



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 41**

**RELACIÓN DEL SOPORTE FAMILIAR CON LA  
ADHERENCIA TERAPÉUTICA DEL PACIENTE CON  
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 41**

**T E S I S**

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

**P R E S E N T A:**

**DRA. ARIANA ROMERO LORENZO**

**romero.ari@outlook.com**

**ASESOR:**

**DR. ACHO FEDERICO GARCÍA MARTÍNEZ**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. 2022**



**Facultad de Medicina**



**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



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.

**“RELACIÓN DEL SOPORTE FAMILIAR CON LA ADHERENCIA  
TERAPÉUTICA DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL  
SISTÉMICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 41”**

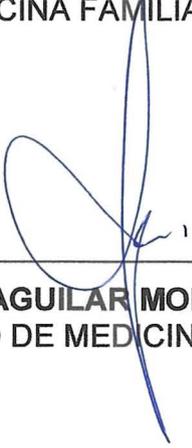
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.  
PRESENTA

**DRA. ARIANA ROMERO LORENZO**  
Residente de 3er año de Medicina Familiar

AUTORIZACIONES:

  
\_\_\_\_\_  
**DR. ACHO FEDERICO GARCÍA MARTÍNEZ**  
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA  
MÉDICO EPIDEMIOLOGO EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 41  
DIRECTOR Y ASESOR DE TESIS.

  
\_\_\_\_\_  
**DRA. MACEDONIA GUADALUPE MORENO TOVAR**  
COORDINADORA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 41.

  
\_\_\_\_\_  
**DRA. FATIMA AGUILAR MORALES**  
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 41.

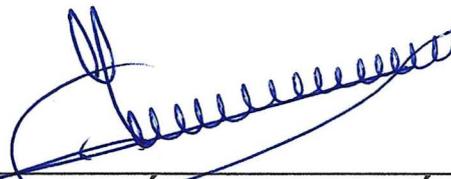


**“RELACIÓN DEL SOPORTE FAMILIAR CON LA ADHERENCIA  
TERAPÉUTICA DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL  
SISTÉMICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 41”**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.  
PRESENTA:

**DRA. ARIANA ROMERO LORENZO**  
**Residente de 3er año de Medicina Familiar**

AUTORIDADES DELEGACIONALES



**DRA. SANDRA HERNÁNDEZ CID DE LEÓN**  
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD

*Dr. Victor M. Camarillo Nava*  
Coordinador Auxiliar Médico  
de Investigación en Salud  
IMSS Mat. 99354174



**DR. VICTOR MANUEL CAMARILLO NAVA**  
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



**FACULTAD DE MEDICINA**  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

**“RELACIÓN DEL SOPORTE FAMILIAR CON LA ADHERENCIA  
TERAPÉUTICA DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL  
SISTÉMICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 41”**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.  
PRESENTA:

**DRA. ARIANA ROMERO LORENZO**

AUTORIZACIONES:



---

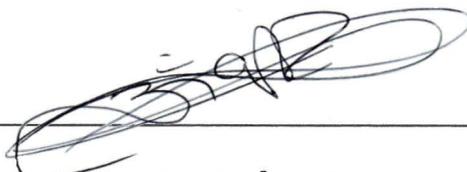
**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA**

JEFE 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.



---

**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.



**FACULTAD DE MEDICINA**  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



148

### Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3511.  
U MED FAMILIAR NUM 14

Registro COFEPRIS 19 CI 09 017 032

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 012 2018082

FECHA Lunes, 23 de agosto de 2021

**M.E. ACHO FEDERICO GARCIA MARTINEZ**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Relación del soporte familiar con la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica en la unidad de medicina familiar No. 41** 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 **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2021-3511-044

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

**Dr. ANDRES LEON SANTAMARIA**

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3511

Imprimir

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## DEDICATORIA

A mis padres, quienes han sido mi pilar fundamental, compañeros y amigos a lo largo de mi formación académica, porque me han conducido por la vida con amor y paciencia, hoy ven forjado un anhelo, una ilusión y un deseo, gracias por enseñarme lo que han recogido a su paso por la vida.

A mis hermanos (Christian, Oscar Omar) por darme una mano en mis tropiezos, por sus consejos, por todas sus muestras de cariño y por trasnochar conmigo a lo largo de todo este proceso.

A mis amigos quienes han compartido mis horas tristes, mis momentos felices, mis ambiciones, sueños e inquietudes.

Ustedes son la suma y fórmula exacta en mi vida.  
Gracias.

## **AGRADECIMIENTOS**

Sincero agradecimiento al Dr. Makilim Nunes Baptista por facilitar, proporcionar y esclarecer dudas del instrumento: Inventario de Percepción del Soporte Familiar, así como proporcionar material didáctico para fundamentar esta investigación.

A la Dra. Graciela Lorena Matus-García por su disponibilidad, facilidades y tiempo destinado a la resolución de dudas acerca del instrumento: Escala de Apoyo Social.

Gracias.

<p><b>1. DATOS DEL ALUMNO</b></p> <p><b>Apellido paterno</b></p> <p><b>Apellido materno</b></p> <p><b>Nombre</b></p> <p><b>Universidad</b></p> <p><b>Facultad o escuela</b></p> <p><b>Carrera</b></p> <p><b>No. de cuenta</b></p>	<p>ROMERO LORENZO ARIANA</p> <p>UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE MEDICINA</p> <p>MÉDICO CIRUJANO. MEDICINA FAMILIAR 414004858</p>
<p><b>2. DATOS DEL ASESOR</b></p> <p><b>Apellido paterno</b></p> <p><b>Apellido materno</b></p> <p><b>Nombre</b></p> <p><b>Especialidad</b></p>	<p>GARCÍA MARTÍNEZ ACHO FEDERICO MÉDICO EPIDEMIÓLOGO</p>
<p><b>3. DATOS DE LA TESIS</b></p> <p><b>Título</b></p> <p><b>No. de páginas</b></p> <p><b>Año</b></p>	<p>“RELACIÓN DEL SOPORTE FAMILIAR CON LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 41”</p> <p>63</p> <p>2022</p>

## ÍNDICE

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
<b>1. Resumen</b>	01
1.1 Summary	02
<b>2. Marco teórico</b>	03
<b>3. Planteamiento del problema</b>	10
<b>4. Justificación</b>	11
<b>5. Objetivos</b>	12
5.1 General	12
5.2 Específicos	12
<b>6. Hipótesis</b>	13
6.1 Hipótesis trabajo	13
6.2 Hipótesis nula	13
<b>7. Material y métodos</b>	14
7.1 Lugar del estudio	14
7.2 Diseño y tipo de estudio	14
7.3 Tiempo y recolección de datos	14
7.4 Población de estudio	15
7.5 Criterios de selección	15
7.5.1 Inclusión	15
7.5.2 Exclusión	15
7.5.3 Eliminación	15
7.6 Tamaño de muestra	16
7.7 Técnica de muestreo	16
7.8 Operalización de variables	17
7.9 Análisis estadístico	21
<b>8. Descripción general del estudio</b>	22
<b>9. Aspectos éticos</b>	23

<b>10. Recursos, financiamiento y factibilidad</b>	25
10.1 Recursos humanos	25
10.2 Material y financiamiento	25
10.3 Factibilidad	25
<b>11. Resultados</b>	26
<b>12. Discusión</b>	47
<b>13. Conclusiones</b>	49
<b>14. Referencias</b>	50
<b>15. Anexos</b>	56
15.1. Consentimiento informado	56
15.2 Recolección datos sociodemográficos	57
15.3 Cuestionario IPSF	58
15.4 Cuestionario MMAS-8	60
15.5 Cuestionario EAS	61
16. Hoja de resultados paciente	63

## RESUMEN

**Título:** Relación del soporte familiar con la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica en la unidad de medicina familiar No. 41.

**Introducción:** La Adherencia Terapéutica (AT) en el paciente con hipertensión arterial sistémica (HAS) se ha relacionado con múltiples factores, entre ellos los relacionados a la familia. El Soporte Familiar (SF) al presentar acciones que demuestran atención, diálogo y autonomía entre los integrantes, puede favorecer la AT.

**Objetivo:** Identificar la relación entre el soporte familiar con la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial sistémica en la unidad de medicina familiar No. 41.

**Métodos:** Se realizó un estudio transversal analítico; en sujetos con HAS, durante el año 2021. Se estudiaron variables sociodemográficas, clínicas y familiares; utilizando los test de Morisky e Inventario de Percepción de Soporte Familiar. La recolección de datos fue no probabilística, mediante entrevista directa. El análisis fue descriptivo y analítico, determinando la relación mediante pruebas no paramétricas y razón de momios para prevalencias, con significancia del 95%.

**Resultados:** Se estudiaron 500 sujetos. 60.4% fueron mujeres. La falta de AT fue del 90.2%, en donde el 73% olvida tomar su medicamento. La percepción de SF fue bajo (84.1%). No se encontró asociaciones significativas entre AT con el SF, y con el resto de variables estudiadas.

**Conclusiones:** Diversas investigaciones reportan AT cercana al 50% en los pacientes con HAS, contrario a lo que encontramos en esta investigación, un 9.8%, donde la mayoría de los pacientes (73%) generalmente olvidan tomar su medicamento. No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre el SF con las variables estudiadas; esto puede deberse a que la HAS es una enfermedad generalmente silente, el paciente al no percibir molestias puede subestimarla y no dar importancia a los cuidados que requiere, con ello el SF puede estar influenciado por la percepción de la enfermedad por parte del paciente y como este lo transmita a su red de apoyo.

**Palabras clave:** Soporte familiar, adherencia terapéutica, Hipertensión arterial sistémica.

## Summary

**Title:** Relation of family support with therapeutic adherence of patients with systemic arterial hypertension in family medicine unit No. 41.

**Introduction:** Therapeutic Adherence (TA) in patients with systemic arterial hypertension (SAH) has been linked to multiple factors, including family factors. Family Support (SF) by presenting actions that show attention, dialogue and autonomy among members, may favor TA.

**Objective:** To identify the relationship between family support and therapeutic adherence in patients with systemic arterial hypertension in family medicine unit No. 41.

**Methods:** A cross-sectional analytical study was conducted in subjects with SAH during the year 2021. Sociodemographic, clinical and family variables were studied using the Morisky test and the Family Support Perception Inventory. Data collection was non-probabilistic, through a direct interview. The analysis was descriptive and analytical, determining the relationship by means of non-parametric tests and mummy ratio for prevalence, with 95% significance.

**Results:** 500 subjects were studied. 60.4% were women. The lack of AT was 90.2%, with 73% forgetting to take their medicine. Perception of SF was low (84.1%). No significant associations were found between AT and SF, and with the rest of the variables studied.

**Conclusions:** Several studies report AT close to 50% in patients with SAH, contrary to what we found in this study, 9.8%, where most patients (73%) usually forget to take their medication. No statistically significant associations were found between the SF and the studied variables; this may be due to the fact that SAH is a generally silent disease, the patient may not perceive discomfort and may underestimate it and not give importance to the care required. Thus, the SF may be influenced by the patient's perception of the disease and how it is transmitted to their support network.

**Keywords:** Family support, therapeutic adherence, Systemic arterial hypertension.

## MARCO TEÓRICO

La hipertensión arterial sistémica (HAS) se define por una presión sanguínea (PA) persistentemente alta en las arterias sistémicas.<sup>1</sup> Para el octavo reporte del Comité Nacional Conjunto para la Prevención, la Detección, la Evaluación y el Tratamiento de la Hipertensión Arterial (JNC-8, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos, la HAS se considera como «la condición más frecuente que se observa en la atención primaria que conduce a infarto de miocardio, enfermedad cerebrovascular, enfermedad renal crónica (ERC) y muerte si no se detecta de forma temprana y no se trata adecuadamente».<sup>2</sup>

En México, de acuerdo con el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud y la Norma Oficial Mexicana (NOM) vigente, la HAS es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial sistólica, diastólica o ambas, en ausencia de enfermedad cardiovascular renal o diabetes  $\geq 140/90$  mmHg, en caso de presentarlas será  $>130/80$  mmHg y en caso de tener proteinuria mayor de 1.0 gr e insuficiencia renal  $>125/75$  mmHg.<sup>3</sup> De acuerdo con la NOM 030-SSA2-2017, la PA se clasifican de la siguiente manera: Presión arterial óptima ( $<120 / <80$ ), subóptima (120-129 / 80-84), limítrofe (130-139 / 85-89), hipertensión grado 1 (140-159 / 90-99), grado 2 (160-179 / 100-109) y grado 3 ( $\geq 180 / \geq 110$ ).<sup>4</sup>

La mayoría de las personas que desarrollan HAS presentan una etiología multifactorial ambiental y genética.<sup>5</sup> Se especula que elementos como: el sexo, la edad, el origen étnico, la obesidad, la intolerancia a la glucosa, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la ingesta desmedida de sodio, el consumo disminuido de potasio, calcio y magnesio, así como la falta de ejercicio, son factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de la hipertensión arterial sistémica.<sup>6</sup>

Por lo general, la farmacoterapia antihipertensiva comienza con medicamentos antihipertensivos de primera línea, ya sea en monoterapia o en combinación.<sup>7</sup> Más de la mitad de las personas con HAS requerirán de 2 o más medicamentos antihipertensivos para alcanzar la meta de la PA<sup>8</sup>. La elección de los medicamentos debe basarse en la eficacia individual y la tolerancia que presente el paciente a estos.<sup>9</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica a la falta de adherencia farmacológica como la causa más importante de la PA no controlada y estima que entre el 50 y el 70 % de las personas no toman sus medicamentos antihipertensivos según lo prescrito.<sup>10</sup>

La adherencia terapéutica se define como «la medida en que el comportamiento de una persona para tomar medicamentos, seguir una dieta o realizar cambios en su estilo de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas o prescritas por un profesional en atención médica».<sup>11</sup> La no adherencia terapéutica se traduce en resultados negativos como: el aumento de la morbilidad y la mortalidad de los pacientes; así como el aumento del costo adicional para los sistemas de salud.<sup>12</sup> Mientras que una buena adherencia se asocia con resultados de salud positivos para los pacientes.<sup>13</sup>

Diversos estudios,<sup>2,14,15,16,17</sup> demuestran que el cumplimiento de las modificaciones en el estilo de vida como: el ejercicio regular durante, al menos 30 minutos tres veces por semana, el seguimiento de dietas baja en sal y grasas, dejar de fumar y reducir el consumo diario de alcohol; son esenciales para lograr una disminución de la PA; sin embargo, en muchos países la no adherencia a los medicamentos antihipertensivos y las recomendaciones de estilo de vida siguen siendo un grave problema.<sup>18</sup>

El cumplimiento de la terapia antihipertensiva es un proceso multifactorial; está influenciado por factores como: la edad,<sup>19</sup> la ocupación, el nivel de escolaridad,<sup>20</sup> factores ambientales, el tipo de tratamiento (incluido el régimen de dosificación), los medicamentos concomitantes, la presencia de comorbilidades, el costo del tratamiento, la relación médico-paciente, etc.<sup>21</sup>

La medición de la adherencia terapéutica se establece por medio de métodos directos e indirectos; los métodos directos se refieren a la observación manifiesta de la terapia o la medición del fármaco (o metabolito) o de las concentraciones de marcadores biológicos en sangre u orina, que comprueban que el paciente ha tomado el medicamento. Por otro lado, los métodos indirectos incluyen: cuestionarios de pacientes, autoinformes del paciente, recuento de píldoras, tasas de reabastecimiento de recetas, evaluación de la respuesta clínica del paciente, monitores electrónicos de medicación, medición de marcadores fisiológicos o diarios del paciente.<sup>22</sup> Debido a la facilidad en su operatividad, su menor costo y una amplia reproducibilidad, los métodos indirectos son, por mucho, los métodos más utilizados en la investigación clínica alrededor del mundo.<sup>23</sup>

Los autoinformes han demostrado una fuerte correlación con los métodos directos en diferentes poblaciones; permiten diferenciar entre pacientes adherentes y no adherentes.<sup>24</sup> Además tienen varias ventajas: son breves, de bajo costo, son aplicables en diversos entornos, pueden proporcionar una respuesta inmediata en el punto de atención sanitaria y brindan información sobre los problemas que contribuyen a la no adherencia.<sup>25</sup>

La Escala Morisky de Adherencia a los Medicamentos de 8 ítems (MMAS-8) es una de las escalas más utilizadas para medir la adherencia autoinformada en pacientes con HAS alrededor del mundo, principalmente por la simplicidad de su administración y puntuación.<sup>26</sup> Asimismo, la escala proporciona información sobre conductas relacionadas con el uso de medicamentos que pueden ser involuntarias (*p.ej.*, falta de memoria) o intencionales (*p.ej.*, no tomar los medicamentos debido a sus efectos

secundarios);<sup>27</sup> mide comportamientos de adherencia específicos asociados a la ingesta o administración de medicamentos, con siete preguntas cuyas alternativas de respuestas son dicotómicas (SÍ/NO), y una pregunta en escala de tipo Likert con cinco opciones de respuesta. Las respuestas dicotómicas se puntúan 1 en el caso de que la afirmación sea negativa y la respuesta tipo Likert se le asignan puntajes que van de 0 a 1, con intervalos de 0.25, dando un puntaje mínimo de 0 y un máximo de 8. En la pregunta 5 el puntaje es inverso. Su versión en español muestra una buena consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach 0.65).<sup>28</sup> Asimismo, en pacientes con HAS, la consistencia interna de la escala es aceptable ( $\alpha$  de Cronbach 0.65), los puntajes más altos tienen cifras tensionales más bajas ( $p < 0.001$ ) y una mejor adherencia a la dieta recomendada por el médico ( $p < 0.001$ ) y al ejercicio físico ( $p = 0.02$ ).<sup>29</sup> La escala MMAS-8 está actualmente disponible en 33 idiomas, incluido el español, y se utiliza ampliamente en diversos tipos de estudios.<sup>30</sup>

Para que el control de una enfermedad sea eficaz, es necesario individualizar al paciente, involucrar a la familia, respetar sus creencias, ideas, pensamientos y sentimientos sobre la enfermedad.<sup>31</sup>

La OMS considera como «familia» a los integrantes del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado de sangre, adopción y matrimonio. En medicina familiar, la familia se refiere al «grupo social primario formado por individuos con lazos sanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven en forma, más o menos, permanente y que comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar la salud individual y familiar de sus miembros».<sup>32</sup>

Según Baptista el soporte familiar se manifiesta por medio de acciones que demuestran atención, cariño, diálogo, libertad, afectividad y autonomía entre los integrantes de la familia; para Parker el soporte familiar es un constructo estudiado y que mantiene relación con el apoyo social; siendo el soporte familiar un alcance reducido de apoyo social y está dado por acciones de cariño, protección y autonomía expresado por miembros de la familia y percibido por sus miembros.<sup>33</sup>

El soporte familiar implica la red de apoyo informal, emocional o instrumental que los miembros de la familia proporcionan al individuo objetivo o analizado, lo que representa la percepción o adopción de una variedad de comportamientos adaptativos útiles para adquirir estrategias de afrontamiento, actitudes y autoconfianza.<sup>34</sup>

En las personas que viven con enfermedades crónicas, las relaciones familiares juegan un papel central en su bienestar a lo largo de su vida, y la presencia de un soporte familiar implica la percepción de tranquilidad, fuerza y coraje, lo que genera seguridad y amparo en la convivencia con la enfermedad.<sup>35</sup>

La mayoría de los pacientes con enfermedades crónicas requieren el apoyo psicológico, económico, social o funcional de diversas fuentes para cubrir sus necesidades diarias. Asimismo, cuando permanecen en sus domicilios, los miembros de la familia les brindan asistencia y soporte mediante la planificación estratégica, el establecimiento de objetivos y la resolución de problemas, lo que permite mejorar su autoestima y realizar prácticas de autogestión.<sup>36</sup>

Para evaluar el soporte familiar, el inventario de percepción de soporte familiar (IPSF) es una herramienta autoadministrada que evalúa la percepción que tiene el individuo sobre el soporte que recibe de su propia familia.<sup>37</sup>

El IPSF posee 42 *ítems* y debe ser respondido por medio de una escala Likert de tres puntos (0 a 2). El IPSF es formado por tres dimensiones, afectivo-consistente, adaptación y autonomía familiares. La dimensión afectivo-consistente se refiere a expresiones de afectividad, tales como respeto, apoyo y empatía, entre los miembros de la familia, y se encuentra evaluada por 21 enunciados (2 — 5, 9, 11, 15, 17, 22 —26, 28 — 31, 35, 37, 41 y 42). La segunda dimensión, adaptación familiar, se refiere a la ausencia de comportamientos y sentimientos negativos en relación con la familia como, por ejemplo, agresividad, rabia y competitividad entre los familiares. se encuentra conformado por 13 *ítems* (1, 6,7,8, 13, 16, 20, 21, 27, 32, 33, 36 y 39) que se puntúan de forma inversa (de 2 a 0). Por último, la dimensión autonomía familiar,

que está asociada a la confianza, libertad y privacidad entre sus miembros se integra por 8 enunciados (10, 12, 14, 18, 19, 34, 38 y 40). En el análisis factorial del instrumento, todas las dimensiones presentan *eigenvalues* superiores a 2.5, y juntas explicaron el 41.4% de la varianza total, con cargas factoriales superiores a 0.30 en todos los ítems ( $\alpha$  de Cronbach 0.91). Con relación a las puntuaciones del IPSF, el resultado puede ser clasificado en cuatro categorías: «bajo», «medio bajo», «medio alto» y «alto».<sup>33</sup>

El soporte familiar representa una fracción del apoyo social, el cual se ha definido como la existencia de la disponibilidad de personas en las que se puede confiar, personas que le dejan saber a un individuo que es valorado, amado y que se preocupan por él.<sup>38</sup> El apoyo social se relaciona con las características del apoyo familiar,<sup>39</sup> la solidez, la articulación y las luchas familiares,<sup>40</sup> que permiten la adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas.<sup>41</sup>

La escala de apoyo social para adultos (EAS), un instrumento adaptado de las escalas: *Inventory of Socially Supportive Behaviors* y *The Multidimensional Scale of Perceived Social Support*, identifica estos niveles: apoyo social (la percepción de los individuos sobre el grado en que pueden contar con personas allegadas afectivamente en su entorno), apoyo familiar (la capacidad de contención recibida de su familia, tanto de su familia de origen como de su familia extendida) y el apoyo de amigos, no solamente en lo relativo a la percepción de ayuda, sino también a la recepción del afecto.<sup>42</sup>

La EAS está conformada por 21 *ítems* divididos en tres factores: apoyo social (percepción de recibir apoyo de las personas), el cual está conformado por 12 reactivos (10 — 21); apoyo familiar (percepción de recibir apoyo de la familia), integrado por 6 reactivos (2 — 5, 7 y 8) y apoyo de amigos (percepción recibir apoyo de los amigos), conformado por 3 reactivos (1, 6 y 9); los cuales se responden de acuerdo con una escala tipo Likert de cuatro puntos (1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = de acuerdo y 4 = totalmente de acuerdo). Los factores, en conjunto, explicaron el 66.24 % de la varianza total, con una confiabilidad global ( $\alpha$  de Cronbach 0.944).<sup>42</sup>

De acuerdo a sus autores este instrumento cuenta con índices adecuados de validez y confiabilidad, por lo que permite su utilización en población mexicana.<sup>42</sup>

De acuerdo con Fina-Lubaki *et al.*, a través de un estudio cualitativo basado en la técnica de entrevista de grupo focal, identificaron la falta de soporte por parte de los miembros de la familia y la comunidad como uno de los principales motivos de la no adherencia terapéutica.<sup>43</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La falta de adherencia terapéutica es un problema que prevalece en la práctica clínica diaria y que se observa con mayor frecuencia en aquellas personas que cuentan con el diagnóstico de alguna enfermedad crónica; la no adherencia terapéutica aumenta la morbilidad y mortalidad de estos pacientes.

La adherencia terapéutica está representada por el grado en que el paciente siga las indicaciones otorgadas por el personal de salud; siendo farmacológicas como no farmacológicas. El no cumplimiento de la adherencia terapéutica se ve influenciada por múltiples factores los más representativos son: sociales, demográficos, económicos y familiares.

El soporte familiar al ser una red de apoyo informal en la que los miembros de la familia brindan a los pacientes; se encarga de otorgar asistencia y planificación de estrategias para el cumplimiento de los objetivos médicos que requiere el paciente; por lo que el soporte familiar en las enfermedades crónicas puede representar un punto a favor de la adherencia terapéutica. Por lo anterior, se propone la siguiente pregunta de investigación:

**¿Existe relación entre el soporte familiar con la adherencia terapéutica del paciente adulto con hipertensión arterial sistémica atendido en la UMF número 41?**

## JUSTIFICACIÓN

La adherencia terapéutica es «la medida en que el comportamiento de una persona para tomar medicamentos, seguir una dieta o realizar cambios en su estilo de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas o prescritas por un profesionalista en atención médica». <sup>11</sup> Los pacientes con enfermedades crónicas presentan mayores problemas para poder llevar a cabo una adecuada adherencia. <sup>35</sup> En el caso de la hipertensión arterial sistémica la no adherencia es causa de morbilidad, mortalidad y el incremento de los costos para su atención y control. Por lo que el logro de la adherencia terapéutica de los pacientes que cuentan con esta enfermedad representa un reto para el sistema de salud del país. <sup>2</sup>

La no adherencia terapéutica se ve afectada por múltiples factores; en este sentido la familia es un factor protector pues juega un papel central en el bienestar de las personas que viven con enfermedades crónicas, la presencia del soporte familiar proporciona al paciente tranquilidad, fuerza y coraje, generando seguridad en la convivencia con la enfermedad. <sup>35</sup> El soporte familiar permite adoptar al paciente comportamientos adaptativos para adquirir estrategias de afrontamiento y actitudes frente a la enfermedad. <sup>34</sup>

Sin embargo, no hay evidencia de que los pacientes que presentan un adecuado soporte familiar presenten una mayor adherencia terapéutica respecto a aquellos que no lo tienen; por lo anterior es preciso identificar la relación que existe entre el soporte familiar con la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial sistémica, debido a que esto permitirá al personal clínico poder realizar una intervención temprana, así como planificar estrategias que mejoren el soporte familiar y con ello la adherencia terapéutica; ocasionando con esto la reducción de afectaciones futuras al paciente y al sistema de salud.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Identificar la relación entre el soporte familiar con la adherencia terapéutica del paciente adulto con hipertensión arterial sistémica atendido en la Unidad de Medicina Familiar número 41, de la Delegación Norte de la Ciudad de México del Instituto Mexicano del Seguro Social.

### **Objetivos específicos**

1. Describir en los sujetos de estudio su estado sociodemográfico, clínico.
2. Determinar el apoyo social, soporte familiar y grado de adherencia de la población de estudio.
3. Identificar las diferencias por grupo de grado de adherencia entre apoyo social, soporte familiar y variables sociodemográficas.

## **HIPÓTESIS**

### **Hipótesis de trabajo**

Existe una relación directa y estadísticamente significativa entre el soporte familiar con la adherencia terapéutica del paciente adulto con hipertensión arterial sistémica atendido en la Unidad de Medicina Familiar número 41, de la Delegación Norte de la Ciudad de México del Instituto Mexicano del Seguro Social.

### **Hipótesis nula**

No existe relación entre el soporte familiar con la adherencia terapéutica del paciente adulto con hipertensión arterial sistémica atendido en la Unidad de Medicina Familiar número 41, de la Delegación Norte de la Ciudad de México del Instituto Mexicano del Seguro Social.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **Lugar donde se realizó el estudio**

El presente estudio se llevó a cabo en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar número 41, en ambos turnos, la cual pertenece a Delegación Norte de la Ciudad de México del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), está ubicada en calle Riobamba, esquina con avenida Eje 4 Norte (Fortuna), sin número, colonia Magdalena de las Salinas, Alcaldía Gustavo A. Madero, Ciudad de México, México. Código postal: 07370.; posterior a su aprobación por parte de los Comités Locales de Ética en Investigación y de Investigación en Salud correspondientes.

### **Diseño y tipo de estudio**

Se realizó un estudio transversal analítico por lo siguiente:

- Asignación de variables: la variable dependiente (soporte familiar) no fue manipulada por los investigadores, por lo cual la investigación fue **observacional**.
- Finalidad del estudio: para establecer la relación de la adherencia terapéutica con el soporte familiar en los sujetos con HAS, se establecieron grupos de comparación: con y sin adherencia, por lo que el estudio fue **analítico**.
- Temporalidad: debido a que las variables no se midieron a través del tiempo y la medición del estudio fue en un solo momento, la investigación fue **transversal**.
- Secuencia temporal: no se cuenta ya que el estudio fue trasversal.

### **Tiempo y recolección de datos**

La ejecución del estudio se realizó durante los meses de: septiembre de 2021 a febrero de 2022. Los datos se recolectaron a través de entrevista directa y de forma prolectiva.

## **Población de estudio**

Estuvo constituida por derechohabientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica adscritos a la UMF no. 41.

## **Criterios de selección**

### **Criterios de inclusión**

1. Mayores de edad
2. Ambos sexos.
3. Con diagnóstico de HAS y que se encontraran con tratamiento farmacológico durante por lo menos, los últimos 12 meses previos al estudio.
4. Aceptación de participación en el estudio previa firma del consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión**

1. Pacientes embarazadas, en puerperio o lactancia.
2. Individuos con impedimentos físicos, mentales o lingüísticos para responder los cuestionarios

### **Criterios de eliminación**

1. Participantes que, sin importar los motivos que expresaran, decidieron retirarse del estudio.
2. Pacientes con cuestionarios incompletos o ilegibles.
3. Pacientes en los cuales la información clínica o de identificación fue imprecisa, inconsistente o incompleta.

## Tamaño de la muestra

El tamaño mínimo de muestra fue realizado mediante el programa EPIDAT versión 4 para Windows, la UMF no. 41 cuenta con una población adscrita de 175,962 derechohabientes, por lo que se consideró el cálculo para el tamaño de muestra para proporción, considerando la proporción esperada de 0.5, una precisión del 5% y una significancia estadística del 95%, a lo que dio un resultado de 348 sujetos; la técnica de muestreo fue no probabilístico.

### [3] Tamaños de muestra. Proporción:

#### Datos:

Tamaño de la población:	175.962
Proporción esperada:	50,000%
Nivel de confianza:	95,0%
Efecto de diseño:	1,0

#### Resultados:

Precisión (%)	Tamaño de la muestra
5,000	384

## Técnica de Muestreo

Los sujetos de investigación fueron obtenidos mediante muestreo no probabilístico (a conveniencia) los cuales fueron obtenidos de la sala de espera de los diferentes servicios con los que cuenta la unidad.

## Operacionalización de las variables

Variable	Definición		Tipo	Indicadores
	Conceptual	Operacional		
<b>Variable Dependiente</b>				
Adherencia al tratamiento farmacológico	Medida en que el comportamiento de una persona para tomar medicamentos, seguir una dieta o realizar cambios en su estilo de vida, correspondieron con las recomendaciones acordadas o prescritas por un profesionalista en atención médica. <sup>11</sup>	El resultado de la aplicación de la escala MMAS-8.	Cualitativa, nominal dicotómica	0 – 8 puntos. No adherentes: < 8 puntos. Adherentes: 8 puntos.

## Operacionalización de las variables

Variable	Definición		Tipo	Indicadores
	Conceptual	Operacional		
<b>Variable Independiente</b>				
Soporte familiar	Red de apoyo informal, emocional o instrumental que los miembros de la familia proporcionan al individuo, lo que representa la percepción o adopción de una variedad de comportamientos adaptativos útiles para adquirir estrategias de afrontamiento, actitudes y autoconfianza. <sup>34</sup>	El puntaje obtenido en el instrumento y las dimensiones del IPSF.	Cualitativa, ordinal	0-84 puntos Bajo: 0-53 puntos Medio bajo: 54-63 puntos Medio alto: 64-70 puntos Alto: 71-84 puntos

## Operacionalización de las variables

Variables intervinientes				
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Fue recabado por medio de la aplicación de cuestionario y se categorizó en la opción seleccionada.	Cualitativa nominal dicotómica	1.- Femenino 2.- Masculino
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Se obtuvo por medio de la aplicación de cuestionario y se categorizo en años cumplidos.	Cuantitativa discreta, de razón	18 – 100 años
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Fue recabada por medio de la aplicación de cuestionario y se categorizó en la opción seleccionada.	Cualitativa nominal politómica	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Viudo 6. Otro
Nivel de escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Fue recabada por medio de la aplicación de cuestionario y se categorizó en la opción seleccionada.	Cualitativa ordinal	1. Ninguna 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Carrera técnica 6. Licenciatura 7. Posgrado
Ocupación	Condición que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo, con quien crea lazos que son reconocidos jurídicamente.	Fue recabada por medio de la aplicación de cuestionario y se categorizó en la opción seleccionada.	Cualitativa nominal politómica	1. Empleado 2. Comerciante 3. Profesionista 4. Hogar 5. Desempleado 6. Pensionado 7. Obrero 8. Otro

## Operacionalización de las variables

### Variables intervinientes

Evolución de la enfermedad	Tiempo transcurrido desde el momento del diagnóstico al momento de la evaluación clínica actual.	Lapso entre el diagnóstico de HAS hasta la aplicación del cuestionario, expresado en años.	Cuantitativa discreta, de razón	1 – 60 años
Tratamiento	Medidas terapéuticas, aplicadas por un facultativo de la salud, cuya finalidad es restaurar el estado de salud o mejorar la calidad de vida relacionada con la salud.	Uso de medidas farmacológicas y no farmacológicas empleadas por el derechohabiente.	Cualitativa, nominal politómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medicamento</li> <li>2. Dieta</li> <li>3. Ejercicio</li> <li>4. Ninguno</li> <li>5. Otro</li> </ol>
Apoyo social	Concepto definido como las transacciones interpersonales que implican ayuda en todas sus vertientes: moral, económica, no verbal, verbal, implícita, explícita, emocional, etc.	El puntaje obtenido en el instrumento y las dimensiones de la EAS.	Cuantitativa discreta, de intervalo	<p>Apoyo social: 0-48 puntos</p> <p>Falta de apoyo: 0 – 24 pts</p> <p>Apoyo moderado: 24-36 pts</p> <p>Apoyo alto: 37-48 pts</p> <p>Apoyo amigos: 0 –12 pts</p> <p>Falta de apoyo: 0-6 pts.</p> <p>Apoyo moderado: 7-8 pts</p> <p>Apoyo alto: 9-12 pts</p> <p>Apoyo familiar: 0-24 pts</p> <p>Falta de apoyo: 0-12 pts</p> <p>Apoyo moderado: 13-17 pts</p> <p>Apoyo alto: 18-24 pts.</p>

## **Análisis estadístico**

Los datos fueron vaciados en una base en Excel para su almacenamiento y validación, posteriormente se analizaron en el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 24 para Windows.

El análisis descriptivo de las variables cuantitativas (edad y tiempo de evolución) fue mediante medidas de tendencia central y dispersión, dichas variables no cumplieron los criterios de normalidad mediante la prueba de *Kolmogorov Smirnov* ( $p < 0.05$ ), por lo que se categorizaron y junto con el resto de las variables su análisis fue mediante frecuencia absoluta y relativa.

Para comprobar la hipótesis, identificando la asociación, se utilizó la prueba estadística *chi cuadrada de Pearson* y *razón de verisimilitudes* cuando no se cumplieran los criterios de Cochran; la fuerza de asociación fue determinada mediante el estadístico Razón de Momios para prevalencia. Dichas pruebas se analizaron con un nivel de significancia del 95%.

## DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

1. Después de que el comité de ética aprobó el protocolo de investigación se procedió a solicitar autorización a los directivos de la UMF 41 para poder llevar a cabo su ejecución dentro de sus instalaciones y con sus derechohabientes.

2. Una vez otorgada la autorización por parte de los directivos correspondientes se procedió a identificar en las salas de espera a los candidatos potenciales para nuestro estudio.

3. Se realizó entrevista directa para determinar que los candidatos potenciales cumplieran con los criterios de inclusión de este estudio.

4. Se explicó el propósito de la investigación, los posibles riesgos que pudieron llegar a tener al formar parte de este estudio, así como sus beneficios, se garantizó la confidencialidad de sus datos; se respondieron preguntas y aclararon dudas respecto a la investigación.

5. Se dirigió a los candidatos al área física destinada para la ejecución de este protocolo de investigación.

6. Se solicitó firmar el consentimiento informado correspondiente a este protocolo de investigación. (Anexo1).

7. Se procedió a realizar las mediciones correspondientes de peso y talla; así como la toma de TA.

8. Se otorgó el cuestionario (Anexo 2), pluma y tabla acrílica para mayor comodidad del paciente al momento de responder el instrumento de trabajo.

9. Se realizó la concentración y evaluación de los datos obtenidos de los cuestionarios aplicados.

10. Se otorgaron los resultados obtenidos en la aplicación de los cuestionarios al participante (Anexo 3)

11. De los datos obtenidos se procedió a realizar su análisis.

12. Se divulgaron los resultados que arrojó esta investigación.

## **ASPECTOS ÉTICOS**

Las implicaciones éticas que tuvo este estudio están basadas en la declaración de Helsinki, la cual establece los principios éticos sobre los cuales se debe de regir toda investigación médica en humanos, protegiendo la vida y salvaguardando la integridad de estos.

Se actuó conforme a lo estipulado en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud en México, mostrando especial atención a los siguientes artículos: 13 donde se declara el respeto a la dignidad y la protección de los derechos así como el bienestar de los participantes; de acuerdo con lo manifestado en el artículo 17, en donde se hace mención de las características que debe de presentar un estudio para considerarlo una investigación con riesgo mínimo, siendo aquella que emplea el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto; por lo anterior y cumpliendo nuestro estudio con lo ya antes estipulado, fue considerada esta una investigación con riesgo mínimo.

Se cumplió con lo establecido en el título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, en los artículos 20 a 22, por lo cual se incorporó la carta de consentimiento informado para el presente estudio (ver anexo correspondiente); a los sujetos de estudio se les explico las molestias o riesgos esperados; se otorgaron respuestas a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios u otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto; de igual forma, se informó acerca de la libertad que tenia de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se crearan prejuicios para continuar con su cuidado y tratamiento. Se garantizó la confidencialidad de los datos que se proporcionaron para poder llevara cabo esta investigación.

Finalmente, cumpliendo con lo establecido en el título sexto de la ejecución de la Investigación en las Instituciones de atención a la salud, en su artículo 115, la investigación se desarrolló de conformidad con un protocolo, el cual se elaboró de acuerdo a la norma técnica que para el efecto emite la Secretaría e incluyó los elementos que permiten valorar el estudio que se propuso realizar.

La divulgación científica de la presente investigación se realizó en el siguiente orden: primer autor: Romero Lorenzo Ariana; segundo autor: García Martínez Acho Federico.

## RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

### Recursos humanos

Se contó con un médico residente: Ariana Romero Lorenzo, para la aplicación, interpretación de cuestionarios y realización del reporte final correspondiente a esta investigación, así como con un médico epidemiólogo: Acho Federico García Martínez, quien apoyó con el análisis de datos.

### Recursos materiales y financieros

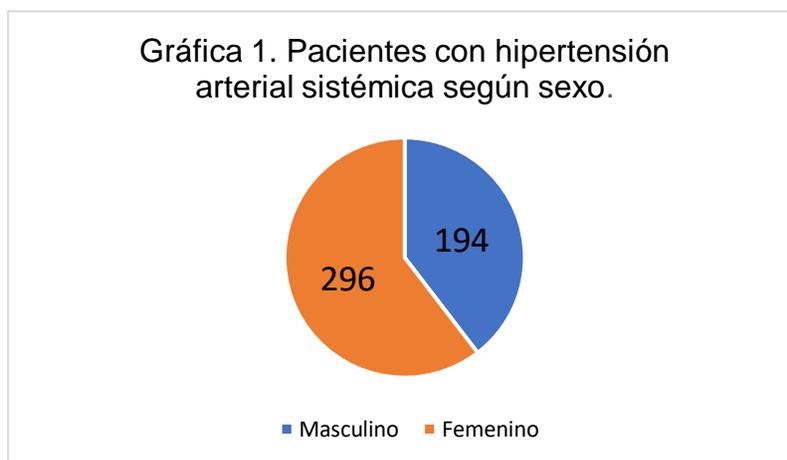
PRESUPUESTO POR TIPO DE GASTO			
Especificación	Costo Unitario	Cantidad	Total
Laptop con procesador Core i5, Hgz de entre 1.7 a 2.4 y entre 4 a 6 GB de RAM	\$12,000	1	\$12,000
Memoria USB	\$200	1	\$200
Impresiones	\$1	4800	\$4800
Engrapadora	\$100	1	\$100
Paquete de grapas de 1000 pzas	\$50	1	\$50
Tabla de acrílico tamaño carta, con Clip	\$50	1	\$50
Bolígrafos negros	\$5	2	\$10
Subtotal de gastos de inversión			0
Subtotal de gasto corriente			\$17,210
Total			\$17,210

### Factibilidad

Este estudio fue considerado como factible ya que los recursos financieros para este proyecto fueron solventados por los investigadores, se contaba con los programas estadísticos y era posible alcanzar la muestra en el tiempo estipulado.

## RESULTADOS

Se recolectó una muestra de 500 sujetos, teniendo una pérdida del 2% (n= 10), por lo que se analizaron 490 individuos, de los cuales 194 (40%) correspondieron al sexo masculino (gráfica 1).



El resumen de las características cuantitativas de los derechohabientes entrevistados se encuentran en la tabla 1

**Tabla 1. Análisis descriptivo de las variables cuantitativas**

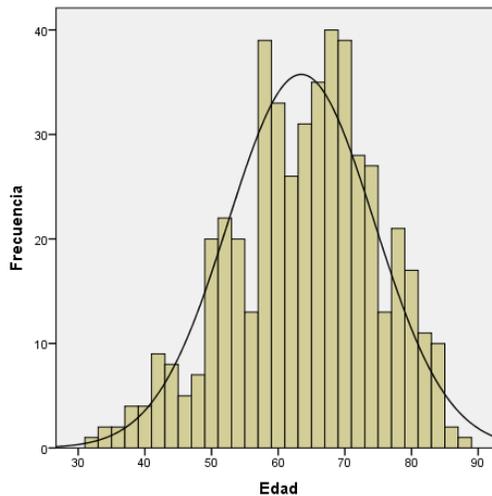
Variables	Media	Mediana	Moda	Rango		DE
				Min	Max	
Edad (años)	63.46	64	70	32	88	10.9
Peso (Kg)	69.12	68	68	50	140	9.84
Talla (m)	1.62	1.62	1.56	1.40	1.81	0.76
IMC	26.22	25.71	25.7	19.49	48.79	3.63
Tiempo evolución de enfermedad (años)	13.16	10	10	1	47	9.01

Min: Mínimo

Max: Máximo

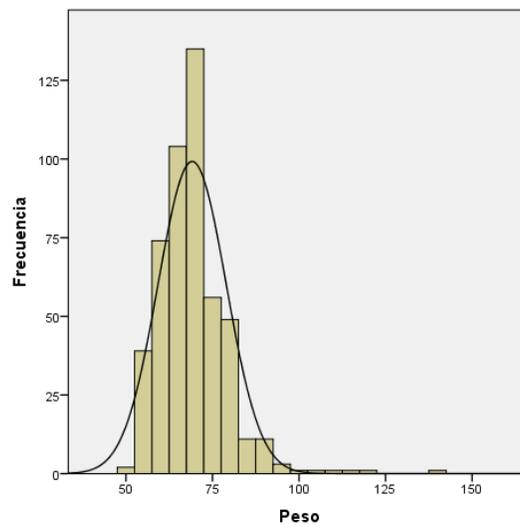
DE: Desviación estándar

Se recolectó una muestra de 500 sujetos, teniendo una pérdida del 2% (n= 10), por lo que se analizaron 490 individuos, de los cuales se estimó una media de edad de 63.46 años. Gráfica 2.



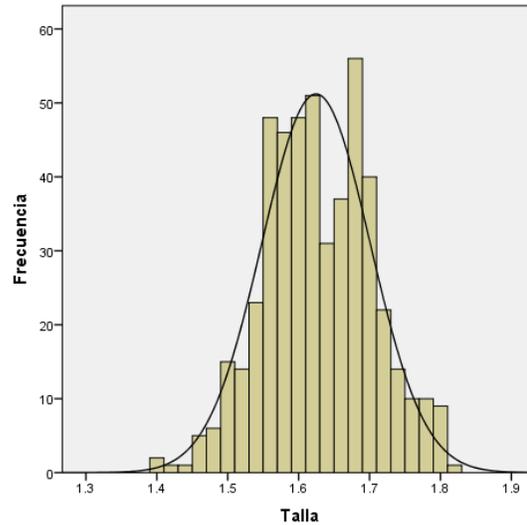
Gráfica 2. Distribución de edad de los pacientes con hipertensión arterial sistémica.

Referente al peso, el total de los pacientes analizados (490) se estimó un peso medio de 69.12 kg, registrando 50 kg como peso mínimo, mientras que el peso máximo fue de 140 kg. Gráfica 3.



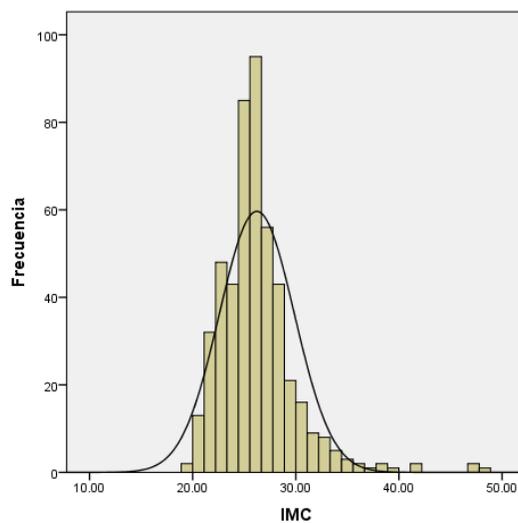
Gráfica 3. Distribución del peso los pacientes con hipertensión arterial sistémica.

De un total de 490 derechohabientes, la talla media fue de 1.62 metros, teniendo como talla mínima registrada de 1.40 metros, mientras que la talla máxima fue de 1.81 metros. Gráfica 4.



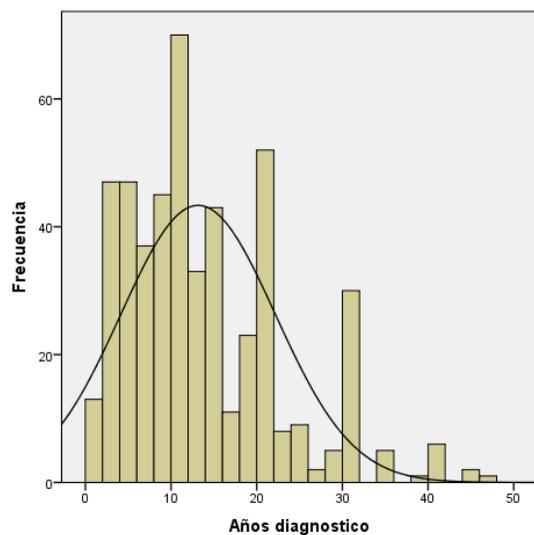
Gráfica 4. Distribución de la talla de los pacientes con hipertensión arterial sistémica.

De los 490 pacientes analizados, se estimó que la media para el IMC fue de 26.22 kg, teniendo como IMC mínimo de 19.49 kg, mientras que el máximo fue de 48.79 kg. Gráfica 5.



Gráfica 5. Distribución de frecuencias de IMC de los pacientes con hipertensión arterial

Referente al tiempo de evolución de la enfermedad, de los 490 derechohabientes analizados, se estimó una media de 13.16 años, mientras que los años de evolución mínimo y máximo fueron de 1 y 47 respectivamente. Gráfica 6.



Gráfica 6. Distribución de frecuencias de los años de evolución de la hipertensión arterial sistémica en los derechohabientes encuestados

El resumen de las características cualitativas de los derechohabientes entrevistados se encuentran en la tabla 2.

**Tabla 2. Análisis descriptivo de las variables cualitativas**

Variable	Categoría	N	%
Sexo	Hombre	194	39.6
	Mujer	296	60.4
Estado nutricional según IMC	Normal	163	33.3
	Sobrepeso	275	56.1
	Obesidad	52	10.6
Tensión Sistólica	Controlada	399	81.4
	No controlada	91	18.6
Tensión Diastólica	Controlada	299	61
	No controlada	191	39
Estado civil	Soltero	28	5.7
	Divorciado	28	5.7
	Viudo	102	20.8
	Casado	300	61.2
	Unión libre	32	6.5
Ocupación	Empleado	183	37.3
	Hogar	116	23.7
	Desempleado	8	1.6
	Pensionado	178	36.5
	Obrero	5	1

Escolaridad	Ninguna	19	3.9
	Primaria	93	19
	Secundaria	116	23.7
	Bachillerato	163	33.3
	Licenciatura	99	20.2
Dieta	Sí	178	36.3
	No	312	63.7
Ejercicio	Sí	57	11.6
	No	433	88.4
Otro *	Sí	23	4.7
	No	467	95.3
*Consumo de medicamentos herbolarios			

De los 490 derechohabientes analizados el 56.1% se encuentra en sobrepeso y el 10.6% con obesidad. Respecto a las tensiones arteriales, el 81.4% tiene una tensión sistólica en metas de control, mientras que la tensión diastólica controlada solo se presenta en un 61%.

En cuanto al estado civil el 61.2% se encuentra casado. El 33.3% cuenta con estudios de bachillerato y el 33.7% se encuentra en actividad laboral.

Respecto a la dieta y el ejercicio solo el 36.3% realiza dieta y el 88.4% no realiza ejercicio.

Un 4.7% de los derechohabientes consume medicamentos herbolarios.

Resumen de las características cualitativas y cuantitativas de los derechohabientes entrevistados. Tabla 3.

**Tabla 3. Análisis descriptivo de las variables cualitativas y cuantitativas**

Variable	Categoría	n	%
Adherencia terapéutica	No adherentes	442	90.2
	Adherentes	48	9.8
Soporte familiar	Bajo	412	84.1
	Medio bajo	71	14.5
	Medio alto	3	0.6
	Alto	4	0.8
Apoyo familiar	Falta apoyo	13	2.65
	Apoyo moderado	45	9.18
	Apoyo alto	432	88.16
Apoyo social	Falta apoyo	7	1.42
	Apoyo moderado	115	23.46
	Apoyo alto	368	75.10
Apoyo amigos	Falta apoyo	27	5.51
	Apoyo moderado	44	8.97
	Apoyo alto	419	85.51

De los 490 derechohabientes analizados un 90.2% no presenta adherencia terapéutica, el 84.1% tiene un soporte familiar bajo.

Referente al apoyo familiar, social y de amigos lo perciben como bajo en 2.65, 1.42 y 5.51% respectivamente.

Resumen de las variables estudiadas y su valor de p consignado. Tabla 4.

**Tabla 4. Tabla cruzada de adherencia terapéutica con el resto de las variables estudiadas**

	No AT (n=442)	AT (n=48)	<i>P</i>
Edad (Media $\pm$ DE Mediana, Rango)	63.74 $\pm$ 10.89 65, 56	60.83 $\pm$ 11.10 61, 50	0.071
Peso	68.79 $\pm$ 8.89 68, 65	72.15 $\pm$ 16.05 69.5, 86	0.374
IMC	26.01 $\pm$ 3.22 25.69, 21.79	28.20 $\pm$ 5.99 26.52, 28.09	<b>0.014</b>
Años diagnóstico de HAS	13.27 $\pm$ 8.99 10.0, 46	12.13 $\pm$ 9.33 10.5, 39	0.310
Sexo			
Mujer (% , n)	39.4 (174)	41.7 (20)	0.757
Hombre	60.6 (268)	58.3 (28)	
Edo. Nutricional según IMC			
Normal	34.2 (151)	25 (12)	<b>0.012</b>
Sobrepeso	56.6 (250)	52.1 (25)	
Obesidad	9.3 (41)	22.9 (11)	
Tensión sistólica			
Controlada	80.8 (357)	87.5 (42)	0.255
No controlada	19.2 (85)	12.5 (6)	

Tensión diastólica			
Controlada	59.7 (264)	72.9 (35)	0.075
No controlada	40.3 (178)	27.1 (13)	
Dieta			
Sí	36.7 (162)	33.3 (16)	0.650
No	63.3 (280)	66.7 (32)	
Ejercicio			
Sí	11.1 (49)	16.7 (8)	0.252
No	88.9 (393)	83.3(40)	
Estado civil			
Soltero	5.2 (23)	10.4 (5)	<b>0.035</b>
Casado	61.8 (273)	56.3 (27)	
Unión libre	5.4 (24)	16.7 (8)	
Divorciado	5.9 (26)	4.2 (2)	
Viudo	21.7 (96)	12.5 (6)	
Escolaridad			
Ninguno	3.6 (16)	6.3 (3)	0.127
Primaria	19.9 (88)	10.4 (5)	
Secundaria	24.4 (108)	16.7 (8)	
Bachillerato	33.0 (146)	35.4 (17)	
Licenciatura	19.0 (84)	31.3 (15)	
Soporte familiar			
Bajo	85.1 (376)	75.0 (36)	0.182
Medio bajo	13.6 (60)	22.9 (11)	
Medio alto	0.5 (2)	2.1 (1)	
Alto	0.9 (4)	0.0 (0)	

Apoyo familiar			
Falta apoyo	2.94 (13)	0.0 (0)	<b>0.040</b>
Apoyo moderado	9.5 (42)	6.25 (3)	
Apoyo alto	87.55 (387)	93.75 (45)	
Apoyo social			
Falta apoyo	1.58 (7)	0.0 (0)	0.113
Apoyo moderado	24.43 (108)	14.58 (7)	
Apoyo alto	73.98 (327)	85.41 (41)	
Apoyo amigos			
Falta apoyo	5.65 (25)	4.16 (2)	0.610
Apoyo moderado	9.04 (40)	8.3 (4)	
Apoyo alto	85.29 (377)	87.5 (42)	

Las variables estudiadas fueron cruzadas con la variable dependiente donde se determinó el valor de p, siendo IMC, estado nutricional, estado civil y apoyo familiar las reportadas con significancia estadística, no así para el resto de las variables estudiadas.

Resumen de las asociaciones entre las variables estudiadas con la adherencia terapéutica. Tabla 5.

**Tabla 5. Asociación de variables estudiadas con adherencia terapéutica**

	No AT (n=442)	AT (n=48)	RMP	IC 95%	<i>P</i>
<b>Soporte familiar</b>					
Bajo	436	47	1.55	0.18-13.12	0.704*
Alto	6	1	1		
<b>Sexo</b>					
Hombre	174	20	0.91	0.49-1.66	0.757
Mujer	268	28	1		
<b>Edad</b>					
≥60 años	293	25	1.81	0.99-3.29	0.0504
<60 años	149	23	1		
<b>Estado civil</b>					
Sin pareja	145	13	1.31	0.68-2.56	0.421
Con pareja	297	35	1		
<b>Ocupación</b>					
Sin trabajo	275	27	1.28	0.70-2.34	0.419
Con trabajo	167	21	1		
<b>Escolaridad</b>					
Secundaria y menos	212	16	1.84	0.98-3.46	0.054
Bachillerato y más	230	32	1		
<b>Evolución de HAS</b>					
≥6 años	350	33	1.72	0.90-3.32	0.096
<6 años	92	15	1		
AT: Adherencia terapéutica			<i>p</i> : Chi cuadra de Pearson		
RMP: Razón de momios de prevalencia			* Razón de verosimilitud		
IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%			HAS: Hipertensión arterial sistémica		

Para el estudio de las asociaciones de variables se realizaron las siguientes subclasificaciones, siendo para soporte familiar la agrupación de resultados en dos categorías: bajo y alto, para la variable edad se establecieron rangos de menor y mayor de 60 años. En cuanto al estado civil la reagrupación fue determinada en

derechohabientes con y sin pareja. Para la variable ocupación se asignó en sin trabajo y con trabajo. La escolaridad se categorizó en aquellos que tuvieran secundaria y menos, con aquellos que tuvieran bachillerato y más, finalmente para variable tiempo de evolución de la HAS se subdividió en aquellos con tiempo menor y mayor a 6 años. Respecto a las asociaciones entre variables y su valor de *P* consignado no se encontró asociaciones significativas entre adherencia terapéutica con el soporte familiar, y con el resto de variables estudiadas.

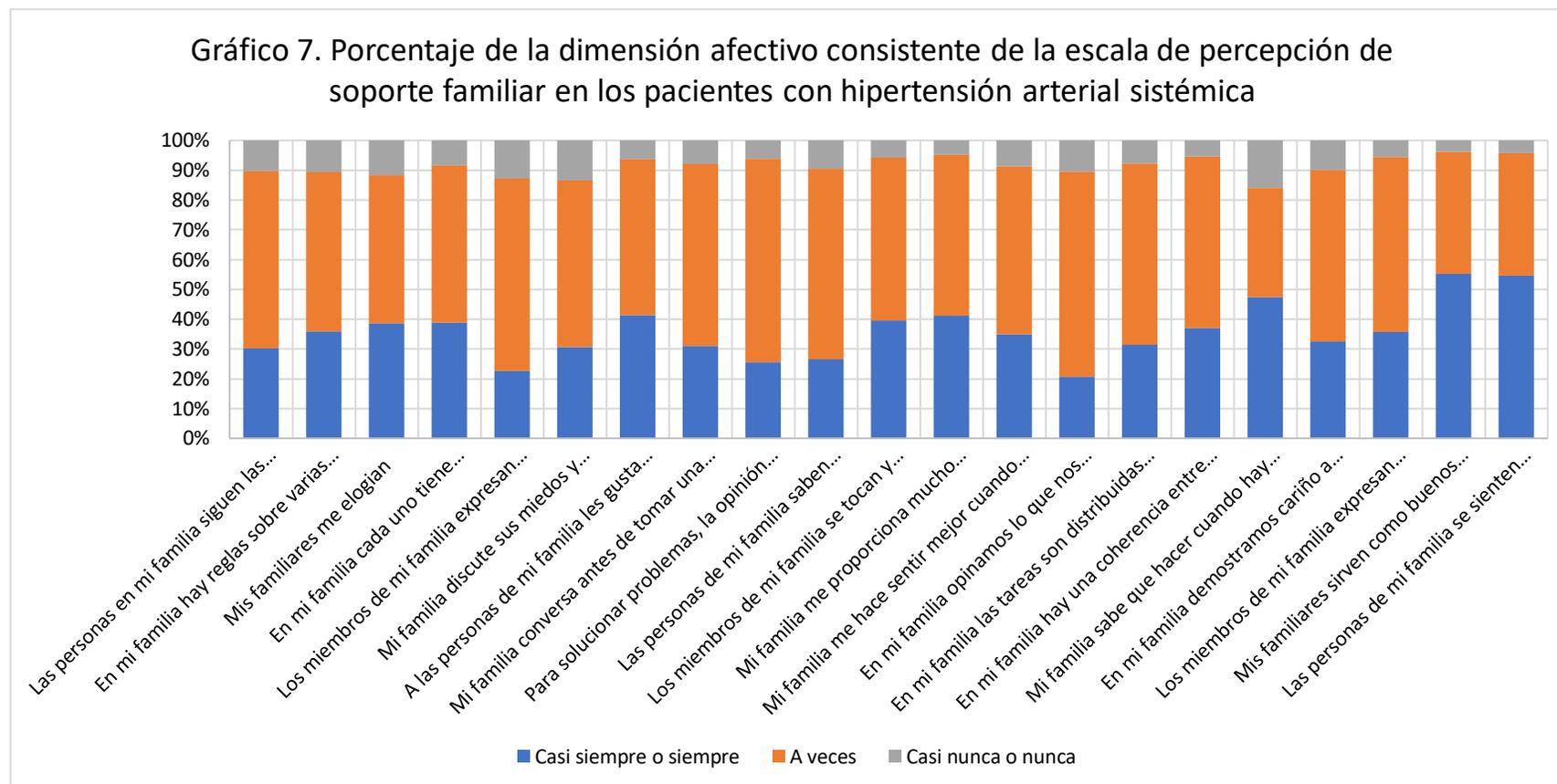
Resumen de las variables cualitativas determinadas por el instrumento IPSF en donde se expone (n, %) de los resultados obtenidos durante su aplicación.

<b>Tabla 6. Variables cualitativas de Instrumento: Inventario de percepción de soporte familiar</b>				
<b>VARIABLE</b>		<b>CASI NUNCA O NUNCA</b>	<b>A VECES</b>	<b>SIEMPRE O CASI SIEMPRE</b>
1	Creo que mi familia tiene más problemas emocionales que las otras familias.	230 (46.9%)	208 (42.4%)	52 (10.6%)
2	Las personas en mi familia siguen las reglas establecidas entre ellos.	50 (10.2%)	292 (59.6%)	148 (30.2%)
3	En mi familia hay reglas sobre varias situaciones.	52 (10.6%)	262 (53.5%)	176 (35.9%)
4	Mis familiares me elogian.	57 (11.6%)	244 (49.8%)	189 (38.6%)
5	En mi familia cada uno tiene obligaciones y responsabilidades específicas.	41 (8.4%)	259 (52.9%)	190 (38.8%)
6	Mis familiares solo muestran interés por los otros cuando pueden obtener ventajas.	357 (72.9%)	82 (16.7%)	51 (10.4%)
7	Yo siento rabia de mi familia.	415 (84.7%)	58 (11.8%)	17 (3.5 %)
8	En mi familia nos peleamos y gritamos unos con los otros.	270 (55.1%)	192 (39.2%)	28 (5.67%)
9	Los miembros de mi familia expresan claramente sus pensamientos y emociones unos con los otros	63 (12.9%)	316 (64.5%)	111 (22.7%)

10	Mi familia permite que yo me vista de la forma que yo quiero	21 (4.3%)	157 (32%)	312 (63.7%)
11	Mi familia discute sus miedos y preocupaciones.	65 (13.3%)	275 (56.1%)	150 (30.6%)
12	Mi familia me hace sentir que debo cuidar de mí mismo cuando estoy solo(a).	46 (9.4%)	147 (30 %)	297 (60.6%)
13	Yo me siento como si fuera un extraño en mi familia.	330 (67.3%)	114 (23.3%)	46 (9.4%)
14	Mis familiares me dejan salir todo lo que quiero.	42 (8.6%)	201 (41%)	247 (50.4%)
15	A las personas de mi familia les gusta pasar el tiempo juntas.	31 (6.3%)	256 (52.2%)	203 (41.4%)
16	Generalmente mis familiares culpan a alguien de la familia cuando las cosas no están yendo bien.	325 (66.3%)	116 (23.7%)	49 (10%)
17	Mi familia conversa antes de tomar una decisión importante.	39 (8%)	299 (61%)	152 (31%)
18	En mi familia hay privacidad.	42(8.6%)	198 (40.4%)	250 (51%)
19	Mi familia permite que yo sea de la forma que quiero ser.	30 (6.1%)	155 (31.6%)	305 (62.2%)
20	En mi familia hay odio	405 (82.7%)	64 (13.1%)	21 (4.3%)
21	Yo siento que mi familia no me entiende.	267 (54.5%)	169 (34.5%)	54 (11%)
22	Para solucionar problemas, la opinión de todos es llevada en cuenta en la familia.	30 (6.1 %)	335 (68.4%)	125 (25.5%)
23	Las personas de mi familia saben cuándo me pasa alguna cosa mala por más que yo no diga nada	46 (9.4%)	314 (64.1%)	130 (26.5%)
24	Los miembros de la familia se abrazan	28 (5.7%)	268 (54.7%)	194 (39.6%)
25	Mi familia me proporciona mucho confort emocional	23 (4.7%)	265 (54.1%)	202 (41.2%)
26	Mi familia me hace sentir mejor cuando estoy malhumorado(a)	43(8.8%)	276 (56.3%)	171 (34.9%)
27	Vivir con mi familia es desagradable	380 (77.6%)	73 (14.9%)	37 (7.6%)
28	En mi familia opinamos lo que nos parece correcto/equivocado buscando el bienestar de cada uno.	51 (10.4%)	338 (69%)	101 (20.6%)

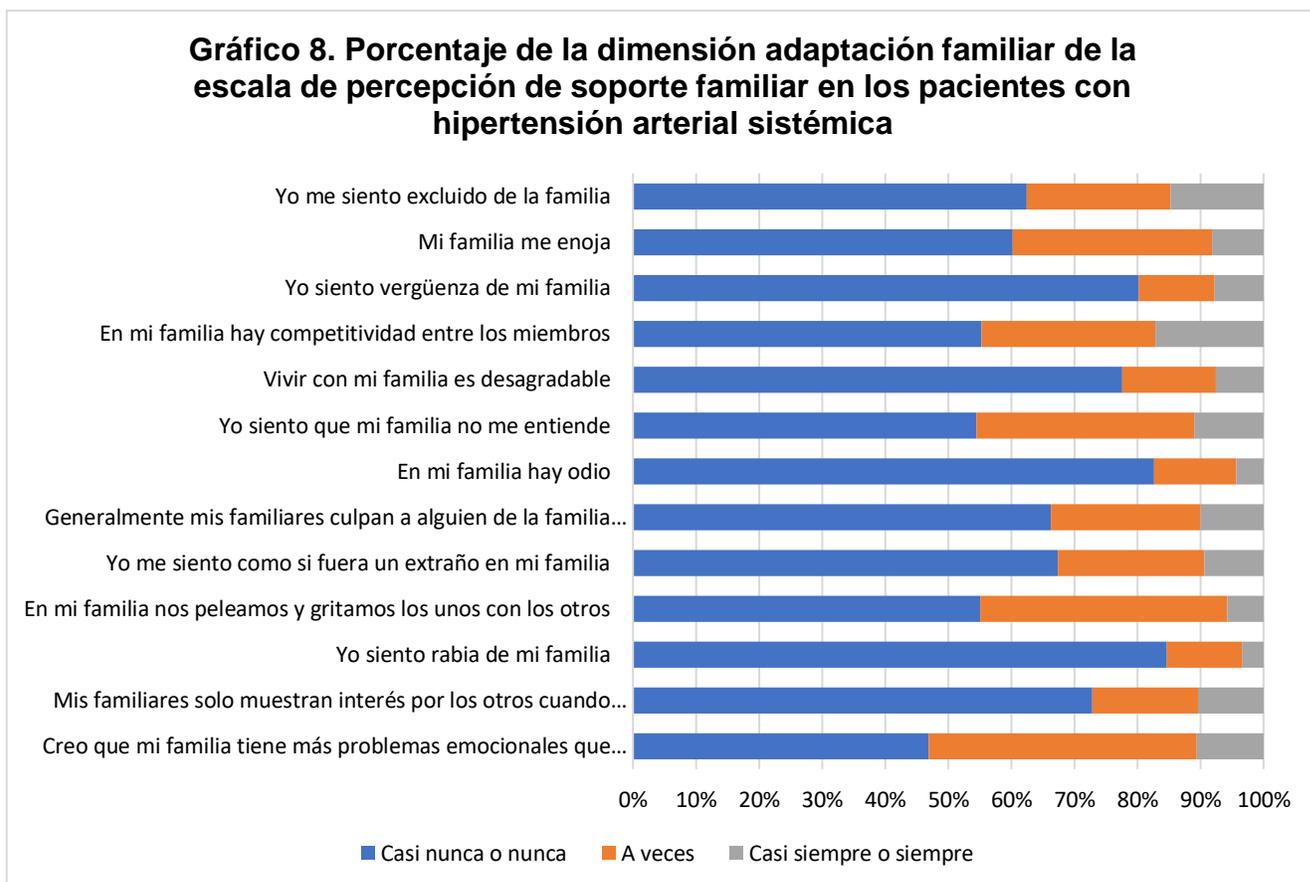
29	En mi familia las tareas son distribuidas adecuadamente	38 (7.8%)	298 (60.8%)	154 (31.4%)
30	En mi familia hay una coherencia entre las palabras y los comportamientos.	26 (5.3%)	282 (57.6%)	182 (37.1%)
31	Mi familia sabe qué hacer cuando hay una emergencia.	78 (15.9%)	180 (36.7%)	232 (47.3%)
32	En mi familia hay competitividad entre los miembros.	271(55.3%)	135 (27.6%)	84 (17.1%)
33	Yo siento vergüenza de mi familia	393 (80.2%)	59 (12%)	38 (7.8%)
34	En mi familia es permitido que yo haga las cosas que me gustan	34 (6.9%)	217(44.3%)	239 (48.8%)
35	En mi familia demostramos cariño a través de las palabras	48 (9.8%)	282 (57.6%)	160 (32.7%)
36	Mi familia me enoja	295 (60.2%)	155 (31.6%)	40 (8.2%)
37	Los miembros de mi familia expresan interés y cariño uno de los otros.	27 (5.5%)	288 (58.8%)	175 (35.7%)
38	Mi familia me da toda la libertad que quiero.	17 (3.5%)	198 (40.4%)	275 (56.1%)
39	Yo me siento excluido de la familia	306 (62.4%)	112 (22.9%)	72 (14.7%)
40	Mis familiares me permiten decidir cosas sobre mi	13 (2.7%)	181 (36.9%)	296 (60.4%)
41	Mis familiares sirven como buenos modelos en mi vida	19(3.9%)	200 (40.8%)	271 (55.3%)
42	Las personas de mi familia se sienten próximas unas de las otras.	21 (4.3%)	201 (41%)	268 (54.7%)

El resumen de las variables que conforman la dimensión afectivo consistente determinadas en el instrumento IPSF se expresan en la gráfica 7.



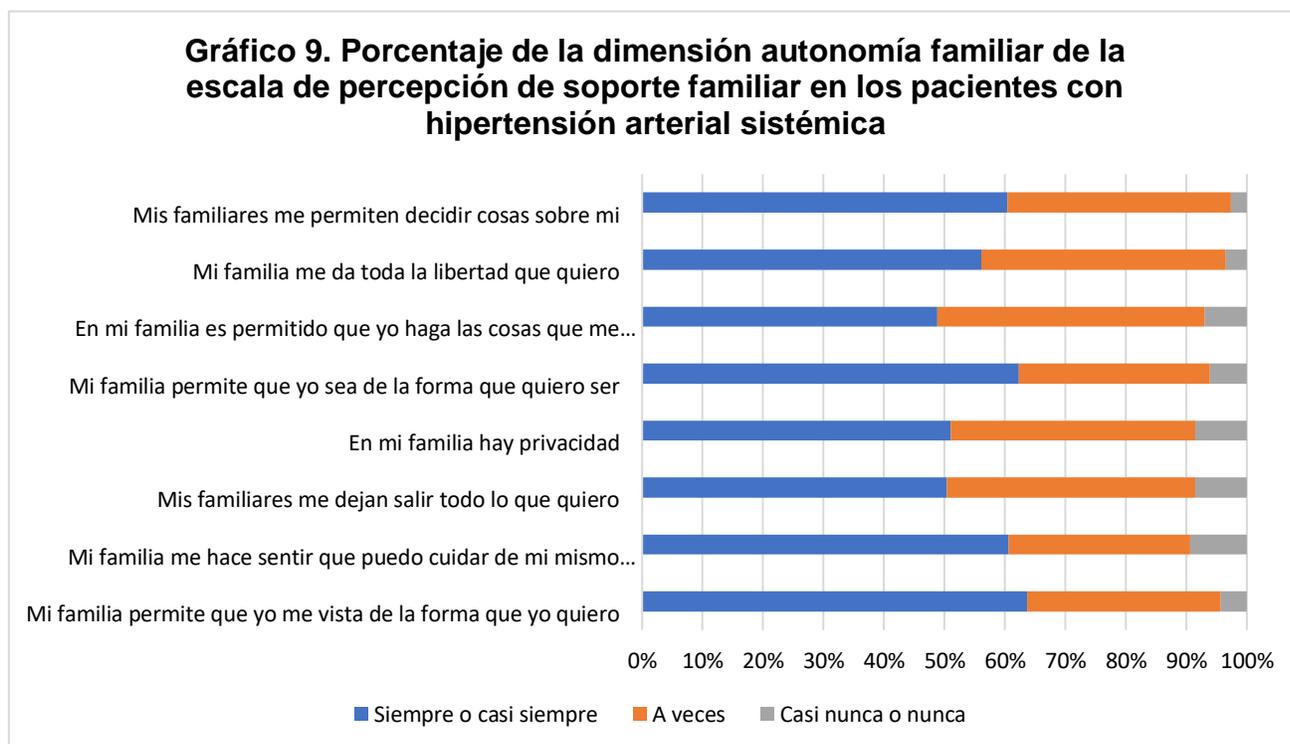
De acuerdo a las variables estudiadas en la dimensión afectivo consistente, se observa que en un 69 % solo a veces los miembros de la familia opinan acerca de los que les parece correcto y/o equivocado a lo relacionado con el bienestar de cada uno de los miembros.

Las variables que conforman la dimensión adaptación familiar en el instrumento IPSF se expresan en la gráfica 8.



De acuerdo a las variables estudiadas en la dimensión adaptación familiar, se observa que en un 84.7 % los derechohabientes casi nunca o nunca tienen sentimientos de rabia hacia los miembros de su familia.

Porcentaje de las variables que conforman la dimensión autonomía familiar determinadas en el instrumento IPSF, expresadas en la gráfica 9.

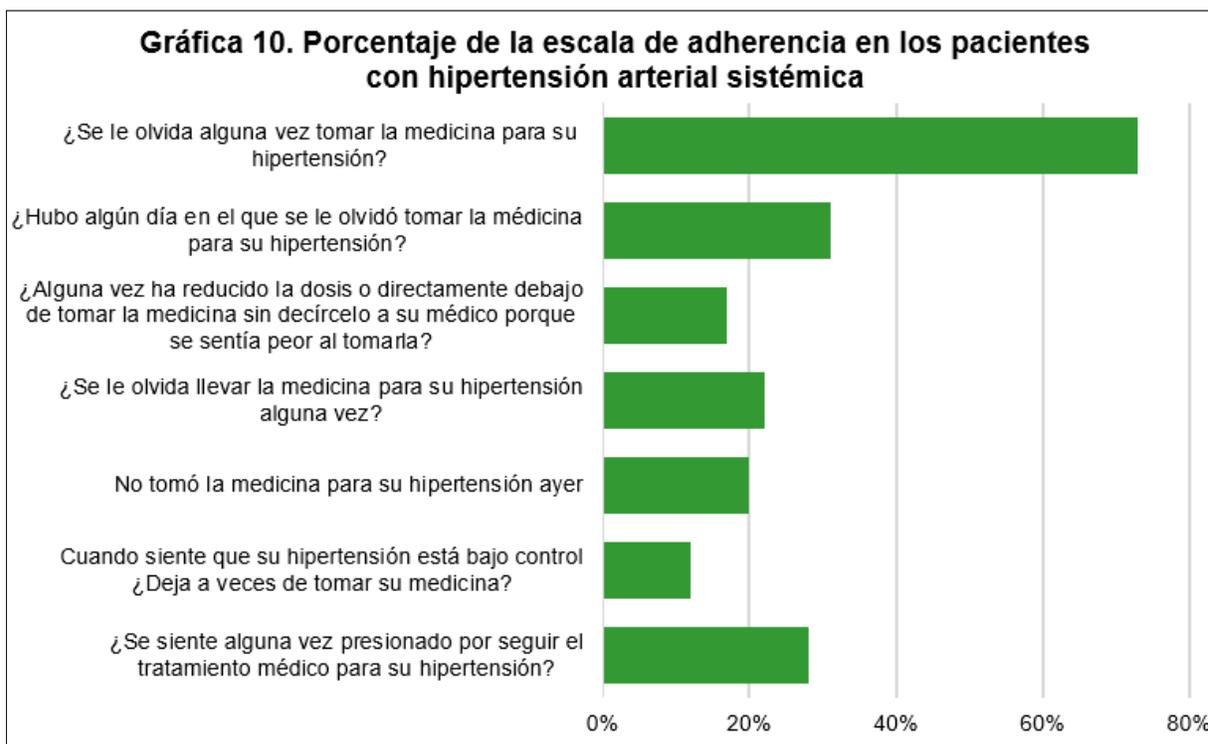


Conforme a las variables estudiadas en la dimensión autonomía familiar, se observa que en un 60.6 % los derechohabientes casi siempre o siempre su familia le hace sentir que puede cuidarse por sí mismo.

Resumen de las variables cualitativas determinadas por el instrumento MMAS-8 en donde se expone (n, %) de los resultados obtenidos durante su aplicación.

<b>Tabla 7. Variables cualitativas del instrumento: Escala Morisky de Adherencia a los Medicamentos de 8 ítems</b>			
	SÍ	NO	
1. ¿Se le olvida alguna vez tomar la medicina para su hipertensión?	358 (73.1%)	132 (26.9%)	
2. A algunas personas se les pasa tomarse sus medicinas por otras razones y no un simple olvido. Si recuerda las últimas dos semanas, ¿Hubo algún día en el que se le olvidó tomar la medicina para su hipertensión?	152 (31%)	338 (69%)	
3. ¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico porque se sentía peor al tomarla?	84 (17.1%)	406 (82.9%)	
4. Cuando viaja o está fuera del hogar, ¿Se le olvida llevar la medicina para su hipertensión alguna vez?	107 (21.8%)	383 (78.2%)	
5. ¿Tomó la medicina para su hipertensión ayer?	393 (80.2%)	97 (19.8%)	
6. Cuando siente que su hipertensión está bajo control, ¿Deja a veces de tomar su medicina?	59 (12%)	431 (88%)	
7. Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas. ¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su hipertensión?	139 (28.4%)	351 (71.6%)	
<b>8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas?</b>			
A. Nunca/casi nunca	135 (27.6%)		
B. Rara vez	121(24.7%)		
C. Algunas veces	225 (45.9%)		
D. Habitualmente	8 (1.6 %)		
E. Siempre	1 (0.2%)		

Porcentaje de las variables cualitativas obtenidas de los derechohabientes y recolectadas a través del instrumento MMAS-8. Gráfica 10.



Se recolectó una muestra de 500 sujetos, teniendo una pérdida del 2% (n= 10), por lo que se analizaron 490 individuos, de los cuales y de acuerdo con el cuestionario MMAS-8 al 73% de los pacientes se les olvida tomar su medicamento.

Resumen de las variables cualitativas determinadas por el instrumento Escala de Apoyo Social en donde se expone (n, %) de los resultados obtenidos durante su aplicación.

<b>Tabla 8. Variables cualitativas del instrumento: Escala de Apoyo Social</b>					
<b>Variable</b>		<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
1	Mis amigos me abrazan o me dan afecto.	9 (1.8%)	36 (7.3%)	313 (63.9%)	132 (26.9%)
2	Mi familia es cariñosa conmigo.	2 (0.4 %)	22 (4.5 %)	291 (59.4%)	175 (35.7 %)
3	Mi familia reconoce lo que hago bien.	3 (0.6 %)	33 (6.7%)	264 (53.9%)	190 (38.8%)
4	Mi familia realmente trata de ayudarme.	2 (0.4%)	21 (4.3%)	239 (48.8%)	228 (46.5%)
5	Mi familia me apoya y me ayuda cuando lo necesito.	4 (0.8%)	21 (4.3%)	227 (46.3%)	238 (48.6%)
6	Mis amigos realmente tratan de ayudarme.	4 (0.8%)	44 (9 %)	243 (49.6%)	199 (40.6%)
7	Puedo hablar de mis problemas con mi familia.	2 (0.4%)	36 (7.3 %)	247 (50.4%)	205 (41.8%)
8	Mi familia me ayuda a tomar decisiones.	7 (1.4%)	37 (7.6%)	252 (51.4%)	194 (39.6%)
9	Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.	5 (1.0%)	52 (10.6%)	247 (50.4%)	186 (38%)
10	Cuento con al menos una persona que me ayuda a entender por qué no hice algo bien.	5 (1.0%)	25 (5.1%)	232 (47.3%)	228 (46.5%)
11	Cuento con al menos una persona que puede guardar en secreto lo que hablamos.	2 (0.4%)	23 (4.7%)	217 (44.3%)	248 (50.6%)
12	Cuento con al menos una persona que se preocupa por mi bienestar.	0	19 (3.9%)	210(42.9%)	261(53.3%)

13	Cuento con al menos una persona que me dice que se siente cercana a mí.	0	21 (4.3 %)	218 (44.5%)	251(51.2%)
14	Cuento con al menos una persona que me hace saber que hice algo bien.	2 (0.4 %)	17(3.5%)	287 (58.6%)	184 (37.6%)
15	Cuento con al menos una persona que me acepta como soy.	0	13 (2.7%)	260 (53.1%)	217(44.3%)
16	Cuento con al menos una persona con la que hablo de las cosas que me interesan.	0	16 (3.3%)	234 (47.8%)	240 (49%)
17	Cuento con al menos una persona con la que puedo hablar de mis sentimientos más profundos.	0	27(5.5%)	207(42.2%)	256 (52.2%)
18	Cuento con al menos una persona con la que puedo contar en caso de necesidad.	0	13 (2.7%)	199 (40.6%)	278 (56.7%)
19	Cuento con al menos una persona que me hace saber cómo se sintió en una situación similar a la que yo estoy pasando.	0	26 (5.3%)	210 (42.9%)	254 (51.8%)
20	Cuento con al menos una persona que me respeta por las cosas que he hecho bien.	0	15 (3.1%)	227(46.3%)	248(50.6%)
21	Cuento con al menos una persona que ha estado conmigo en momentos difíciles.	0	9 (1.8%)	189(38.6%)	292 (59.6%)

## DISCUSIÓN

En nuestro país de acuerdo a Campos-Nonato et al, durante el 2020 la hipertensión arterial sistémica en adultos fue de 49.4% (44 % mujeres y 55.3% hombres) en donde se observa un ligero predominio de la enfermedad en el sexo masculino, dato que se invierte en nuestro estudio, en donde encontramos mayor predominio de mujeres con hipertensión arterial (60.4% mujeres y 39.6 % hombres).

Diversos artículos reportan que adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial se puede ver disminuida a medida en que aumenta con la edad, esto quizás debido al incremento en la rigidez de las arterias, el remodelado vascular, deterioro cognitivo y cambios hormonales, por lo que se espera mayor incidencia de no adherencia terapéutica en los adultos mayores <sup>6,9,12,44</sup>, en nuestro estudio se estimó una edad media de 63.46 años, no encontrando significancia estadística para esta variable ( $p = 0.05$ ).

Dentro de los factores fundamentales para un buen control de las medidas de tensión arterial se han descrito aquellos propios que en su momento fungieron como factores de riesgo para el desarrollo de la hipertensión arterial, se han descrito etiologías multifactoriales, donde destacan elementos como: el sexo, edad, obesidad, la falta de dieta y ejercicio<sup>6,21,25</sup>, en nuestro estudio se encontró que el 10.6% de los pacientes se encontraban en obesidad, el 63.7% no seguía una dieta y el 88.4% no realiza ejercicio, dentro de nuestro estudio también estudiamos el estado civil, la ocupación y escolaridad, reportado esto en varios estudios como factores influenciados para el cumplimiento de la adherencia terapéutica <sup>19,20,21</sup>, de acuerdo a lo descrito por Mekonnen et al, en donde describen mayor grado de adherencia terapéutica por parte de las mujeres coincide con los resultados de nuestro estudio en donde el mayor porcentaje de pacientes no adherentes (60.6 %) corresponde a los hombres, siendo esto debido a que quizás las mujeres por naturaleza son más cuidadosas y llevan de mejor forma las indicaciones prescritas por el personal de salud, referente a la ocupación se reporta que aquellos pacientes con empleo cuentan con mayor

probabilidades de tener una adecuada adherencia terapéutica antihipertensiva <sup>21</sup> sin embargo, contrasta con los resultados de nuestra investigación en donde no se encontró significancia estadística para esta variable ( $p= 0.419$ ), así mismo se ha reportado que ha mayor nivel de escolaridad el grado de adherencia aumenta <sup>16,20,21,22</sup>, esto probablemente a que a mayor grado de estudios, sea mayor el nivel de comprensión de su enfermedad por parte del paciente, sin embargo, en esta investigación esta variable tampoco mostro significancia estadística ( $p=0.054$ ).

Por otra parte, y de acuerdo a lo descrito por la OMS a mayor tiempo de evolución de la enfermedad (>5 años) la adherencia terapéutica se puede ver afectada, esto explicado por el olvido, bruma rutinaria o la no manifestación de síntomas en los pacientes<sup>10</sup>, no coincidiendo con los resultados arrojados en nuestra investigación, donde esta variable no mostro significancia estadística ( $p= 0.096$ ).

La OMS también establece la falta de adherencia farmacológica está dada entre un 50 y un 70 % por el olvido de las personas de tomar sus medicamentos según lo prescrito<sup>10</sup>, coincidiendo con los resultados arrojados por nuestra investigación en donde el 73% de los pacientes entrevistados reportaron olvidar sus medicamentos.

Finalmente y basado con lo reportado en diferentes artículos, el soporte familiar en aquellos pacientes con enfermedades crónicas<sup>34,35,36</sup>, favorece de forma significativa la adherencia terapéutica esto debido a la generación de estrategias de afrontamiento y convivencia con la enfermedad, sin embargo, en esta investigación se reportó que un 90.2% de los pacientes no mostro adherencia terapéutica, así mismo el 98.64% de los pacientes presentó un soporte familiar bajo ( IC 95% 0.18-13.12) y no se obtuvo asociación estadística significativa (  $p= 0.704$  razón de verosimilitud).

## CONCLUSIONES

Diversas investigaciones reportan una adherencia terapéutica cercana al 50% en los pacientes con hipertensión arterial sistémica, contrario a lo que encontramos en esta investigación, un 9.8%, donde la mayoría de los pacientes (73%) generalmente olvidan tomar su medicamento. Este contraste entre la prevalencia de adherencia terapéutica puede deberse a los tamaños de la muestra, siendo una fortaleza en esta investigación, ya que se tiene un tamaño más representativo.

No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre el soporte familiar con las variables estudiadas; esto puede deberse a que la hipertensión arterial es una enfermedad generalmente silente, el paciente al no percibir molestias puede subestimarla y no dar importancia a los cuidados que requiere, valiéndonos de los resultados de la dimensión de autonomía familiar en donde el 60.6% de los pacientes expresaron que casi siempre o siempre su familia le hace sentir que puede cuidarse por sí mismo, podemos decir que quizás el soporte familiar puede estar influenciado por la percepción de la enfermedad por parte del paciente, su autonomía y como este lo transmita a su red de apoyo por lo tanto puede pasar desapercibido también para su familia.

Finalmente concluimos aceptando nuestra hipótesis nula en la cual se establece que no existe relación entre el soporte familiar con la adherencia terapéutica del paciente adulto con hipertensión arterial sistémica atendido en la Unidad de Medicina Familiar número 41, de la Delegación Norte de la Ciudad de México del Instituto Mexicano del Seguro Social. No obstante los resultados existentes sobre la relación entre soporte familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial sistémica son variables y carecen de temporalidad, por lo que se sugiere continuar investigando este problema en estudios longitudinales, contemplando los factores atribuibles del sujeto, siendo una limitación de esta investigación, además, de comprobar el efecto del soporte familiar sobre la adherencia terapéutica en estudios de intervención de medicina familiar.

## REFERENCIAS

1. Giles TD, Materson BJ, Cohn JN, Kostis JB. Definition and classification of hypertension: an update. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2009;11:611–4.
2. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 2014;311:507–20.
3. Secretaría de Salud. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control. México; 2009.
4. Secretaría de Salud. PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM- 030-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. México: Diario Oficial de la Federación; 2017. Report No.: DOF 19/04/17.
5. Luft FC. Twins in cardiovascular genetic research. *Hypertens (Dallas, Tex 1979)*. 2001;37:350–6.
6. Leung AA, Daskalopoulou SS, Dasgupta K, McBrien K, Butalia S, Zarnke KB, et al. Hypertension Canada's 2017 Guidelines for Diagnosis, Risk Assessment, Prevention, and Treatment of Hypertension in Adults. *Can J Cardiol*. 2017;33:557–76.
7. Garjón J, Saiz LC, Azparren A, Elizondo JJ, Gaminde I, Ariz MJ, et al. First-line combination therapy versus first-line monotherapy for primary hypertension. *Cochrane database Syst Rev*. 2017;1:CD010316.

8. Chobanian A V. Guidelines for the Management of Hypertension. *Med Clin North Am.* 2017;101:219–27.
9. Iskedjian M, Einarson TR, MacKeigan LD, Shear N, Addis A, Mittmann N, et al. Relationship between daily dose frequency and adherence to antihypertensive pharmacotherapy: evidence from a meta-analysis. *Clin Ther.* 2002;24:302–16.
10. Mant J, McManus RJ. Does it matter whether patients take their antihypertensive medication as prescribed? The complex relationship between adherence and blood pressure control. *J Hum Hypertens.* 2006;20:551–3.
11. Carvalho AS, Santos P. Medication adherence in patients with arterial hypertension: The relationship with healthcare systems' organizational factors. *Patient Prefer Adherence.* 2019;13:1761–74.
12. Tola Gemed A, Regassa LD, Weldesenbet AB, Merga BT, Legesse N, Tusa BS. Adherence to antihypertensive medications and associated factors among hypertensive patients in Ethiopia: Systematic review and meta-analysis. *SAGE Open Med.* 2020;8:205031212098245.
13. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, Padwal RS, Tsuyuki RT, Varney J, et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ.* 2006;333:15.
14. SPRINT MIND Investigators for the SPRINT Research Group, Williamson JD, Pajewski NM, Auchus AP, Bryan RN, Chelune G, et al. Effect of Intensive vs Standard Blood Pressure Control on Probable Dementia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2019;321:553–61.
15. Rosas-Peralta M, Palomo-Piñón S, Borrayo-Sánchez G, Madrid-Miller A, Almeida-Gutiérrez E, Galván-Oseguera H, et al. Consenso

- de Hipertensión Arterial Sistémica en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2016;54:6–51.
16. Tabrizi JS, Sadeghi-Bazargani H, Farahbakhsh M, Nikniaz L, Nikniaz Z. Prevalence and Associated Factors of Prehypertension and Hypertension in Iranian Population: The Lifestyle Promotion Project (LPP). *PLoS One.* 2016;11:e0165264.
  17. Svetkey LP, Erlinger TP, Vollmer WM, Feldstein A, Cooper LS, Appel LJ, et al. Effect of lifestyle modifications on blood pressure by race, sex, hypertension status, and age. *J Hum Hypertens.* 2005;19:21–31.
  18. Adisa R, Ilesanmi OA, Fakeye TO. Treatment adherence and blood pressure outcome among hypertensive out-patients in two tertiary hospitals in Sokoto, Northwestern Nigeria. *BMC Cardiovasc Disord.* 2018;18:1–10.
  19. Krueger K, Botermann L, Schorr SG, Griese-Mammen N, Laufs U, Schulz M. Age-related medication adherence in patients with chronic heart failure: A systematic literature review. *Int J Cardiol.* 2015;184:728–35.
  20. Fernandez-Lazaro CI, García-González JM, Adams DP, Fernandez-Lazaro D, Mielgo-Ayuso J, Caballero-Garcia A, et al. Adherence to treatment and related factors among patients with chronic conditions in primary care: A cross-sectional study. *BMC Fam Pract.* 2019;20:1–12.
  21. Mekonnen HS, Gebrie MH, Eyasu KH, Gelagay AA. Drug adherence for antihypertensive medications and its determinants among adult hypertensive patients attending in chronic clinics of referral hospitals in Northwest Ethiopia. *BMC Pharmacol Toxicol.* 2017;18:1–10.
  22. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med.*

- 2005;353:487–97.
23. Anghel LA, Farcas AM, Oprean RN. An overview of the common methods used to measure treatment adherence. *Med Pharm Reports*. 2019;92:117–22.
  24. Shi L, Liu J, Fonseca V, Walker P, Kalsekar A, Pawaskar M. Correlation between adherence rates measured by MEMS and self-reported questionnaires: A meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:1–7.
  25. Garfield S, Clifford S, Eliasson L, Barber N, Willson A. Suitability of measures of self-reported medication adherence for routine clinical use: A systematic review. *BMC Med Res Methodol*. 2011;11:149.
  26. Arnet I, Metaxas C, Walter PN, Morisky DE, Hersberger KE. The 8-item Morisky Medication Adherence Scale translated in German and validated against objective and subjective polypharmacy adherence measures in cardiovascular patients. *J Eval Clin Pract*. 2015;21:271–7.
  27. De Las Cuevas C, Peñate W. Psychometric properties of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale. *Int J Clin Heal Psychol*. 2015;15:121–9.
  28. Valencia-Monsalvez F, Mendoza-Parra S, Luengo-Machuca L. Evaluation of Morisky medication adherence scale (MMAS-8) in older adults of a primary health care center in Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34:245–9.
  29. Uchmanowicz B, Jankowska EA, Uchmanowicz I, Morisky DE. Self-Reported Medication Adherence Measured With Morisky Medication Adherence Scales and Its Determinants in Hypertensive Patients Aged  $\geq 60$  Years: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Pharmacol*. 2019;10:1–11.
  30. de Oliveira-Filho AD, Morisky DE, Neves SJF, Costa FA, De Lyra

- DP. The 8- item Morisky Medication Adherence Scale: Validation of a Brazilian-Portuguese version in hypertensive adults. *Res Soc Adm Pharm.* 2014;10:554–61.
31. Izeogu C, Kalinowski J, Schoenthaler A. Strategies to Improve Adherence to Anti-Hypertensive Medications: a Narrative Review. *Curr Hypertens Rep.* 2020;22.
  32. González-Rico JL, Vázquez-Garibay EM, Sánchez-Talamantes E, Nápoles- Rodríguez F. Dinámica familiar y otros factores asociados al retardo en el crecimiento en niños de 12 a 24 meses que acuden a una unidad de atención primaria. *Boletín Médico del Hosp Infant México (Ed española).* 2007;64:143– 52.
  33. Nunes Baptista M, Rigotto DM, Cardoso HF, Marín Rueda FJ. Soporte social, familiar y autoconcepto relación entre los constructos. *Psicol desde el Caribe.* 2012;29:1–18.
  34. Devaney C. Enhancing Family Support in Practice through Postgraduate Education. *Soc Work Educ.* 2015;34:213–28.
  35. Costa RDS, Nogueira LT. Family support in the control of hypertension. *Rev LatAm Enfermagem.* 2008;16:871–6.
  36. Kamaryati NP, Malathum P. Family support: A concept analysis. *Pacific Rim Int J Nurs Res.* 2020;24:403–11.
  37. Nunes Baptista M, De Aquino Lemos V, Munhoz Carneiro A, Rogério Morais P. Percepción del apoyo familiar en los consumidores de drogas y su relación con trastornos psiquiátricos. *Adicciones.* 2013;25:220.
  38. García-Torres M, García-Méndez M, Rivera-Aragón S. Apoyo social en adultos mexicanos: validación de una escala. *Acta Investig Psicológica.* 2017;7:2561– 7.
  39. Gallant MP. The influence of social support on chronic illness self-management: A review and directions for research. *Heal Educ*

- Behav. 2003;30:170–95.
40. Christensen AJ, Smith TW, Turner CW, Holman JM, Gregory MC, Rich MA. Family support, physical impairment, and adherence in hemodialysis: An investigation of main and buffering effects. *J Behav Med.* 1992;15:313–25.
  41. Nyaaba GN, Stronks K, Meeks K, Beune E, Owusu-Dabo E, Addo J, et al. Is social support associated with hypertension control among Ghanaian migrants in Europe and non-migrants in Ghana? The RODAM study. *Intern Emerg Med.* 2019;14:957–66.
  42. Palomar J, Matus GL, Victorio A. Elaboración de una Escala de Apoyo Social (EAS) para adultos. *Univ Psychol.* 2013;12:129–37.
  43. Fina Lubaki J-P, Mabuza L, Malete N, Maduna P, Ndimande J V. Reasons for non-compliance among patients with hypertension at Vanga Hospital, Bandundu Province, Democratic Republic of Congo: A qualitative study. *African J Prim Heal Care Fam Med.* 2009;1:107–11.
  44. Campos, Ismael & Oviedo-Solís, Cecilia & Ramírez-Villalobos, Dolores & Hernández-Prado, Bernardo & Barquera, Simón. Epidemiología de la hipertensión arterial en adultos mexicanos: diagnóstico, control y tendencias. *Ensanut 2020. Salud Pública de México.* 2021; 63. 692-704

**ANEXOS**  
**Anexo 1.**

**Consentimiento informado**



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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO**  
**INFORMADO**  
**(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	<b>«RELACIÓN DEL SOPORTE FAMILIAR CON LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 41»</b>
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México, México. Unidad de Medicina Familiar Número 41 del IMSS; Delegación 1 Norte. Septiembre de 2021 a Febrero 2022.
Número de registro:	R-2021-3511-044
Justificación y objetivo del estudio:	La finalidad es realizar una investigación acerca de la asociación que puede existir entre el soporte familiar con la adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial sistémica.
Procedimientos:	Contestara tres cuestionarios breves; mediremos su presión arterial, peso y talla.
Posibles riesgos y molestias:	Es una investigación con riesgo mínimo, se aplicarán cuestionarios, se medirá su presión arterial, peso y talla. Requerimos de aproximadamente 30 minutos de su tiempo.
Posibles beneficios que recibirá al participaren el estudio:	Se otorgarán de forma inmediata los resultados de sus cuestionarios, para que pueda hacer uso de él y entregar a su médico tratante con la finalidad de que realice las intervenciones necesarias si así lo considera.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados se harán de su conocimiento de forma inmediata.
Participación o retiro:	Acepta participar en la investigación sin fines de lucro y en uso de sus facultades mentales, recibiendo respuestas a todas sus dudas y aclaración de las mismas que pudiera presentar ante esta investigación. Podrá retirarse del estudio sin recibir alguna presión o afectación de su atención médica o cualquier prestación por parte de la UMF número 41 o del IMSS.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos obtenidos durante el estudio son de carácter confidencial, serán codificados y protegidos de tal manera que solo puedan ser identificados por los investigadores del estudio. Asimismo, los resultados sólo serán usados para fines científicos y académicos.
En caso de colección de aceptar (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se me tome la presión; se me mida y pese. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se me tome la presión; se me mida y pese. <input type="checkbox"/> Si autorizo se me tome la presión; se me mida y pese para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No Aplica.
Beneficios al término del estudio:	Medición de soporte familiar y adherencia al tratamiento farmacológico.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Acho Federico García Martínez. Correo electrónico: <a href="mailto:acho.garcia@imss.gob.mx">acho.garcia@imss.gob.mx</a> .
Colaboradores:	Dra. Ariana Romero Lorenzo. Correo electrónico: <a href="mailto:romero.ari@outlook.com">romero.ari@outlook.com</a> .
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 5627 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

**Ariana Romero Lorenzo**  
\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Clave: 2810-009-013

## ANEXO 2. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### Protocolo de investigación

“Relación del soporte familiar con la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica en la unidad de medicina familiar No. 41”

Folio: \_\_\_\_\_

NSS: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ TA: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Favor de leer y marcar con una “X” la casilla [ ] según corresponda y escriba con letra clara lo que se le pide. No hay respuestas incorrectas.

- .....
1. ¿Cuál es su sexo?    [ ] Masculino            [ ] Femenino
  2. ¿Cuál es su edad? \_\_\_\_\_ años.    Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
  3. ¿Cuál es su estado civil?    [ ] Soltero            [ ] Casado            [ ] Unión libre            [ ] Divorciado            [ ] Viudo            Otro, especifique \_\_\_\_\_
  4. ¿Cuál es su ocupación?    [ ] Empleado            [ ] Hogar            [ ] Desempleado            [ ] Pensionado            [ ] Obrero            [ ] Otro, especifique \_\_\_\_\_
  5. ¿Hasta qué grado escolar estudió?            [ ] Ninguno            [ ] Primaria            [ ] Secundaria            [ ] Bachillerato            [ ] Licenciatura            Otro, especifique \_\_\_\_\_
  6. ¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron hipertensión arterial? \_\_\_\_\_ años.
  8. En la actualidad el tratamiento que usted sigue es con (puede anotar más de una):  
[ ] Medicamento            [ ] Dieta            [ ] Ejercicio            [ ] Ninguno  
Otro, especifique \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO IPSF

**Instrucciones:** marque con una **X** la casilla que mejor identifique su situación actual

	<b>AFIRMACIÓN</b>	<b>CASI NUNCA O NUNCA</b>	<b>A VECES</b>	<b>SIEMPRE O CASI SIEMPRE</b>
1	Creo que mi familia tiene más problemas emocionales que las otras familias.			
2	Las personas en mi familia siguen las reglas establecidas entre ellos.			
3	En mi familia hay reglas sobre varias situaciones.			
4	Mis familiares me elogian.			
5	En mi familia cada uno tiene obligaciones y responsabilidades específicas.			
6	Mis familiares solo muestran interés por los otros cuando pueden obtener ventajas.			
7	Yo siento rabia de mi familia.			
8	En mi familia nos peleamos y gritamos unos con los otros.			
9	Los miembros de mi familia expresan claramente sus pensamientos y emociones unos con los otros			
10	Mi familia permite que yo me vista de la forma que yo quiero			
11	Mi familia discute sus miedos y preocupaciones.			
12	Mi familia me hace sentir que debo cuidar de mí mismo cuando estoy solo(a).			
13	Yo me siento como si fuera un extraño en mi familia.			
14	Mis familiares me dejan salir todo lo que quiero.			
15	A las personas de mi familia les gusta pasar el tiempo juntas.			
16	Generalmente mis familiares culpan a alguien de la familia cuando las cosas no están yendo bien.			

	<b>AFIRMACIÓN</b>	<b>CASI NUNCA O NUNCA</b>	<b>A VECES</b>	<b>SIEMPRE O CASI SIEMPRE</b>
17	Mi familia conversa antes de tomar una decisión importante.			
18	En mi familia hay privacidad.			
19	Mi familia permite que yo sea de la forma que quiero ser.			
20	En mi familia hay odio			
21	Yo siento que mi familia no me entiende.			
22	Para solucionar problemas, la opinión de todos es llevada en cuenta en la familia..			
23	Las personas de mi familia saben cuándo me pasa alguna cosa mala por más que yo no diga nada			
24	Los miembros de la familia se abrazan			
25	Mi familia me proporciona mucho confort emocional			
26	Mi familia me hace sentir mejor cuando estoy malhumorado(a)			
27	Vivir con mi familia es desagradable			
28	En mi familia opinamos lo que nos parece correcto/equivocado buscando el bienestar de cada uno.			
29	En mi familia las tareas son distribuidas adecuadamente			
30	En mi familia hay una coherencia entre las palabras y los comportamientos.			
31	Mi familia sabe qué hacer cuando hay una emergencia.			
32	En mi familia hay competitividad entre los miembros.			
33	Yo siento vergüenza de mi familia			
34	En mi familia es permitido que yo haga las cosas que me gustan			
35	En mi familia demostramos cariño a través de las palabras			
36	Mi familia me enoja			

	<b>AFIRMACIÓN</b>	<b>CASI NUNCA O NUNCA</b>	<b>A VECES</b>	<b>SIEMPRE O CASI SIEMPRE</b>
37	Los miembros de mi familia expresan interés y cariño uno de los otros.			
38	Mi familia me da toda la libertad que quiero.			
39	Yo me siento excluido de la familia			
40	Mis familiares me permiten decidir cosas sobre mi			
41	Mis familiares sirve como buenos modelos en mi vida			
42	Las personas de mi familia se sienten próximas unas de las otras.			

**ESCALA MMAS-8 . Instrucciones:** Marque con una **X** según la pregunta.

	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
1. ¿Se le olvida alguna vez tomar la medicina para su hipertensión?		
2. A algunas personas se les pasa tomarse sus medicinas por otras razones y no un simple olvido. Si recuerda las últimas dos semanas, ¿Hubo algún día en el que se le olvidó tomar la medicina para su hipertensión?		
3. ¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico porque se sentía peor al tomarla?		
4. Cuando viaja o está fuera del hogar, ¿Se le olvida llevar la medicina para su hipertensión alguna vez?		
5. ¿Tomó la medicina para su hipertensión ayer?		
6. Cuando siente que su hipertensión está bajo control, ¿Deja a veces de tomar su medicina?		
7. Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas. ¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su hipertensión?		
<b>8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas?</b>		
<b>F. Nunca/casi nunca</b>		
<b>G. Rara vez</b>		
<b>H. Algunas veces</b>		
<b>I. Habitualmente</b>		
<b>J. Siempre</b>		

## Escala de apoyo social

**Instrucciones:** a continuación, le presentaremos una serie de enunciados respecto a cómo percibe el trato y apoyo de su entorno, su familia y amigos. Marque con una **X** la casilla que mejor identifique su situación.

	<b>Enunciado</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
1	Mis amigos me abrazan o me dan afecto.				
2	Mi familia es cariñosa conmigo.				
3	Mi familia reconoce lo que hago bien.				
4	Mi familia realmente trata de ayudarme.				
5	Mi familia me apoya y me ayuda cuando lo necesito.				
6	Mis amigos realmente tratan de ayudarme.				
7	Puedo hablar de mis problemas con mi familia.				
8	Mi familia me ayuda a tomar decisiones.				
9	Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.				
10	Cuento con al menos una persona que me ayuda a entender por qué no hice algo bien.				
11	Cuento con al menos una persona que puede guardar en secreto lo que hablamos.				
12	Cuento con al menos una persona que se preocupa por mi bienestar.				
13	Cuento con al menos una persona que me dice que se siente cercana a mí.				

	<b>Enunciado</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
14	Cuento con al menos una persona que me hace saber que hice algo bien.				
15	Cuento con al menos una persona que me acepta como soy.				
16	Cuento con al menos una persona con la que hablo de las cosas que me interesan.				
17	Cuento con al menos una persona con la que puedo hablar de mis sentimientos más profundos.				
18	Cuento con al menos una persona con la que puedo contar en caso de necesidad.				
19	Cuento con al menos una persona que me hace saber cómo se sintió en una situación similar a la que yo estoy pasando.				
20	Cuento con al menos una persona que me respeta por las cosas que he hecho bien.				
21	Cuento con al menos una persona que ha estado conmigo en momentos difíciles.				

-----GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN-----

**ANEXO 3.**

**Hoja de resultados individualizado**

“Relación del soporte familiar con la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica en la unidad de medicina familiar No. 41»

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

<b>Instrumento aplicado</b>	<b>Puntuación</b>
Escala Morisky de Adherencia a los Medicamentos (MMAS-8)	
Inventario de Percepción de Soporte Familiar (IPSF)	
Escala de apoyo social para adultos (EAS)	Apoyo social: _____ Apoyo familiar: _____ Apoyo de amigos: _____

**Aplicó cuestionarios de estudio:** Ariana Romero Lorenzo médico residente de medicina familiar.

**Favor de entregar a médico tratante (Médico Familiar) para que realice las intervenciones necesarias si así lo considera.**