestra estudiada de adultos mayores tuvieron nivel de soledad alto, el 1.2% no tuvieron adherencia al tratamiento y el 0.9% si lo tuvo, 59.1% de los pacientes encuestados cursaron con un nivel de soledad media, de los cuales 24% si tuvieron apego al tratamiento y el 35% no lo tuvo, sumando los porcentajes de soledad alta y media se obtuvo un total de 61.2% pacientes hipertensos que percibieron soledad, el resto de 38.7% correspondió a nivel de soledad social baja, lo que se traduce que no se perciben solos. El resultado es similar a la investigación realizada por Russo V. y colaboradores (2020)²³ en Venezuela, en un estudio transversal en donde el 68.3% de los habitantes con percepción de soledad social fueron hipertensos, y 31.5% tuvieron nivel de soledad baja.

En cuanto a la adherencia al tratamiento en la presente investigación se encontró el mismo porcentaje de adherencia y no adherencia, es decir, 50% de los pacientes entrevistados si tuvieron apego a tratamiento y 50% no, encontrando un poco de discordancia al resultado que se obtuvo en la investigación de Valencia Monsálvez (2017)³⁹ donde 62.1% clasificaron como no adherentes.

Gayol Fernández (2020)⁹ se encontró que la edad mínima fue de 65 años y la máxima de 91 años, la media de edad fue de 75,46 la cual fue similar a los resultados obtenidos de la presente investigación el 7.9% correspondió al grupo de 60 años y el 0.3% fueron de 86 años, los más longevos que contestaron las encuestas, la edad que mayor predominio en esta investigación fueron los pacientes de 70 años El comportamiento de la variable en relación con el sexo coincide con una serie de artículos revisados como en el estudio realizado por Martínez de murga García et al (2017)²⁶ en la cual 51% fueron hombres y 49% fueron mujeres, similares resultados en esta investigación en donde 42.1% de los participantes fueron del sexo masculino y 57.9% del sexo femenino. Referente a su estado civil se encontró en nuestro grupo de estudio que el 40.2% se encontraban sin pareja (solteros 5.4%, divorciados 12.5% y viudos 22.3%) y el 59.7% estaban casados. Comparando con los resultados de Luna Breceda et al (2017)³⁷ se observan resultados en similares proporciones

en donde el mayor porcentaje corresponde a pacientes casados, ya que 6.6% eran solteros, 65.52% casados, 4.02% divorciados y 18.97% viudos

De los pacientes hipertensos que participaron en la investigación predominó el grupo de escolaridad primaria con un 49.4%, el 8.5% no tuvieron instrucción educacional y el menor porcentaje fue el grupo con mayor escolaridad (universidad) con un 5.2%, similar resultado se encontró Martínez Fajardo et al (2019)³⁸ en donde también predominó la escolaridad primaria. Conforme a la actividad, predominaron las actividades del hogar (53.7 %), similar a los resultados de nuestra investigación en donde también predominó la ocupación de hogar (63.4%).

11. Conclusión

En esta tesis se estimó la asociación entre el nivel de soledad social y la adherencia al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial sistémica de la UMF 62. Siendo el tema de soledad social poco estudiado en nuestro país.

Con los resultados obtenidos se cumple con la hipótesis propuesta ya que un mayor porcentaje de soledad baja si tuvieron adecuada adherencia a su tratamiento contrario al nivel de soledad alta en donde un mayor porcentaje no tuvo adherencia al tratamiento, hubo asociación significativa entre nivel de soledad y algunas variables sociodemográficas como escolaridad y estado civil que tuvieron más relevancia en cuanto a soledad social ya que las personas que se encuentran acompañadas y se sienten apoyadas tienen menor nivel de soledad y mayor apego al tratamiento, y mientras mayor escolaridad tienen, mayor es su comprensión sobre la patología y su esfuerzo por tener cifras de tensión arterial dentro de metas terapéuticas.

Esta investigación ha ayudado a conocer mejor sobre la realidad de la soledad percibida por los pacientes, y relacionarlo como una de las causas de poco apego a tratamiento antihipertensivo, además en el primer nivel de atención nos permite elaborar un perfil de riesgo de los adultos mayores con sentimiento de soledad para ayudarles mediante estrategias como la participación social en grupos de apoyo para su enfermedad crónica. Es importante realizar más investigaciones sobre el fenómeno de soledad social a futuro ya que repercute en el estado de salud de los pacientes.

12. Referencias bibliográficas.

1. Gierveld Jde J. A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*. Cambridge University Press;1998;8(1):73-80
2. Weiss, RS. (1975). *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation*. EUA: Massachusetts Institute of Technology.
3. Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23ª ed., [versión 23.4 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [consultado el 20-05-2021].
4. Hernández Falcón N, Pierrez Martínez M, Martínez González BM, Morejón Milera A, Arencibia Márquez F, Álvarez Escobar MC. Soledad social en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriátría. Hospital “Comandante Faustino Pérez.” *Revmedicaelectronica* [Internet]. 2020 [Citado el 15 Abr 2021];, 42(3):1781–91.
5. Rubio R. Cerquera A, Muñoz R, Pinzon E. Concepciones populares sobre la soledad de los adultos mayores de España y Bucaramanga, Colombia. *Diversitas Perspectivas en Psicología*. 2011;7(2): 307-319.
6. Bandari R, Khankeh HR, Shahboulaghi FM, Ebadi A, Keshtkar AA, Montazeri A. Defining loneliness in older adults: protocol for a systematic review. *Syst Rev*. 2019;8(1):26.
7. Garza-Sánchez, R.I., González-Tovar, J., Rubio-Rubio, L. & Dumitrache-Dumitrache, C.G. (2020). Loneliness in older people from Spain and Mexico: a comparative analysis. *Acta Colombiana de Psicología*, 23(1), 106-116. doi: <http://www.doi.org/10.14718/ACP.2020.23.1.6>
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. *J Chem Inf Model*. 2015;53(9):1689-99
9. Gayol-Fernández M, Sánchez-Arguiano J, Conde-Díez Y. Aislamiento social y dependencia en la población anciana de una población rural. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*. 2020 Febrero; 8 (1): 12-22.
10. Camargo Rojas CM, Chavarro Carvajal DA. El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna. *Univ Médica*. 2020; 61(2).

11. Shankar A, McMunn A, Demakakos P, Hamer M, Steptoe A. Social isolation and loneliness: Prospective associations with functional status in older adults. *Health Psycho.* 2017; 36(2):179-187.
12. Hoogendijk E.O., Smit A.P., van Dam C., Schuster N.A., de Breijl S., Holwerda T.J., Huisman M., Dent E., Andrew M.K. Frailty Combined with Loneliness or Social Isolation: An Elevated Risk for Mortality in Later Life. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2020;68:2587–2593. doi: 10.1111/jgs.16716.
13. Gené-Badia J, Ruiz-Sánchez M, Obiols-Masó N, Oliveras Puig L, Lagarda Jiménez E. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Aten Primaria* [Internet]. 2016; 48(9):604–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.008>
14. Acosta, C. O.; García. R.; Vales, J. J.; Echeverría, S. B. y Rubio, L. (2017). Confiabilidad y validez de una escala de soledad en adultos mayores mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(3), 364-372.
15. Henriksen RE, Nilsen RM, Strandberg RB. Loneliness as a risk factor for metabolic syndrome: results from the HUNT study. *Journal of epidemiology and community health.* 2019 Oct;73(10):941-946.
16. Paul E, Bu F, Fancourt D. Loneliness and Risk for cardiovascular Disease: Mechanisms and Future Directions. *Current cardiology reports.* 2021 May 7;23(6):68.
17. Dickens A, Richards S, Greaves C, Campbell J. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health.* 2011;11:647.
18. Hagan R, Manktelow R, Taylor BJ, Mallett J. Reducing loneliness amongst older people: a systematic search and narrative review. *Aging Ment Health.* 2014;18:683-93.
19. Cohen-Mansfield J, Perach R. Interventions for alleviating loneliness among older persons: a critical review. *Am J health Promot.* 2015;29:e109-25.
20. Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health Soc Care Community.* 2018 Mar;26(2):147-157.

21. O'Rourke HM, Collins L, Sidani S. Interventions to address social connectedness and loneliness for older adults: a scoping review. *BMC Geriatr*. 2018 Sep 15;18(1):214.
22. Xia N, Li H. Loneliness, Social Isolation, and Cardiovascular Health. *Antioxid Redox Signal*. 2018;28(9):837-851.
23. Russo V, Aparicio J, Becerra C, Castillo C, Depablos N, et al. Hipertensión arterial y percepción de soledad social en habitantes mayores de 55 años. Barquisimeto, Venezuela. *Revista Venezolana de Salud Pública*. 2020; 8 (1): 31-48.
24. Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Flores-Coria A, Gómez-Álvarez E, Barquera S. Prevalencia, diagnóstico y control de hipertensión arterial en adultos mexicanos en condición de vulnerabilidad. Resultados de la Ensanut 100k. *Salud Publica Mex [Internet]*. 5 de diciembre de 2019 [citado 26 de mayo de 2021];61(6, nov-dic):888-97. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/10574>
25. COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 450/20. El INEGI presenta resultados de la quinta edición de la encuesta nacional de salud y envejecimiento. [Internet]. 2020; Disponible en:
26. Martínez de Murga García G, Sujo Sit M, Estevez Perera A. Adherencia farmacológica en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2020;36(1):4
27. Juan J, Cerda O, Herrera DS, Adrián Ó, Miranda R, Manuel J, et al. Adherencia terapéutica : un problema de atención médica. 2018;(3):226–32.
28. Valencia Monsalvez F, Mendoza Parra S, Luengo Machuc AL. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Pub [en línea]*. 2017 Apr-Jun [citado 26 de mayo de 2021]; 34(2):245-249. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2017.v34n2/245-249/>
29. Ramírez Pérez AR, Ramírez Pérez JF, Borrell Zayas JC. Adherencia terapéutica antihipertensiva y factores asociados al incumplimiento en el primer nivel de atención en Cienfuegos, 2019. *Revista Cubana de Farmacia*. 2020;(53)1:4

30. Valverde Estrada BI, Perez Pedraza BA. Emociones durante la vivencia de enfermedades crónico degenerativas en pacientes con diabetes mellitus e hipertension. *CienciAcierta* 2020 julio 9;(63) ISSN: 2683-1848
31. Cantú, R., Soto, E., y Álvarez, J., (2019). De la salud médica a la salud integral: evaluación psicosocial en la enfermedad crónica. Monterrey, México, Editorial universitaria UANL.
32. Bernard V, Sotiris A, Michel B, Massimo V. Current situation of medication adherence in Hypertension. *Frontiers in pharmacology*. 2017; 8(0): 1-8.
33. Pons Barrera E, Alfonso de León JA, Ruau Alderete MC. Control de la hipertensión arterial y la prevención secundaria reduce la cardiopatía isquémica. *Objetivo alcanzable. Rev Med Electrón*. 2019;41(1):232-38. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v41n1/1684-1824-rme-41-01-232.pdf>
34. EFPIA (2013). Salud y crecimiento: compendio de pruebas. Disponible en: http://www.efpia.eu/uploads/MModules/Documents/health-and-growth_evidence-compendium..pdf Recuperado [consultado el 26 de mayo de 2021]
35. Iuga AO y McGuire, MJ (2014). Costes de adherencia y asistencia sanitaria. *Gestion de riesgos. Salud c. Política* 7, 35-44. Doi:10.2147 / RMHP.S19801
36. Jiménez Fernández L, Siverio Mota D, Chala Tandrán JM, Brito Ferrer Y, Armada Esmores Z. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos del Policlínico XX Aniversario. Diseño de un programa educativo. *CorSalud*. 2017; 9(1):10–8.
37. Luna-Breceda U, Haro-Vázquez SR, Uriostegui-Espíritu LC, Barajas-Gómez TJ, Rosas-Navarro DA. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan, Jalisco, México. *Aten Fam*. 2017;24(3):116-120.
38. Martínez Fajardo EJ, García Valdez R, Álvarez Villaseñor AS. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial de un consultorio auxiliar. *Med Gen Fam*. 2019; 8(2):57

39. Valencia Monsalvez F, Mendoza Parra S, Luengo Machuc AL. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (mmas-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Pub* [en línea]. 2017 Apr-Jun [citado 26 de mayo de 2021]; 34(2):245-249. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rpmesp/2017.v34n2/245-249/>
40. Cross AJ, Elliott RA, Petrie K, Kuruvilla L, George J. Interventions for improving medication-taking ability and adherence in older adults prescribed multiple medications. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;5(5):CD012419. Doi:10.1002/14651858.CD012419.pub2.
41. Elnaem MH, Rosley NFF, Alhifany AA, Elrggal ME, Cheema E. Impact of Pharmacist-Led Interventions on Medication Adherence and Clinical Outcomes in Patients with Hypertension and Hyperlipidemia: A Scoping Review of Published Literature. *J. Multidiscip Healthc*. 2020;13:635-645.
42. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018: resultados nacionales [en línea]. México: INSP; 2019 [consulta: 06/04/2021]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensa2000/informes.php>
43. World Health Organization. (2001). Men, ageing and health: achieving health across the life span. World Health Organization. Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66941>
44. Goldenberg Serrano JL. A proposal for the reconstruction of the core sense of the marital status in the Chilean Civil Code. *Rev estud Hist uríd*. 2017; 0(39): 299-328.
45. *Sexo REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23ª ed., [versión 23.3 en línea].* <<https://dle.rae.es>> [consultado el 06-04-2021].
46. Gutiérrez-Ramírez S, Ramírez-Sánchez DF, Valladares-Sánchez CE. The level of schooling and its incidence in the future employment of young people: opinion of indigenous and non-indigenous secondary school students and baccalaureate of Tenango de Doria; Hidalgo, Mexico. *POLIS*. México. 2018; 14(2): 127-163.

47. Ocupación REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23^a ed., [versión 23.3 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [consultado el 06-04-2021].

13. Anexos 1. Consentimiento informado



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

**Carta de consentimiento informado para participación en
protocolos de investigación (adultos)**

Nombre del estudio:	Nivel de soledad social y adherencia al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial sistémica. UMF 62
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar núm. 62., Avenida 16 septiembre No. 39 Colonia Guadalupe CP: 54800 Cuautitlán México, Estado de México Oriente.
Número de registro institucional:	Se encuentra en tramite
Justificación y objetivo del estudio:	La mala toma de sus medicamentos para tratar su presión alta es un problema provocado por la sensación de sentirse solo o alejado de sus familiares o amigos. El objetivo de este estudio es ver que tanto le ha afectado en la correcta toma de sus medicamentos por el hecho de no contar con apoyo de sus conocidos y de las personas que lo rodean.
Procedimientos:	En la unidad de medicina familiar, voy a preguntarle edad, estado civil, sexo, hasta que años estudio y desde hace cuantos años sabe que tiene hipertensión, después le voy a hacer unas preguntas de un cuestionario para saber que tanto se ha sentido solo o alejado de sus familiares y amigos, y otro cuestionario de 4 preguntas para saber si está tomando bien sus medicamentos para la presión, tardará 15 minutos en total.
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio tiene un riesgo mínimo. Todos los participantes en este estudio únicamente aportaran datos a través de un cuestionario, que puede modificar su estado de ánimo, lo que podría parecerle molesto.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El beneficio de este estudio es para evaluar su entorno social, facilitar él envié a trabajo social para que reciba orientación en su salud, envié a nutrición para que aprenda a comer saludable y mejore sus niveles de presión, y psicología para ayudarlo en lo referente a que usted se sienta solo o sola. Si es necesario su médico familiar lo enviara al servicio de psiquiatría para brindar un tratamiento oportuno.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El resultado fue guardado por el investigador, si usted quiere resultados de su cuestionario se le dará cuando termine de contestarlo.
Participación o retiro:	Usted de igual manera puede retirarse en cualquier momento del estudio sin ninguna consecuencia, su participación es libre. Y seguirá su control médico sin ninguna condición.
Privacidad y confidencialidad:	La privacidad de su información se cuidará asignándole un número de folio, para que solo el investigador lo pueda identificar con ese número. La confidencialidad se hará por medio del resguardo de los cuestionarios que se le apliquen, por el tiempo sugerido en apego a la ley de protección de datos personales.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

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

Investigadora o Investigador Responsable: Dr. Rubén Ríos Morales Matricula:99231372 ruben.rios@imss.gob.mx. 58721882 Ext.51423. Medico Familiar UMF 62. Correo ruben.rios@imss.gob.mx

Colaboradores: Haide Pérez Pérez. Matricula:96152329. Residente de tercer año de medicina familiar de la UMF 62 Cuautitlán **Teléfono: 5566816262** Correo:ireneprz.89@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse al Dr. Enrique Sandoval Luna, presidente de Comité de Ética del CLIE del IMSS: Avenida Circunvalación S/N, La Quebrada, Cuautitlán Izcalli, Estado de Mexico, CP 54769, Teléfono: 5553101705, correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

_____ Nombre y firma del participante	Pérez Pérez Haide Matricula:96152329 Teléfono: 5566816262 Correo: ireneprz.89@gmail.com _____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nivel de soledad social y adherencia al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial sistémica, UMF 62.

Fecha:

Folio de cuestionario (día/mes/número consecutivo de encuesta): _____

Anexo 2.- Ficha de identificación (marque con una X):

Edad	_____ años
Sexo	a) Masculino b) Femenino
¿Cuál es su estado civil actual?	a) Soltero b) Casado c) Divorciado d) Viudo
¿Cuál es o fue su ocupación en el último año?	a) Hogar b) Empleado c) Comerciante d) Profesionista
¿Cuál fue el último año de estudios que aprobó en la escuela?	a) Sin Instrucción b) Primaria c) Secundaria d) Preparatoria e) Licenciatura
¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico que tiene la presión alta o hipertensión?	_____ años

Nivel de soledad social y adherencia al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial sistémica, UMF 62.

Fecha:

Folio de cuestionario (día/mes/número consecutivo de encuesta): _____

Anexo 3.- Cuestionario de Morisky-Green (marque con una X la opción elegida por el encuestado):

Pregunta	SI	NO
¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?		
¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?		
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?		
Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?		

Nivel de soledad social y adherencia al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial sistémica, UMF 62.

Fecha:

Folio de cuestionario (día/mes/número consecutivo de encuesta): _____

Anexo 4.- Cuestionario de ESTE II (marque con una X la opción elegida)

Factor 1: percepción de apoyo social	Siempre	A veces	Nunca
1.- ¿Usted tiene a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?	0	1	2
2.- ¿Cree que hay personas que se preocupen por usted?	0	1	2
3.- ¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?	0	1	2
4.- ¿Siente que no le hacen caso?	2	1	0
5.- ¿Se siente triste?	2	1	0
6.- ¿Se siente usted solo?	2	1	0
7.- ¿Y por la noche, se siente solo?	2	1	0
8.- ¿Se siente querido?	0	1	2
Factor 2: Uso de nuevas tecnologías	Siempre	A veces	Nunca
9.- ¿Utiliza usted el teléfono móvil?	0	1	2
10.- ¿Utiliza usted el ordenador (consola, juegos de la memoria)?	0	1	2
11.- ¿Utiliza usted internet?	0	1	2
Factor 3: Índice de participación social subjetiva	Siempre	A veces	Nunca
12.- Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?	0	1	2
13.- ¿Le resulta fácil hacer amigos?	0	1	2
14.- ¿Va a algún parque, asociación, hogar del pensionista donde se relacione con otros mayores?	0	1	2
15.- ¿Le gusta participar en las actividades de ocio que se organizan en su barrio/pueblo?	0	1	2
Puntuación en soledad social		total _____	Puntos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1406
HOLP GRAL DE ZONA NEPA 57

Registro COFEPRIS 17 CI 15 111 081

Registro CONRIGÉTICA CONRIGIOTÉTICA 15 CEI 007 3018083

FECHA Lunes, 02 de agosto de 2021

Dr. Rúben Ríos Morales

PRESENTE

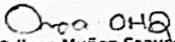
Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **NIVEL DE SOLEDAD SOCIAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA, UMF 62**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-1406-027

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Oscar Odiseo Muñoz Saavedra
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1406

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL