



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DELEGACIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 21
FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO**

**FACTORES EN LA NO ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN
PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN LA UMF.
21**

**Número de registro:
F-2021-3703-126**

**T E S I S
PARA OBTENER. EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**P R. E. S. E. N. T. A:
JESÚS DANIEL DIMAS NÁJERA**

**ASESOR:
DRA. ALYNE MENDO REYGADAS**



CIUDAD DE MÉXICO

2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AUTORIZACIÓN DE TESIS

DRA PAULA AVALOS MAZA

Directora de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 IMSS
Francisco Del Paso y Troncoso

DR. JORGE ALEJANDRO ALCALÁ MOLINA

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
De la Unidad de Medicina Familiar No. 21 IMSS
Francisco Del Paso y Troncoso

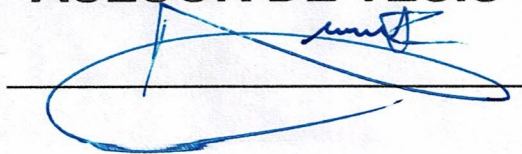
DRA. ALEJANDRA PALACIOS HERNÁNDEZ

Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina
Familiar

De la Unidad de Medicina Familiar No. 21 IMSS
Francisco Del Paso y Troncoso



ASESOR DE TESIS



DRA. ALYNE MENDO REYGADAS

Médica Cirujana Especialista en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 IMSS "Francisco Del Paso y Troncoso"
"Dirección: Unidad de Medicina Familiar N° 21. Teléfono 57 68 60 00 ext. 21407/21428. Eje 4 sur (Av. Plutarco Elías Calles) No. 473
C.P. 08300 Alcaldía: Iztacalco, Ciudad de México.
Teléfono 57686000 Ext. 21400 Correo electrónico:
ennylamr@gmail.com





**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN
SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NUMERO 21 “FRANCISCO DEL PASO Y
TRONCOSO”**

TESIS DE INVESTIGACIÓN:

FACTORES EN LA NO ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES DE 20 A
59 AÑOS DE EDAD CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN LA UMF
21

INVESTIGADORES:

JESÚS DANIEL DIMAS NÁJERA

Residente de segundo año del Curso de Especialización en Medicina Familiar

Matrícula: 97385983

Lugar de trabajo: Consulta externa

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 21 “Francisco del Paso y Troncoso”

Tel: 5538105162 Fax: sin fax

Email: daa.clott@hotmail.com

ALYNE MENDO REYGADAS

Médica Cirujana Especialista en Medicina Familiar

Matrícula: 99386975

Lugar de trabajo: Consulta Externa

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 21 “Francisco del Paso y Troncoso”

Tel: 57686000 Ext. 21407/21428 Fax: sin fax

Email: ennylamr@gmail.com

MÉXICO, CIUDAD DE MÉXICO 2020

Unidad de Medicina Familiar N° 21. Teléfono 57 68 60 00 ext. 21407/21428. Eje 4 sur (Av. Plutarco
Elías Calles) No. 473 C.P. 08300 Alcaldía: Iztacalco, Ciudad de
México.

Teléfono 57686000 Ext. 21400

AGRADECIMIENTOS

El apoyo y toda la ayuda que me han brindado a lo largo de mi camino es la pieza clave, están conmigo incluso en los momentos y situaciones más complicadas, siempre incondicionalmente. Han sido mis motivadores, confiando en mí que siempre lo lograré perfectamente.

Gracias mamá, Gracias papá. Los amo.

INDICE

1. TÍTULO.....	6
2. RESUMEN.....	7
3. MARCO TEÓRICO.....	8
4. JUSTIFICACIÓN.....	28
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	30
6. OBJETIVOS.....	31
7. MATERIAL Y MÉTODOS.....	32
8. RESULTADOS.....	43
9. CONCLUSIONES.....	58
10. SUGERENCIAS.....	60
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
12. ANEXOS.....	66

TITULO

**FACTORES EN LA NO ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN LA UMF
21**

RESUMEN

FACTORES EN LA NO ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN LA UMF 21

Autores: Dr. Dimas-Nájera, Jesús Daniel*, Dra. Mendo-Reygadas, Alyne**

Antecedentes La hipertensión arterial sistémica es una de las principales causas de consulta a nivel institucional en primer nivel de atención. La falta de adherencia terapéutica es un problema de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento en los costes sanitarios. Identificar los factores que influyen en el no apego al tratamiento farmacológico sirve para poder tomar medidas específicas con el propósito de remitirla. **Objetivo general** Identificar factores en la no adherencia terapéutica en pacientes de 20 a 59 años de edad con hipertensión arterial sistémica en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 “Francisco del Paso y Troncoso”. **Material y métodos** Estudio observacional, descriptivo, transversal en pacientes de 20 a 59 años de edad con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica adscritos a la UMF No. 21 del IMSS, con previo consentimiento informado se les aplicará un cuestionario estructurado y posteriormente el análisis de los datos recolectados. **Recursos e infraestructura** Instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 Francisco del Paso y Troncoso, Ciudad de México. Se contaron con los insumos suficientes necesarios para la realización de la investigación. **Experiencia del grupo.** El personal participante cuenta con cinco años de experiencia para realizar el estudio. **Tiempo en desarrollarse** Marzo 2020 – Diciembre 2021. **Resultados.** El tamaño de muestra fue de 366 pacientes, el grupo de mayor proporción fue el que tenía entre 51 a 59 años de edad (65%). La mayoría fueron mujeres (61%) y tenían un nivel de estudios de básico (69.5%). El 67% tenía un nivel de escolaridad básico y el 63% un nivel bajo de conocimiento sobre hipertensión arterial. Sólo el 22% tuvo un estrato socioeconómico bajo, en 14% un nivel de autoestima bajo y el 18% una mala relación médico paciente. **Conclusiones.** Los factores más prevalentes en la no adherencia terapéutica en pacientes de 20 a 59 años de edad con hipertensión arterial sistémica en la UMF 21 fueron un nivel de escolaridad básico y un nivel bajo de conocimiento sobre hipertensión arterial.

Palabras clave: adherencia terapéutica, factores de no adherencia terapéutica, hipertensión arterial sistémica.

*Residente de segundo año del curso de especialización en Medicina Familiar UMF No. 21 IMSS.

** Médica Cirujana. Especialista en Medicina Familiar UMF No.21 IMSS.

MARCO TEÓRICO

El primer nivel de atención médica constituye un elemento esencial en el sistema de salud en México, ya que este nivel atiende a casi 80% de los casos de demanda médica; de esta manera se valora indirectamente el estado de salud alcanzado por la población en función de los principales problemas de salud que los afectan, siendo la hipertensión arterial sistémica (HAS) uno de los principales motivos de consulta (1).

La HAS es considerada como un problema de salud que afecta a los adultos a nivel mundial independientemente del nivel de desarrollo del país (2). Es el principal factor de riesgo para el desarrollo de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y enfermedad renal crónica (3). Se encuentra dentro de los principales problemas de salud pública, ya que su prevalencia va en aumento, además de sus costos para los sistemas de salud, sus complicaciones y su relación con otras enfermedades crónicas degenerativas (4).

El control de la presión arterial en pacientes con HAS sigue siendo insatisfactorio en todos los países del mundo y en el mejor de los casos, el 60% de los pacientes hipertensos tratados alcanzan los objetivos terapéuticos recomendados. La supervivencia de un paciente hipertenso en tratamiento que no alcanza el objetivo de cifras de control es similar al de un paciente hipertenso no tratado, por lo tanto la no adherencia terapéutica es un factor clave que contribuye a la HAS no controlada (5,6).

El diagnóstico oportuno y el tratamiento médico adecuado es primordial para disminuir la morbimortalidad de la HAS (7). Su tratamiento se basa en 3 pilares: la dieta, la actividad física y la terapia farmacológica, de la interacción y el cumplimiento de estos componentes depende el éxito del tratamiento (8).

Se han identificado varios factores asociados a la no adherencia que explican porqué la tasa de control de las cifras de presión arterial en la HAS sigue siendo baja, conocerlos sirven de elemento para determinar la magnitud de un problema que limita la eficiencia de los tratamientos farmacológicos y la realización de acciones para el aumento de esta.

La mala adherencia a la terapia antihipertensiva es una barrera importante para lograr el control de cifras de presión arterial y contribuye a resultados adversos y disparidades de salud (9,10). La adherencia a la farmacoterapia para la HAS un año después del diagnóstico se informa típicamente en menos del 50% de los pacientes diagnosticados con esta patología (11).

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA

La HAS según la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica es definida como el padecimiento multifactorial caracterizado por aumento sostenido de la presión arterial sistólica, diastólica o ambas, en ausencia de enfermedad cardiovascular renal o diabetes $\geq 140/90$ mmHg, en caso de presentar enfermedad cardiovascular o diabetes $> 130/80$ mmHg y en caso de tener proteinuria mayor de 1.0 gr. e insuficiencia renal $> 125/75$ mmHg (12). Cabe mencionar que los valores $\geq 140/90$ mmHg fueron adoptados de la European Society of Cardiology/ European Society of Hypertension y el Seventh Report of the Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (13). Ambas guías mantienen diferencias entre la clasificación de estadios de hipertensión, sin embargo, ambas mantienen el mismo valor de la Presión arterial sistólica y diastólica para el diagnóstico de la HAS.

Hasta el año 2019 las 10 principales causas de muerte eran las enfermedades no transmisibles según las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2019 de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las cardiopatías son desde hace 20 años la causa principal de mortalidad en todo el mundo. El número de muertes secundarias a cardiopatías ha aumentado desde el año 2000 en más de 2 millones de personas, hasta llegar a casi 9 millones de personas en 2019, siendo la HAS no controlada el principal factor de riesgo (14).

Anualmente en América ocurren 1.6 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares, de las cuales alrededor de medio millón son personas menores

de 70 años, lo cual se considera una muerte prematura y evitable. La HAS afecta entre el 20 y 40% de la población adulta, lo que significa que aproximadamente 250 millones de personas la padecen (15). Según los reportes de la OMS, refieren que la HAS es el factor de riesgo número uno de muerte (15,16).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016, realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y la Secretaría de Salud, uno de cada cuatro adultos en México padece hipertensión arterial, es decir, 25.5% de la población, de los cuales aproximadamente el 40% ignora que tiene esta enfermedad, 79.3% de los hipertensos que tenían diagnóstico previo de HAS recibían tratamiento farmacológico y únicamente el 45.6% tuvo presión arterial bajo control. En los hombres la prevalencia es de 24.9% y en mujeres 26.1%, prevalencia estimada en 30 % conforme al criterio de 140/90 mm Hg, lo que equivale alrededor de 30 millones corresponden al diagnóstico de hipertensión (17).

Datos del Estudio de la Carga Global de la Enfermedad, en México la HAS es el tercer factor de riesgo al que se atribuyó 18.1% del total de defunciones, y entre el año 1990 y 2015 las defunciones atribuibles a la HAS aumentaron 31% (18).

De acuerdo a las guías europeas la HAS se clasifica según el **Cuadro 1** .

La hipertensión sistólica aislada debe evaluarse de acuerdo a los grados 1, 2, y 3; basada en la valoración sistólica de los rangos indicados, si la presión diastólica es < de 90mmHg. Los grados 1, 2 y 3 corresponden a la clasificación leve, moderada y grave respectivamente (19).

La HAS es una entidad patológica prevenible, sin embargo, para quienes ya padecen esta enfermedad es posible controlar las cifras tensionales con un buen apego al tratamiento no farmacológico y farmacológico. En la actualidad se cuenta con una gran diversidad de medicamentos antihipertensivos. Dentro del grupo de medicamentos recomendables para el tratamiento inicial de la HAS se encuentran los diuréticos, los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II), los calcio antagonistas, y en segundo plano los beta bloqueadores e inhibidores directos de

la renina; cuando hay hipertensión resistente y/o inadecuada respuesta a los fármacos se emplea la combinación con los diferentes grupos de antihipertensivos. Se deben evitar los medicamentos contraindicados, ofreciendo aquellos que por las características de los pacientes sean los que ofrezcan mayores beneficios y tengan menores efectos adversos, ya que ambos factores contribuyen a una respuesta inadecuada al tratamiento. Se tiene que tener en cuenta que la toma de medicamentos antihipertensivos debe estar siempre acompañada de modificaciones en el estilo de vida que incluya un plan alimentario adecuado y realización de ejercicio aeróbico de leve a moderada intensidad (19).

La meta principal del tratamiento consiste en lograr una presión arterial <140/90mmHg. En el caso de las personas con diabetes o enfermedad cardiovascular establecida, mantener una PA <130/80mmHg y en presencia de proteinuria mayor de 1.0 gr e insuficiencia renal, <125/75mmHg. Otras metas complementarias para la salud cardiovascular son mantener un IMC <25; colesterol <200 mg/dl; evitar o suprimir el tabaquismo y disminuir el consumo excesivo de sodio y alcohol (12).

ADHERENCIA TERAPEUTICA

La investigación sobre la adherencia a los medicamentos comenzó a mediados de la década de 1970, en un evento científico el cual estaba centrado en el cumplimiento terapéutico del paciente por parte del McMasters University Medical Center; a partir de ahí se han utilizado varias terminologías para describir la adherencia a los medicamentos, como cumplimiento, concordancia, adherencia o persistencia. Algunos de estos términos se utilizan a veces como sinónimos y lo que realmente representan no siempre se comprende bien (6). Son variadas las definiciones de adherencia que podemos encontrar en la literatura previo de que la OMS publicara la primera definición oficial de adherencia terapéutica en el año 2003 (1,3).

La OMS define a la adherencia terapéutica como “el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos que ha de tomar,

el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida respecto a las recomendaciones del profesional de la salud que lo atiende” (5). Se debe hacer hincapié que esta definición reconoce que la adherencia no solamente involucra la toma de los fármacos según la prescripción médica, sino también el cumplimiento de otras recomendaciones tales como cambios en el estilo de vida, la asistencia a las consultas médicas, entre otras. Por lo tanto, se refiere que tiene un carácter dinámico y está influenciada por múltiples factores (20).

La Norma Oficial Mexicana define a la adherencia terapéutica como la observación estricta de las indicaciones médicas, por parte del paciente, para el control de la Hipertensión Arterial Sistémica y prevención de las complicaciones vasculares y parenquimatosas, tanto mediante el tratamiento conductual, como medicamentoso (12).

Es importante diferenciar la adherencia del cumplimiento, este último está centrado en la propuesta del profesional de la salud y la obligación pasiva del paciente de seguir las indicaciones, por el contrario, la adherencia es un proceso mucho más dinámico y es el resultado de conductas o acuerdos a los que el profesional llega con el paciente (21). De acuerdo con la OMS, la medición y evaluación de la adherencia terapéutica es una necesidad continua que permite la planificación de tratamientos efectivos y de calidad (22).

La adherencia al tratamiento es multifactorial y sigue siendo un desafío para los involucrados: pacientes y proveedores de atención médica, especialmente en el contexto de la atención primaria de salud. Por tanto, los profesionales requieren herramientas que les ayuden a comprender su funcionamiento, y así diseñar intervenciones exitosas para ser implementadas al número de pacientes hipertensos que hay en su población asistida, ya que pocos trabajos abordan la adherencia al tratamiento en el ámbito de la atención primaria de salud (3).

Según Ávalos, la variabilidad del grado de adherencia se da en relación al tipo de enfermedad: 70% en asmáticos, 50% en hipertensos, diabéticos y dislipidémicos y 30-40% en enfermedades agudas, entre otras (23).

La trascendencia de una adecuada adherencia a la terapéutica antihipertensiva reside en disminuir el riesgo de complicaciones. Una reducción estandarizada de entre 5 a 10 mm Hg de presión arterial sistólica y diastólica reduce la insuficiencia cardíaca en un 43%, el accidente cerebrovascular en un 36%, la muerte cardiovascular en un 18%, los eventos coronarios en un 16%, y la mortalidad por todas las causas en hasta un 11% (24).

NO ADHERENCIA TERAPEUTICA

La no adherencia terapéutica está definida como el grado en el cual el comportamiento del paciente, la toma de medicamentos, la dieta y el cambio de los estilos de vida no se cumplen a cabalidad. Es una preocupación creciente y está asociada con resultados desfavorables. Mantener la adherencia a la medicación es un tema complejo en los pacientes con enfermedades crónicas, particularmente enfermedades cardiovasculares. La influencia de la no adherencia a los medicamentos antihipertensivos es una causa importante de HAS descontrolada (4).

Hoy en día la falta de apego al tratamiento se perfila como una de las principales causas de fracaso terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, esto genera un aumento en los costos para el paciente y el sistema de salud y seguridad social, además de la presencia de complicaciones que afectan de forma directa a la calidad de vida del paciente (8).

La no adherencia al tratamiento antihipertensivo se reconoce cada vez más como un contribuyente principal al control subóptimo de la presión arterial a nivel de la población con diagnóstico de HAS (9).

La magnitud del grado de no apego terapéutico a nivel mundial de enfermedades crónicas varía de 25 a 50% (incluso algunos estudios 30 a 60%), pero esta adhesión a tratamientos es mucho menor en los países en vía de desarrollo por la escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención de salud (22).

Las tasas estimadas según OMS y Newman de adherencia a la terapia a largo plazo en enfermedades crónico degenerativas están por debajo del 50% en los países de ingresos bajos y medianos. Algunos estudios confirman que la cifra de pacientes no cumplidores alcanza cerca del 40 % para el tratamiento médico farmacológico y entre el 60 y 90 % para el tratamiento médico no farmacológico, que abarca las medidas higiénicas, dietéticas y la práctica de ejercicios físicos entre otros (23).

Ante la prescripción de un tratamiento farmacológico en pacientes con HAS menos de la mitad de ellos continuara recibéndolo de la forma indicada luego de 6 meses según el estudio ENSAT (25). Los estudios que utilizan datos de encuestas nacionales en México, estiman que la proporción de pacientes hipertensos que cumplen con las definiciones de control clínico es sólo del 57% (26).

Es fundamental que los profesionales sanitarios identifiquen en la población que se encuentra bajo su cuidado, qué variables están involucradas y asociadas con el abandono del tratamiento o incumplimiento de las instrucciones terapéuticas, considerando las características presentes de la población y la necesidad de estudios que evalúen la implementación de estrategias dirigidas a abordar el problema de la no adherencia al tratamiento (3).

FACTORES DE NO ADHERENCIA TERAPEUTICA

En el año 2009 se llevó a cabo un consenso sobre la adherencia terapéutica que concilió a más de 80 personas de diversos horizontes profesionales, todas involucradas en el cuidado de los pacientes con medicamentos. Esta reunión dio lugar a una nueva taxonomía publicada en el año 2012. De acuerdo con este consenso, la adherencia a la medicación es un proceso caracterizado por 3 componentes principales: el inicio, la implementación y la interrupción.

El inicio es el tiempo que abarca desde la prescripción hasta que se toma la primera dosis del medicamento. La implementación del régimen de dosificación es la medida en que la dosis real del medicamento corresponde al régimen de dosificación

prescrito; refleja la ejecución del día. Por último, la interrupción marca el final de la terapia, cuando se omite la siguiente dosis a tomar y el tratamiento se interrumpe a partir de entonces. Este parámetro permite la definición de persistencia, que es el período de tiempo entre el inicio y la última dosis inmediatamente anterior a la interrupción. (6).

Por lo tanto, derivado de estas definiciones anteriores es que pueden ocurrir 3 tipos principales de desviaciones, es decir, no iniciación, breve persistencia y mala ejecución. En estudios clínicos, alrededor del 4 al 5% de los pacientes nunca inician su tratamiento a pesar de estar en un estudio, sin embargo, en la práctica clínica la no iniciación es mucho más frecuente con cifras de hasta el 24%, esto sea cual sea la enfermedad; este fenómeno puede variar considerablemente según los países y el acceso a los medicamentos. Además de la no iniciación, la no persistencia es definitivamente la causa más común de mala adherencia en la HAS con un 50% de pacientes que han parado su tratamiento al año de su prescripción, esto es particularmente prevalente entre los pacientes hipertensos recién tratados, además de que el riesgo de interrupción parece ser mayor en pacientes menores de 40 años. Por último, la mala ejecución, que es la consecuencia común del olvido o negligencia ocasional, resulta en períodos más o menos prolongados de interrupciones del tratamiento. Cada uno de estos aspectos de la adherencia a la medicación tiene una influencia directa e importante sobre la calidad del control de la presión arterial en la HAS, siendo los más críticos, por supuesto, la no iniciación y la falta de persistencia (6).

Para lograr mejorar la adherencia se debe entender las causas que la afectan, con base a ello, la OMS en su informe del 2003 postuló las cinco dimensiones interactuantes de la adherencia terapéutica, cada una de estas compuesta por un grupo de factores y relaciones entre los mismos. Los factores que componen estas dimensiones se clasifican en modificables y no modificables, dependiendo de la capacidad y facilidad de cambio que tengan a través de la aplicación de técnicas y entrenamiento específico. Los factores modificables más comunes están relacionados con rasgos propios del profesional de la salud, el paciente o de ambos. Estos factores están representados por el estilo comunicacional, los valores y

creencias, percepciones, expectativas, perspectiva de trabajo centrada en el paciente, conocimiento y necesidades. Por otro lado, los factores no modificables son propios de la experiencia previa del paciente al encuentro con el servidor de salud y son frecuentemente denotados en las características sociodemográficas, por ejemplo, la edad, el género y el estado socio-económico, la identidad étnica y racial (27) .

Dimensión 1: Factores sociodemográficos

Este grupo de factores presenta el menor nivel de influencia, a comparación de las otras dimensiones. Se ha encontrado que determinados factores como la baja educación y poco apoyo social aportan en cierto grado a una adherencia deficitaria (28). En otros estudios, la edad es el factor con más fuerza predictiva y le sigue el bajo nivel socioeconómico, asociado a la posibilidad que tiene la persona para costear los servicios de la salud (29–31).

En cuanto al apoyo social, a pesar de que algunos pacientes forman parte de un núcleo familiar, no se evidencia un soporte de apoyo por parte de los miembros de la familia. De ahí que el apoyo de familiares sobre acciones como por ejemplo la ayuda en la comida, el dinero, junto con la promoción de un entorno social que promueva las conductas brindadas por el profesional en salud conceden la capacidad de mayor adaptación y adherencia a los procesos terapéuticos (30). Varios estudios han informado que un apoyo familiar deficiente es factor que condiciona al mal apego terapéutico, sin embargo también se ha reportado que no siempre es así(10,31). Dado este hallazgo, debemos tener en cuenta que las familias deben participar directamente en la atención proporcionada al paciente hipertenso porque los cambios de hábitos requieren compromiso de todos los involucrados en el núcleo familiar (3).

Es claro que en los últimos años se ha presentado un aumento en el intercambio migratorio, en este contexto se ha visto que ser inmigrante y no manejar la lengua materna de la ciudad de residencia, perjudica la capacidad para tener acceso de manera directa a los procedimientos en salud (32).

Es conocido que un bajo nivel de escolaridad es un elemento que puede condicionar al desarrollo de enfermedades crónicas, esto se debe al desconocimiento sobre los

factores de riesgo que originan dichas patologías, menor entendimiento de la enfermedad, y de igual manera esta misma población tiende a utilizar mecanismos de afrontamiento a la enfermedad menos eficaces y por lo tanto una adherencia de insuficiente (5,9,23).

Los adultos con mayor nivel de educación tienen una prevalencia 2.7 veces más baja de HAS que los adultos con primaria o ningún grado de escolaridad (33). Además algunos estudios mencionan que los hombres jóvenes con un grado escolar superior tienen un mayor control de la presión arterial (34).

Aunque la hipertensión afecta a las personas independientemente de su nivel socioeconómico o nivel educativo, tener un nivel socioeconómico bajo juega un papel importante e interfiere en otras situaciones de salud, como el acceso a los servicios de salud, el nivel de información, comprensión sobre la enfermedad y adherencia al tratamiento (3,12,13).

En cuanto a la edad, es llamativo que en algunos estudios personas mayores de 60 años de edad tienen mayor adherencia que personas más jóvenes, algunos autores han encontrado que las personas de mayor edad olvidan menos las tomas de sus medicamentos porque frecuentemente dichos enfermos tienen otras entidades patológicas y por tanto tienen más sintomatología, lo cual incentiva a no abandonar la medicación (5, 20).

Algunos estudios mostraron que no hay diferencia significativa en cuanto al género, aunque suelen ser más adherentes las mujeres (6). Según Tadesse, hay un mayor porcentaje de incumplimiento de los medicamentos antihipertensivos en las mujeres, sin embargo el riesgo de incumplimiento es 1.3 veces más alta en hombres que en mujeres (35).

Dimensión 2: Factores relacionados con el paciente

Los factores relacionados con el paciente son usualmente el foco principal de los esfuerzos para comprender y mejorar la adherencia terapéutica, por lo que en algunas ocasiones puede reducir la atención al importante papel que desempeñan las otras dimensiones de la adherencia (32).

Algunos pacientes no aceptan el diagnóstico, por lo tanto, el primer obstáculo es la aceptación del diagnóstico y la dificultad de algunos pacientes para iniciar un tratamiento de por vida para tratar una enfermedad silenciosa (5). Hasta una cuarta parte de los pacientes nunca comienzan su tratamiento (26). Recibir el diagnóstico de una enfermedad crónica puede llegar a constituir una crisis paranormativa y por consiguiente lleva a la persona a tener que reorganizar diferentes aspectos de su vida, que en algunas ocasiones implica tener que recibir y procesar información nueva y empezar a interactuar con circunstancias poco comunes, lo que puede llegar a provocar un cierto grado de incertidumbre (36).

Es posible que otros pacientes no perciban el impacto potencialmente severo de una enfermedad asintomática sobre el riesgo futuro para la salud, incluidas afecciones sintomáticas y altamente mortales como puede ser una emergencia hipertensiva. Si los pacientes perciben que los medicamentos recetados son ineficaces para controlar la HAS es probable que tengan un impacto perjudicial, y por lo tanto la adherencia se vea afectada negativamente citar (37).

La falta de conocimiento de la población sobre la HAS y sus consecuencias están ligadas a una adherencia escasa, sin embargo, las intervenciones de adherencia basadas únicamente en la educación a menudo conducen a resultados subóptimos, teniendo en cuenta que la educación es frecuentemente un componente de las intervenciones exitosas de múltiples métodos. Un ejemplo de un malentendido común que afecta negativamente a la adherencia es el término de hipertensión, que connota a demasiados pacientes que el estrés o los problemas de comportamiento son la causa principal de las elevadas cifras de presión arterial (9,38). De hecho, los pacientes con esta percepción del término tienen menos probabilidades de tomar sus medicamentos antihipertensivos.

Está demostrado que la mayoría de pacientes con HAS muestran carencia de conocimiento de su condición y tratamiento (3,8), por tanto es prudente realizar mediciones para evidenciar la necesidad de una intervención en caso de que no exista, o de mejorar las existentes.

Generalmente la mayoría de pacientes con buen apego al tratamiento presentan un nivel de conocimientos aceptable sobre la enfermedad, lo que sugiere que ambas

variables demostraron tener relación (8). En algunos casos, comprender que la HAS es una afección grave y que el tratamiento es efectivo puede ser insuficiente para fomentar la adherencia si el paciente cree que las consecuencias ocurrirán en una fecha futura.

El olvido es un factor común que contribuye a la adherencia subóptima, conclusión respaldada por la evidencia, ya que las intervenciones de métodos múltiples que mejoran la adherencia a menudo abordan esta barrera (4,5,39). Se puede determinar que olvidar tomar medicamentos es un elemento que repercute negativamente en la salud de los pacientes hipertensos, dificultando a largo plazo su manejo y aumentando la probabilidad de aparición de complicaciones (40). Por lo tanto, el olvido es una variable importante que provoca barreras para la ingesta medicamentosa.

Aquellos pacientes con HAS que usan alternativas a la medicina tradicional u occidental tienen menos probabilidades de adherirse a los medicamentos recetados (35,41).

Son diferentes los estudios que se han realizado con el objetivo de acentuar algunos factores mencionados anteriormente con el fin de complementar aspectos clave de esta dimensión y su relación con otras. Dentro de estos se encuentra la limitación auditiva y visual, que pueden inferir con la obtención inapropiada de la información sobre el medicamento y las decisiones que se tomen acerca del mismo (30). Además de esto, se afirma que la calidad con la que se procese la información para recordar la asistencia médica o el momento para tomar un medicamento depende en gran parte del nivel de desempeño cognitivo con el que cuente la persona, en términos de funciones básicas como atención y memoria, las cuales pueden estar afectadas ya sea por cuadros clínicos como la discapacidad intelectual o problemas del aprendizaje (30) o por el contrario, ser producto de fallas aisladas, sin relación alguna con el nivel de desempeño intelectual (42)

Respecto a la motivación se menciona que las personas que tienen una motivación interna combustionada por el cambio conductual tienen mayor probabilidad de orientarse al cumplimiento terapéutico (43), de acuerdo al régimen costo-beneficio que establezca el paciente en relación a su terapéutica, y la confianza que desarrolle frente a este puede disponer en gran parte para su motivación hacia la aceptación y acatamiento terapéutico (44). Brindar motivación al paciente con apoyo social ayuda a mejorar la adherencia al tratamiento con el fin de generar un aumento en posibilidad de que se presenten los resultados esperados. La familia es una fuente de apoyo frecuente para el apego terapéutico (10). Se menciona que el apoyo de cónyuges e hijos como uno de los factores más importantes para mejorar la adherencia y otros aspectos importantes como la autogestión, nutrición y la actividad física (45)

Algunos otros factores que la OMS registró en su momento como barreras de la adherencia en el paciente son: baja autoestima (42,46), alto nivel de estrés emocional y depresión(47,48). También se ha observado una relación con las comorbilidades psicológicas (46) o puntualmente diagnósticos de enfermedad mental (30,48).

Algunos otros factores que la OMS registró en su momento como barreras de la adherencia en el paciente son estrés psicosocial, ansiedad por posibles efectos adversos del medicamento, baja motivación, inadecuado entendimiento de las instrucciones del tratamiento, falta de aceptación del monitoreo, baja expectativa, inasistencia a los seguimientos o a la consejería, desesperanza o emociones negativas, frustración hacia los profesionales de salud, ansiedad sobre la complejidad del régimen del medicamento y sentirse estigmatizado por la enfermedad (5,22,41,49).

Dimensión 3: Factores relacionados con el sistema o el equipo de atención sanitaria

La construcción de un entorno asistencial adecuado y colaborativo es determinante en la conducta adherente terapéutica debido a que fortalece la capacidad de

confrontar activamente la enfermedad el paciente (50). Se ha establecido que tanto la atención médica, no médica, como de farmacia y administrativa que van incluidos en las dependencias de salud influyen en el comportamiento de conductas adherentes, en vista que se ha demostrado la relación estrecha entre la satisfacción del paciente y el trato recibido en el ambiente sanitario (51).

La buena relación médico paciente tiene influencia positiva en el apego terapéutico, al igual que el uso de lenguaje acorde para concientizar al paciente sobre la enfermedad, la mala praxis radica en la inadecuada relación profesional que es consecuente de interacciones negativas como dar información errónea y el uso de modos comunicativos ineficaces influenciando un papel clave en la formación de un ambiente cooperativo (30). Un estilo de comunicación colaborativa y una comunicación que incluya preguntas circulares y reflexivas son más efectivas que un estilo de inquisición lineal y estratégico. (1)

Dimensión 4: Factores relacionados con la terapia

Siguiendo con el uso de la prescripción, investigaciones a nivel internacional muestran que de las causas que llevaron a la población a alterar el tratamiento y caer en el descontrol de la presión arterial predomina el abandono del medicamento por los efectos adversos, siendo más frecuente la tos en los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y el edema de los anti cálcicos (3,52). Los pacientes realizan una evaluación sobre los efectos secundarios de los medicamentos que ingieren y sobre la manera de cómo pueden incidir negativamente en su vida, por lo tanto, es de considerar que la buena calidad y el tipo de información que reciba el paciente sobre su patología y el tratamiento, repercutirá seriamente en la forma de como la persona asuma el proceso de mejoría, por tal motivo un monitoreo constante merece la pena para impedir alteraciones debido a la tolerancia del medicamento (30).

Los regímenes terapéuticos con múltiples medicamentos, especialmente cuando se combinan con múltiples dosis diarias, se reconocen desde hace mucho tiempo como barreras para la adherencia. Alternativamente, menos medicamentos y dosis al día

se asocian consistentemente con una mejor adherencia y control de la hipertensión (29,44,53,54).

Los pacientes que alcanzan los objetivos terapéuticos más rápidamente, que requieren menos ajustes en su régimen de medicación, y que experimentan efectos adversos limitados o nulos tienen más probabilidades de adherirse que los pacientes con un período más largo para controlar, que a menudo experimentan múltiples cambios en sus regímenes de medicación y/o que además experimentan efectos adversos (3,5).

La polifarmacia es una condición que puede ser el resultado del inadecuado control de los medicamentos antihipertensivos, como resultante de un intento por controlar los efectos adversos de estos mismos (42).

Algunos estudios han encontrado que dosis fijas con medicamentos combinados (por ejemplo, múltiples medicamentos en una pastilla) puede ser mejor para la adherencia que usar dos o más medicamentos por separado, al reducir la carga de píldoras y mejorar sincronización de medicamentos (5,53). Por esta razón, se recomienda el uso de combinaciones de fármacos de acción prolongada en pacientes con riesgo de mala adherencia.

Por lo tanto, se puede resumir que el perfil de efectos adversos y complejidad de dosificación (a mayor número de fármacos peor adherencia) son factores que contribuyen a la no adherencia (5).

Según las recomendaciones de la American Heart Association (AHA) el ejercicio y la dieta son la piedra angular en el manejo de la HAS (13). Sin embargo se ha visto que cuando las indicaciones terapéuticas incluyen cambios radicales y acciones abruptas en los hábitos alimenticios se presenta un riesgo de baja adherencia (31). Esto contrasta con lo que refiere Baghikar, mencionando que el deseo de los pacientes por controlar sus enfermedades crónico degenerativas con modificaciones en el estilo de vida en lugar de la ingesta de medicamentos es mayor en pacientes latinos (10).

Dimensión 5: Factores relacionados con la enfermedad

En esta dimensión se citan peculiaridades propias de la enfermedad. Para ilustrar estas características se mencionan situaciones como el mejoramiento de la condición crónica y la ausencia de sintomatología, que llevan al paciente que se sienta menos motivado para continuar el medicamento (25,51,55,56).

MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

El incumplimiento del tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas es un problema de gran magnitud (57). Los problemas relacionados con el incumplimiento del tratamiento se observan en todas las situaciones en las que éste tiene que ser administrado por el propio paciente, independientemente del tipo de enfermedad (58). Se han realizado distintas investigaciones con el fin de crear, probar y validar instrumentos de medición de la adherencia terapéutica, produciéndose así un amplio abanico de posibilidades, que varían en sus características como sensibilidad, especificidad y facilidad de comprensión por parte de los sujetos de estudio (8).

Los métodos para medir la adherencia terapéutica pueden dividirse en métodos directos y métodos indirectos (20).

Los métodos directos son aquellos que ordinariamente radican en la determinación de la concentración de un medicamento en alguna muestra biológica, sus metabolitos o algún marcador biológico. Sin embargo, estas técnicas no están disponibles para todos los fármacos; dentro del grupo de marcadores biológicos para medir la adherencia se pueden utilizar: la razón normalizada internacional (INR), la hemoglobina glicosilada, el ácido úrico, entre otros (20,59).

Dentro de esta misma clasificación también se incluye la terapia directamente observada, la cual puede realizarse por un profesional sanitario, asistentes sociales, familiares o incluso entre pacientes, ya sea en un centro médico, en una farmacia comunitaria, en el domicilio del paciente o de un voluntario (60).

Los métodos directos son bastante objetivos, aunque son caros y no siempre aplicables a la práctica clínica habitual. Proporcionan una respuesta dicotómica, sí o no, sin revelar el patrón de no adherencia y sus posibles causas. Se utilizan

especialmente en el ámbito de los ensayos clínicos o en algunas patologías con un gran impacto en la salud pública (57).

Otro inconveniente de estos abordajes es el sesgo de adherencia a la bata blanca, según el cual los pacientes tienden a incrementar su adherencia unos días antes y después de una consulta. Por tanto, si se informa a los pacientes que se les extraerá sangre u orina para controlar su adherencia, lo que debe hacerse de acuerdo con principios éticos, el método puede llegar a tener un interés limitado (20).

Los métodos indirectos proveen una buena alternativa para valorar la adherencia terapéutica y de esa manera el personal de salud pueda fortalecer dicho componente del tratamiento (5). En este grupo se incluye la entrevista clínica o algún cuestionario validado, que con base a ellos se evalúa la información proporcionada por el paciente o su cuidador, el recuento de medicación, el uso de dispositivos electrónicos o el análisis del registro de dispensaciones. Este grupo de métodos tienen como ventajas la facilidad de aplicación en la práctica clínica y un menor coste en comparación con los métodos directos; con excepción de los dispositivos electrónicos (58).

La entrevista clínica con el paciente o algún familiar directo a él, parece ser simple y fácil de hacer, sin embargo, se reconoce que este método es impreciso; dependerá del médico esencialmente de sus habilidades de comunicación y de su capacidad para crear un ambiente alentador y "libre de culpas" entorno en que los pacientes se sientan seguros de responder honestamente a cualquier pregunta relacionada con su tratamiento (61,62).

En los ensayos clínicos, el recuento de pastillas sigue siendo el método más frecuente para evaluar la adherencia a los fármacos. Este método proporciona una descripción general de lo que ha tomado el paciente durante un período de tiempo, pero la tendencia de este método puede generar sobreestimación porque los pacientes tienden a referir cajas vacías. Este fenómeno se ha demostrado insertando más píldoras de las que realmente se necesitan: en ese caso, los pacientes a menudo refieren una caja vacía, lo que conduce a una tasa de adherencia superior al 100% (55,58).

En grandes estudios epidemiológicos, la adherencia y la persistencia se pueden evaluar utilizando datos de reabastecimiento de recetas (5). Con este enfoque, se puede calcular el porcentaje de días cubiertos por las recetas. Este método proporciona una estimación aproximada de la adherencia a los medicamentos durante un período y puede ser útil si se dispone de un control electrónico de las recetas de medicamentos en las farmacias. El método asume que los pacientes están tomando sus medicamentos de manera adecuada todos los días cuando la terapia está disponible y ciertamente este no es el caso. Estos registros continuos pueden ser útiles para evaluar la persistencia del fármaco y los factores de riesgo asociados con la mala adherencia (61).

La monitorización electrónica de la adherencia es una técnica disponible en la actualidad proporciona un historial de dosificación durante un período prolongado junto con el momento de la ingesta del fármaco. El monitoreo electrónico se ha utilizado en ensayos clínicos durante más de 20 años y recientemente ha sido recomendado por la FDA. Desafortunadamente, su implementación en la práctica clínica sigue siendo baja y hasta el momento el uso de este dispositivo aún se limita (6,62).

Son varios los cuestionarios que se han elaborado para evaluar la adherencia terapéutica, que pueden ser aplicados por personal médico, pero también por enfermeras u otros profesionales de la salud. En una amplia revisión sistemática de cuestionarios y escalas de cumplimiento terapéutico, Nguyen identificó 43 escalas escritas en inglés, pero existen muchas otras en diferentes idiomas (5). Estos cuestionarios se utilizan generalmente en estudios clínicos pero sus resultados tienden a sobrestimar la adherencia ya que los pacientes a menudo olvidan episodios cuando no se tomó ningún medicamento (63).

El cuestionario más popular es el desarrollado por Morisky-Green-Levine que fue publicado en el de 1986 para valorar el apego terapéutico en fármacos antihipertensivos en entornos ambulatorios. La escala de Morisky original (MMAS-4) tiene 4 ítems que tienen categorías de respuesta dicotómicas con <<sí o no>>. El fundamento de los cuatro elementos fue que la omisión de los medicamentos antihipertensivos puede ocurrir de una o varias formas: “olvido, descuido,

suspensión del medicamento cuando el paciente se siente mejor o comenzar a tomar el medicamento cuando se sienta peor” (57).

El MMAS-4 fue una escala innovadora en su momento ya que representaba las razones fundamentales de infrautilización u omisión del uso de medicamentos, y su inversión de la redacción de las preguntas para utilizar el sesgo de “decir sí” para obtener revelaciones de incumplimiento. Sin embargo, no mostró muy buenas propiedades psicométricas, presentó una sensibilidad y especificidad de 81% y 44% respectivamente. La confiabilidad alfa de Cronbach es 0.61, que es por debajo del valor aceptable de 0,7 (64).

En 2008, se desarrolló la escala de adherencia a la medicación de Morisky (MMAS-8) compuesta por ocho elementos, los primeros siete elementos son categorías de respuesta dicotómicas con <<sí o no>> y el último ítem fue una respuesta tipo Likert de cinco puntos. En comparación con la escala Morisky original, tiene las siguientes características: 1) La adición de cuatro elementos que tratan de identificar y abordar las circunstancias o situaciones relacionadas con la adherencia y comportamiento terapéutico; 2) Tiene una psicometría mejor en comparación con el cuestionario MMAS-4, ya que la sensibilidad y la especificidad son 93% y 53%, respectivamente y 3) el valor alfa de Cronbach es 0,83, que se encuentra por encima del umbral de aceptación (65).

La escala MMAS-8 original fue probada por Morisky en pacientes con HAS. La escala demostró ser fiable, con una buena sensibilidad y validez predictiva. Otros estudios han valorado y validado la escala MMAS-8 igualmente con antecedentes de infarto de miocardio, Diabetes Mellitus tipo 2, VIH-positivos, enfermedad renal crónica y enfermedad de Parkinson. La mayoría de estos estudios han demostrado propiedades psicométricas satisfactorias, con buena validez convergente, con buena fiabilidad test-retest y con una sensibilidad y especificidad aceptables (64) .

En Chile, se hizo un estudio con el objetivo de determinar si la escala de adherencia a la medicación de Morisky de 8 ítems es un instrumento útil en adultos hipertensos que acuden a un centro de atención primaria. Los resultados de la escala fueron comparados con la presión arterial y el método de recuento de comprimidos. La evaluación diagnóstica de la escala utilizando los métodos de referencia presión

arterial y recuento de comprimidos dio como resultado: sensibilidad: 86%, 85%; especificidad: 56%, 58%; valor predictivo positivo: 60%, 65%; valor predictivo negativo: 84%. 81%, concluyendo que la escala permite detectar de forma simple, y a bajo costo, a personas que no son adherentes a su régimen de tratamiento medicamentoso (40)

En Singapur, se hizo un estudio aplicando la medición MMAS-8 en pacientes que toman warfarina. Se encontró que los encuestados con puntuaciones del MMAS-8 más altas tenían un mayor porcentaje de Razones Internacionales Normalizadas (INR) dentro del rango terapéutico, mayor adherencia a las recomendaciones dietéticas y menor dificultad percibida para tomar todos los medicamentos; también era más probable que tomaran warfarina a la misma hora todos los días. La sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo del MMAS para identificar pacientes con mal control del INR fueron del 73,0%, 35,6%, 49,5% y 60,5%, respectivamente, utilizando el tiempo en el rango terapéutico del INR como estándar de oro (66).

En México, se realizó un estudio para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes que padecían HAS en el primer nivel de atención, utilizando los instrumentos de MMAS-8 y Brief Medication Questionnaire (BMQ). Con base en la escala MMAS-8, se encontró que 52.01% de la población contaba con adecuada adherencia terapéutica y 47.99% no tenía adherencia terapéutica. En la escala de BMQ, se mostró que 52.30% tenía incumplimiento terapéutico y 47.70% presentó cumplimiento terapéutico (67).

JUSTIFICACIÓN

La hipertensión arterial sistémica es una enfermedad crónica multifactorial. Afecta entre el 20 y 40% de la población adulta a nivel mundial. En México 25.5% de la población la padece y sólo el 45.6% está bajo control. Se estima que anualmente son diagnosticados 450 000 casos nuevos con esta enfermedad, y es responsable del 18.1% de muertes.

La hipertensión arterial sistémica descontrolada contribuye al desarrollo de múltiples enfermedades cardiovasculares, relacionadas íntimamente con los niveles de presión arterial y el tiempo de evolución de la enfermedad, entre ellas se destaca el infarto agudo de miocardio, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, enfermedad arterial periférica e insuficiencia renal. El abordaje terapéutico del paciente hipertenso consiste en medidas no farmacológicas y farmacológicas, sin embargo, actualmente un elevado porcentaje de pacientes no cumple metas de control. Hoy en día la falta de apego al tratamiento se perfila como una de las principales causas de fracaso terapéutico en pacientes con hipertensión arterial, esto genera un aumento en los costos para el paciente y el sistema de salud, además de la presencia de complicaciones que afectan de forma directa a la calidad de vida del paciente. El costo anual por hipertenso en la Seguridad Social es de \$1 067 en el escenario promedio y de \$3 913 en el escenario extremo. El gasto anual en hipertensión arterial equivale a 13.95% del presupuesto destinado a la salud y a 0.71% del Producto Interno Bruto, siendo objeto de estudio para la búsqueda de medidas más eficientes sobre el manejo de este padecimiento

La no adherencia al tratamiento antihipertensivo se reconoce cada vez más como contribuyente del control subóptimo de la presión arterial a nivel de la población con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica. Se han identificado varios factores asociados al apego terapéutico que explican por qué la tasa de control de cifras de presión arterial sigue siendo baja, conocerlos sirven de elemento para determinar la magnitud de un problema que limita la eficiencia de los tratamientos farmacológicos y la realización de acciones y estrategias para el aumento de esta.

La Unidad de Medicina Familiar No. 21 “Francisco Del Paso y Troncoso”, cuenta con los recursos humanos y materiales para realizar el estudio, así como infraestructura. Dentro de los recursos humanos cuenta con pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica, los cuales son de vital importancia para realizar el presente estudio. Para los recursos materiales se requiere de papel y una impresora, para poder imprimir el consentimiento Informado y el cuestionario estructurado realizado por el investigador. El investigador aportará plumas, lápices, gomas, así como la computadora con software Windows y paquete estadístico con el cual se analizará la información.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial sistémica es uno de los principales motivos de consulta en los servicios de primer nivel de atención de salud. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016, realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública y la Secretaría de Salud, uno de cada cuatro adultos en México padece hipertensión arterial, es decir, 25.5% de la población, de los cuales aproximadamente el 40% ignora que tiene esta enfermedad, 79.3% de la población que tenía diagnóstico previo de hipertensión arterial recibía tratamiento farmacológico y únicamente el 45.6% tuvo presión arterial bajo control. Es uno de los principales factores de riesgo para padecer enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y renal crónica, entidades las cuales son importantes causas de mortalidad en México. Sus complicaciones se relacionan directamente con la magnitud del aumento de la tensión arterial, el tiempo de evolución y el tratamiento integral del paciente.

La adherencia al tratamiento médico es el pilar fundamental del control de las enfermedades crónico-degenerativas, por ello es importante establecer el papel que juegan los factores propios del individuo y los del entorno del paciente.

La medicina familiar tiene como fundamento centrarse en la atención de la persona como un todo, siendo el médico familiar el encargado de orientar a la familia en patologías crónicas como lo es la HAS, requiriendo el manejo de conocimientos, destrezas y habilidades para lograr una buena adherencia en el tratamiento, el cual le permitirá tener en sus pacientes un adecuado control de cifras tensionales.

Identificando el desapego terapéutico, así como las causas que generan la no adherencia, se pueden plantear estrategias para implementar tácticas en pacientes hipertensos no controlados y así disminuir la morbimortalidad en ellos, motivo por el cual se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores en la no adherencia terapéutica en pacientes de 20 a 59 años con hipertensión arterial sistémica en la unidad de medicina familiar no. 21 Francisco Del Paso y Troncoso?

OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar factores en la no adherencia terapéutica en pacientes de 20 a 59 años de edad con Hipertensión arterial sistémica de la Unidad de Medicina Familiar No. 21

Objetivos específicos

- Determinar las características sociodemográficas (genero, nivel de escolaridad y nivel socioeconómico) en pacientes sin adherencia terapéutica e hipertensión arterial.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en pacientes sin adherencia terapéutica e hipertensión arterial.
- Identificar el apoyo social en pacientes sin adherencia terapéutica e hipertensión arterial.
- Determinar el nivel de autoestima en pacientes sin adherencia terapéutica e hipertensión arterial.
- Determinar la relación médico paciente en pacientes sin adherencia terapéutica e hipertensión arterial.

HIPÓTESIS

Debido a que es un estudio descriptivo se plantea unicamente la siguiente hipótesis de trabajo:

Existen factores en la no adherencia terapéutica en más del 50% de pacientes de 20 a 59 años de edad con hipertensión arterial de la UMF No. 21

MATERIAL Y MÉTODOS

Variables

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS				
Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Escala de medición
Edad	Cuantitativa discreta	Tiempo que ha vivido una persona expresado en años cumplidos.	El paciente lo referirá a través del instrumento que se aplicará.	20 a 30 años 31 a 40 años 41 a 50 años 51 a 59 años
Sexo	Cualitativa nominal	Condición orgánica, masculina o femenina.	El paciente lo referirá a través del instrumento que se aplicará.	Masculino Femenino
Escolaridad	Cualitativa ordinal	Ultimo nivel educativo completo de una persona.	El paciente lo referirá a través del instrumento que se aplicará.	Sin estudios. Primaria completa Secundaria completa Bachillerato Completo Licenciatura Posgrado completo
Estado civil	Cualitativa nominal	Es la situación de una persona según el registro civil en función si tiene o no una pareja con quien se crean lazos jurídicos.	El paciente lo referirá a través del instrumento que se aplicará.	Casado/a Soltero/a Unión libre Divorciado/a Separado/a Viudo/a
Religión	Cualitativa nominal	Es un conjunto de creencias, normas de comportamiento, ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad.	El paciente lo referirá a través del instrumento que se aplicará.	Católica Cristiana Testigo de Jehová Otra
Ocupación	Cualitativo Nominal	Oficio o profesión de una persona.	El paciente lo referirá a través del instrumento que se aplicará.	Empleado/a Estudiante Ama de casa Profesionista

				Pensionado/a
Nivel socio-económico	Cuantitativo ordinal	Ingreso económico de la familia expresada en moneda nacional, durante un mes.	El resultado se obtendrá mediante la aplicación de la Escala de Graffar-Méndez Castellanos	04-06 puntos= Estrato alto 07-09 puntos= Estrato medio alto 10-12 puntos= Estrato medio bajo 13-16 puntos= Estrato obrero 17-20 puntos= Estrato marginal

VARIABLES DE TRABAJO

Variable	Tipo de Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
Conocimientos sobre hipertensión arterial	Cualitativa Ordinal	El grado de conocimiento que el paciente tiene sobre Hipertensión Arterial Sistémica.	El resultado se obtendrá mediante la aplicación del cuestionario CSH (Conocimientos sobre la hipertensión)	0 a 8 puntos= Bajo grado de conocimiento 9 a 17 puntos= Moderado grado de conocimiento ≥ 18 Alto grado de conocimiento
Apoyo social	Cualitativa ordinal	Persona o grupo social que favorece al desarrollo de algo o alguien.	El resultado se obtendrá mediante la aplicación de la Escala de Apoyo social familiar y amigos (AFA-R)	0-15 puntos: No hay apoyo 16-30 puntos: casi nunca existe apoyo 31-44 puntos: algunas veces existe apoyo 45-59 puntos: muchas veces existe apoyo 60-75 puntos: siempre existe apoyo
Autoestima	Cualitativa ordinal	Aprecio y consideración que una persona tiene de sí misma.	El resultado se obtendrá mediante la aplicación de la Escala de Autoestima de Rosenberg.	<25 puntos: Autoestima baja 26-29 puntos: Autoestima media

				30-40 puntos: Autoestima alta
Relación Médico Paciente	Cualitativa ordinal	Es el vínculo que se forma entre un médico y un paciente desde el punto de vista cognitivo, afectivo, actitudinal y conductual, influidos por el contexto cultural	El resultado se obtendrá mediante la aplicación del Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9).	9 – 17 puntos: Mala 18 – 25 puntos: Regular 26 – 45 Puntos: Buena

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Crterios de inclusión

- Paciente derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar Número 21 del turno matutino, vespertino y jornada acumulada.
- Paciente con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica.
- Pacientes de 20 a 59 años de edad de ambos géneros.
- Pacientes que acepten participar en el protocolo y firmen el consentimiento informado.
- Pacientes que tengan prescrito tratamiento farmacológico antihipertensivo.

Crterios de exclusión

- Pacientes con adherencia terapéutica según cuestionario de Morisky Green Levine 8 ítems (MMA-S 8).
- Pacientes que presenten alguna alteración cognitiva

Crterios de eliminación

- Cuestionarios incompletos.
- Cuestionarios mal contestados.

Tipo de diseño de estudio

- Observacional, descriptivo, transversal.

Población universo de estudio

- Pacientes derechohabientes que acuden a la Unidad de Medicina Familiar N° 21, con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica.

Periodo de estudio

Noviembre 2020 – octubre 2021

MUESTREO

No probabilístico por conveniencia.

- $$n = \frac{N \cdot Z_a^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z_a^2 \cdot p \cdot q}$$
- $$n = \frac{7652 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{0.05^2 \cdot (7652-1) + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$
- **$n = 366$**
 - N = total de la población (**7,652**)
 - Z_a = Seguridad (**95%**)
 - p = Proporción esperada (**50%**)
 - q = 1-p
 - d = precisión (**5%**)

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizará un análisis estadístico descriptivo empleando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y media para la variable de edad. Los resultados se reportarán en tablas, cuadros y gráficos usando el programa de análisis estadístico Excel.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

El presente estudio se efectuará en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 Francisco del Paso y Troncoso. Para realizar la investigación se hará una revisión bibliográfica sobre adherencia terapéutica e hipertensión arterial en Pubmed, Scielo, Redalyc, Trip-Turning Research Into Practice y Medscape.

Se acudirá al servicio de ARIMAC para obtener la población de pacientes de 20 a 59 años de edad con diagnóstico de hipertensión arterial adscritos a la Unidad para realizar el cálculo de la muestra.

Se presentará el siguiente estudio al Comité Local de Ética en Investigación y Comité Local de Investigación, previa autorización de ellos; a la población con hipertensión arterial de 20 a 59 años de edad, que acudan a su consulta en el periodo del estudio, previo de brindar información de qué trata la investigación y su propósito, además de hacer énfasis en el carácter de confidencialidad, una vez obtenida su aceptación del paciente se solicitará por escrito su consentimiento, se procederá a realizar el cuestionario de Morisky Green Levine de 8 ítems a través de un cuestionario heteroaplicable por el investigador mediante la plataforma de Google Forms por medio de un iPad octava generación con PadOs 14.0.1. Los pacientes que al contestar el cuestionario sean *no Adherentes* a su tratamiento, se les recabará sus características sociodemográficas así como la aplicación de los siguientes test para identificar algunos factores en el no apego terapéutico según lo encontrado en la literatura, los cuales son: Cuestionario CSH (conocimientos sobre la hipertensión) para medir el nivel de conocimiento sobre la enfermedad, Escala de Apoyo social familiar y amigos (AFA-R) para valoración de su apoyo social, Escala de Autoestima de Rosenberg para medir nivel de autoestima y Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) para evaluar la relación médico-paciente. En caso de ser necesario se entregará una carta informativa dirigida al médico familiar tratante, reportando el nivel de adherencia y los datos reexportados para dar seguimiento y abordaje. Obtenido el total de la muestra se procederá al análisis estadístico de la información para determinar los factores más prevalentes en la no adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial.

CONTROL DE SEGOS

- **Información:** Los participantes que serán incluidos en este estudio no conocerán la hipótesis de la investigación. El instrumento estará bien estructurado y entendible sin terminología técnica.
- **Selección:** La muestra se realizará de acuerdo a los criterios de selección, inclusión y exclusión.
- **Recolección de Datos:** Durante la fase de obtención de la información, el investigador aplicará el instrumento heteroaplicable de manera verbal, en todos los casos de manera objetiva con vocabulario preciso, exacto y conciso. Cada uno de los test se encuentran validados.
- **Análisis:** Durante el registro de los datos se reportarán de manera exacta, estos serán analizados mediante medidas de tendencia central y con pruebas estadísticas

ASPECTOS ÉTICOS

Principios éticos de Helsinki

De acuerdo a la declaración de los principios éticos de Helsinki de 1964 de la Asociación Médica Mundial para las investigaciones médicas en seres humanos, los datos de este estudio serán manejados en forma confidencial, la información será conservada en anonimato individual. Se brindará respeto por la dignidad de cada participante, así como respeto por las comunidades, protección de los derechos y bienestar de los participantes. La investigación no se realizará en poblaciones vulnerables o que necesiten protección especial.

Ley General de Salud

Con base a la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en su última reforma publicada en el año 2014:

Artículo 13.- En el individuo sujeto de investigación prevalecerá el criterio de respeto hacia dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTICULO 16.- Se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17.-, Este estudio se considera “Investigación con riesgo mínimo” debido a que a se emplea la recolección de datos a través de un procedimiento común, en este caso se aplicará un cuestionario estructurado a la población de estudio.

ARTÍCULO 22.- El consentimiento informado está formulado por escrito y reúne los requisitos mencionados en este apartado.

Código de Núremberg,

Para el presente estudio se entregará un consentimiento informado voluntario a la población de estudio, la persona implicada tendrá la capacidad legal para dar su consentimiento; debe estar en una situación tal que pueda ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor coercitivo o coactivo; y que debe tener el suficiente conocimiento y comprensión del asunto en sus distintos aspectos para que pueda tomar una decisión consciente. La investigación se realizará con la finalidad de

obtener resultados para el bien de la sociedad y será conducido de manera tal que evite todo sufrimiento o daño innecesario físico o mental. Durante el curso de la investigación el sujeto humano tiene la libertad de poder finalizarlo si llega a un estado físico o mental en el que la continuación del experimento le parece imposible.

Informe Belmont

Este estudio está basado en los tres principios éticos básicos, que son particularmente relevantes para la ética de la investigación con seres humanos: Los principios de respeto a las personas, de beneficencia y de justicia.

Los participantes serán incluidos con libre aceptación y serán informados adecuadamente sobre el propósito del estudio. Se tiene la seguridad de que el presente estudio no genera daño físico o mental. Cumple con los requerimientos del consentimiento informado, tiene las características elementales de la información, comprensión y voluntariedad

Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS)

Se realizó apego a las pautas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, establecidas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud en su última actualización del 2016:

Pauta 1.- La investigación se realiza con valor científico-social y respeto por los derechos de los participantes.

Pauta 3.- Distribución equitativa de los beneficios de la investigación en los pacientes.

Pauta 4.- Se otorgó un consentimiento informado en decisión de participar a la investigación el individuo y se le explicó a los sujetos de estudio los beneficios de la investigación, en el cual se le mencionó su nivel de adherencia terapéutica y se le brindó una referencia dirigida hacia su médico tratante para canalizarlo al servicio correspondiente de acuerdo a la esfera afectada en el rubro de factores de no apego terapéutico.

Este protocolo se enviará para ser aprobado por el Comité Local de Investigación de la Unidad de Medicina Familiar No. 21, IMSS Ciudad de México.

CONFLICTO DE INTERÉS.

En este estudio no se recibirá financiamiento externo y no se encuentra con conflicto de interés al participar en el presente estudio.

RECURSOS, FINANCIAMIENTOS Y FACTIBILIDAD

Recursos Humanos:

- Se cuenta con un asesor clínico especialista en medicina familiar; con amplia experiencia en el tema, y que ha participado en otros proyectos de investigación.
- Residente de Medicina familiar de segundo año.
- Pacientes de 20 a 59 años de edad con hipertensión arterial.

Recursos Materiales:

- iPad con software PadOS 14.0.1.
- Datos móviles.
- Plataforma Google Forms.
- Computadora con software macOS y paquete estadístico.
- Impresora, hojas, lápices, plumas.
- Instalaciones la de Unidad de Medicina Familiar No. 21

Recursos Financieros:

- Los gastos generados por la presente investigación serán cubiertos por los investigadores que participan en la misma.

FACTIBILIDAD

El presente estudio es totalmente factible, ya que la Unidad de Medicina Familiar No. 21 Francisco del Paso y Troncoso Ciudad de México, cuenta con el espacio para poder aplicar las encuestas. Para los recursos materiales el investigador aportará del iPad Octava Generación con PadOS 14.0.1 con conexión a la red a

través de datos móviles para la aplicación del instrumento mediante la plataforma Google Forms, así como papel y una impresora para imprimir el consentimiento informado. Además, aportará plumas y la computadora con macOS Monterey 12.0.1 y paquete estadístico con el cual se analizará la información. No implica ningún gasto extra ni para el paciente ni para el Instituto Mexicano del Seguro Social.

DIFUSIÓN

Se hará difusión de los resultados obtenidos y las conclusiones mediante carteles y trípticos.

TRASCENDENCIA

La hipertensión arterial sistémica descontrolada contribuye al desarrollo de múltiples enfermedades cardiovasculares, relacionadas íntimamente con los niveles de presión arterial y el tiempo de evolución de la enfermedad, entre ellas se destaca el infarto agudo de miocardio, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardiaca, enfermedad arterial periférica e insuficiencia renal. El abordaje terapéutico del paciente hipertenso consiste en medidas no farmacológicas y farmacológicas, sin embargo, actualmente un elevado porcentaje de pacientes no cumple metas de control. Hoy en día la falta de apego al tratamiento se perfila como una de las principales causas de fracaso terapéutico en pacientes con hipertensión arterial, esto genera un aumento en los costos para el paciente y el sistema de salud, además de la presencia de complicaciones que afectan de forma directa a la calidad de vida del paciente. El costo anual por hipertenso en la Seguridad Social es de \$1 067 en el escenario promedio y de \$3 913 en el escenario extremo. El gasto anual en hipertensión arterial equivale a 13.95% del presupuesto destinado a la salud y a 0.71% del Producto Interno Bruto, siendo objeto de estudio para la búsqueda de medidas más eficientes sobre el manejo de este padecimiento.

ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

No son necesarios ya que solo se aplicarán cuestionarios.

RESULTADOS

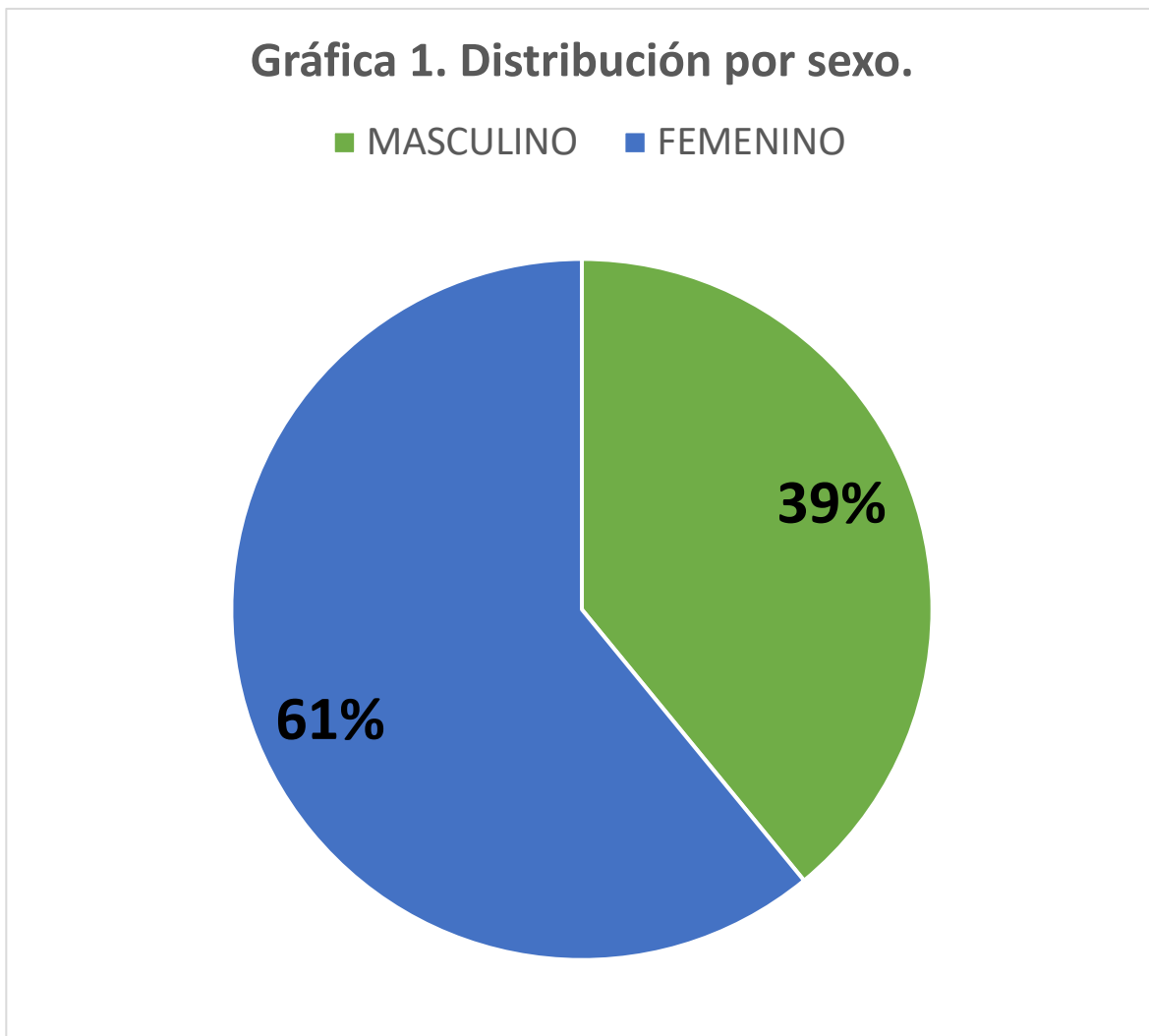
Se realizó un análisis descriptivo donde se calcularon frecuencias absolutas y relativas, además de la construcción de gráficas y tablas.

Tabla 1. Características de los pacientes incluidos	
	n= 366
Edad (años, media)	51.31 ± 7.3
Grupos de edad (%)	
51 a 59 años	65
41 a 50 años	26
31 a 40 años	7
20 a 30 años	2
Sexo (%)	
Femenino	69
Masculino	31
Escolaridad (%)	
Secundaria	31
Primaria	21
Bachillerato	18
Licenciatura	17
Sin estudios	11
Posgrado	2
Estado Civil (%)	
Casado/a	39
Unión Libre	29
Soltero/a	18
Separado/a	9
Viudo/a	4
Divorciado/a	1
Religión (%)	
Católica	72
Cristiana	18
Testigo de Jehova	6
Otra	4
Evangélica	0.2
Ocupación (%)	
Empleado/a	53
Pensionado/a	17
Ama de casa	16
Profesionista	13
Estudiante	1

Fuente: Instrumento de recolección diseñado para el protocolo "factores en la no adherencia terapéutica en pacientes de 20 a

59 años de edad con hipertensión arterial sistémica en la UMF 21“.

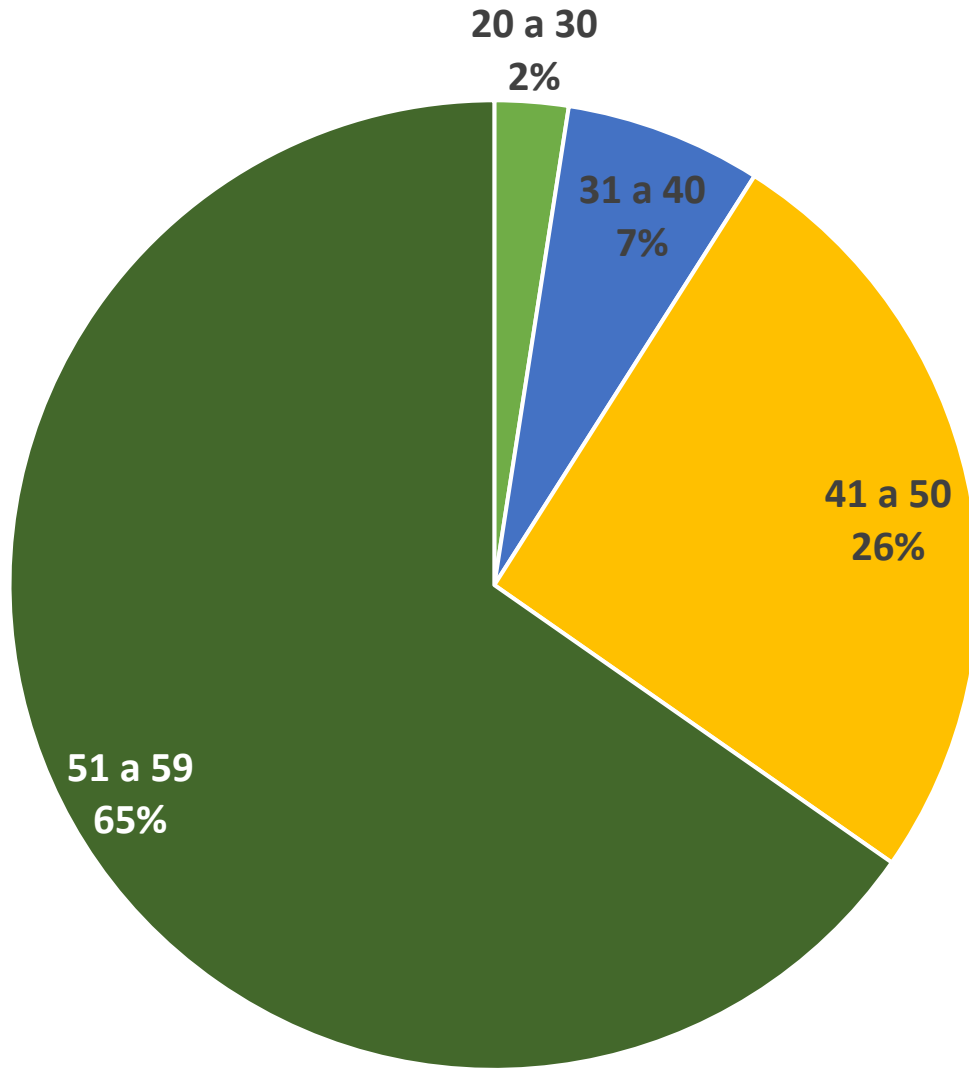
La muestra se compuso de 366 pacientes con una media de edad de 51.32 años con un mínimo de 27 y un máximo de 59 años, el grupo de mayor proporción fue el que tenía entre 51 a 59 años de edad (65%). La mayoría de la muestra fueron mujeres (61%), tienen nivel de secundaria en escolaridad (31%), son casados (39%), practican la religión católica (72%) y son empleados (53%) (Tabla 1).



Fuente: Instrumento de recolección diseñado para el protocolo “factores en la no adherencia terapéutica en pacientes de 20 a 59 años de edad con hipertensión arterial sistémica en la UMF 21“.

En categoría de sexo en pacientes sin adherencia terapéutica con hipertensión arterial sistémica de la UMF 21 se reportó 223 (39%) femenino y 143 (61%) masculino (Gráfica 1).

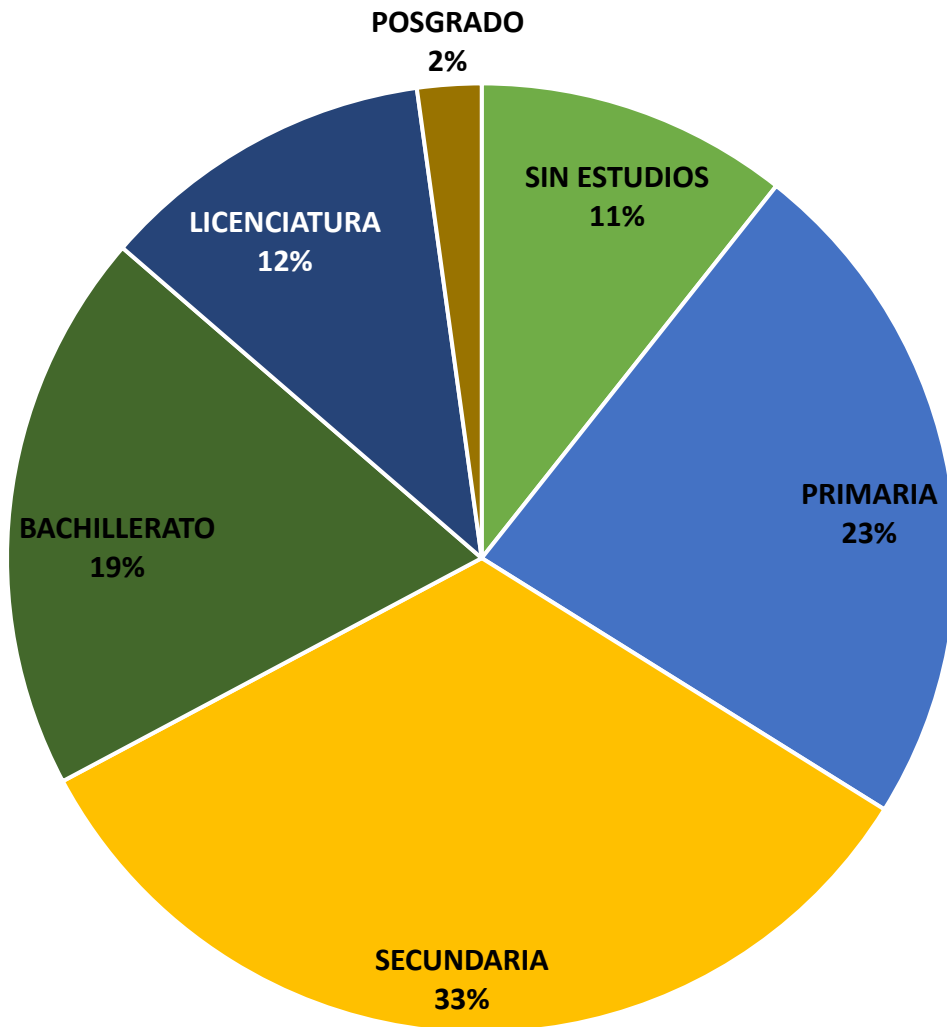
Gráfica 2. Distribución por grupos de edad.



Fuente: Instrumento de recolección diseñado para el protocolo “factores en la no adherencia terapéutica en pacientes de 20 a 59 años de edad con hipertensión arterial sistémica en la UMF 21”.

Con respecto a la sección de grupos de edad en pacientes sin adherencia terapéutica con hipertensión arterial sistémica de la UMF 21 se encontró, 9 (2%) de 20 a 30 años, 24 (7%) de 31 a 40 años, 94 (26%) de 41 a 50 años y 239 (65%) de 51 a 59 años (Gráfica 2).

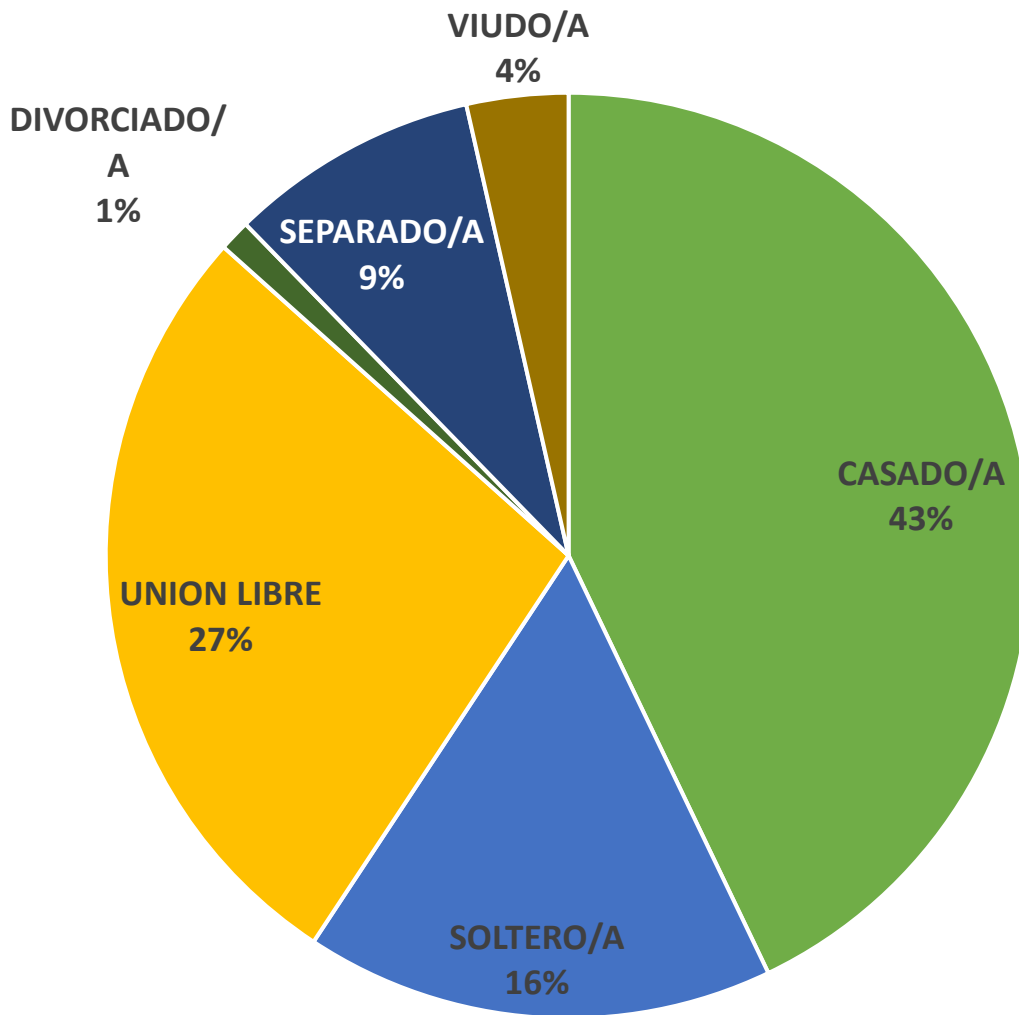
Gráfica 3. Distribución de acuerdo con la escolaridad



Fuente: Instrumento de recolección diseñado para el protocolo “factores en la no adherencia terapéutica en pacientes de 20 a 59 años de edad con hipertensión arterial sistémica en la UMF 21”.

Con base en el elemento escolaridad en pacientes sin adherencia terapéutica con hipertensión arterial sistémica de la UMF 21 se halló, 39 (11%) sin estudios, 85 (23%) con primaria, 122 (33%) con secundaria, 70 (19%) con bachillerato, 42 (19%) con licenciatura y 8 (2%) con posgrado o maestría (Gráfica 3).

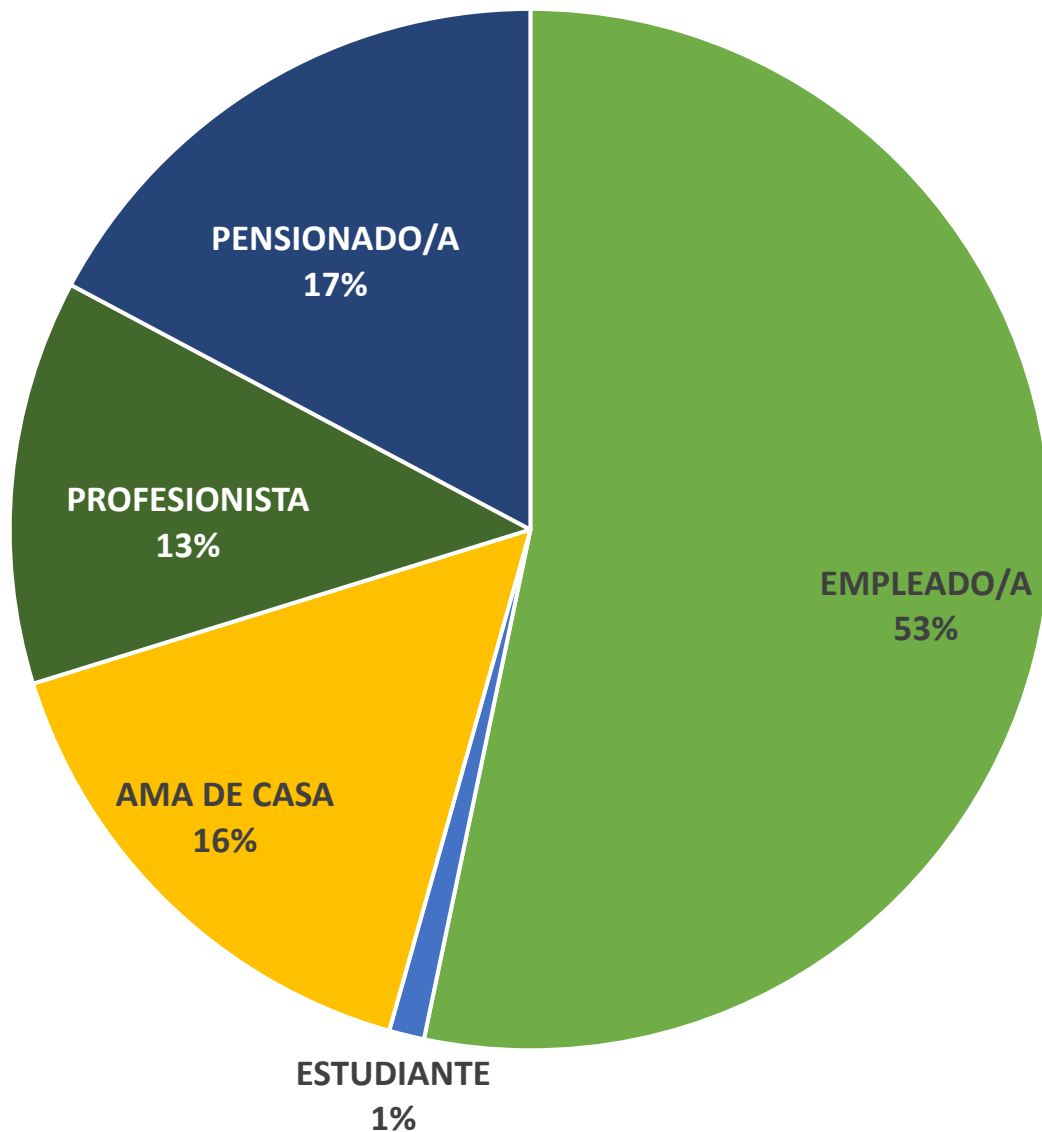
Gráfica 4. Distribución de acuerdo a estado civil



Fuente: Instrumento de recolección diseñado para el protocolo “factores en la no adherencia terapéutica en pacientes de 20 a 59 años de edad con hipertensión arterial sistémica en la UMF 21”.

Siguiendo el bloque de estado civil en pacientes sin adherencia terapéutica con hipertensión arterial sistémica de la UMF 21 se observó, 157 (43%) casados, 60 (16%) solteros, 100 (27%) se encuentran en unión libre, 4 (1%) son divorciados, 32 (9%) separados y 3 (4%) viudos (Gráfica 4).

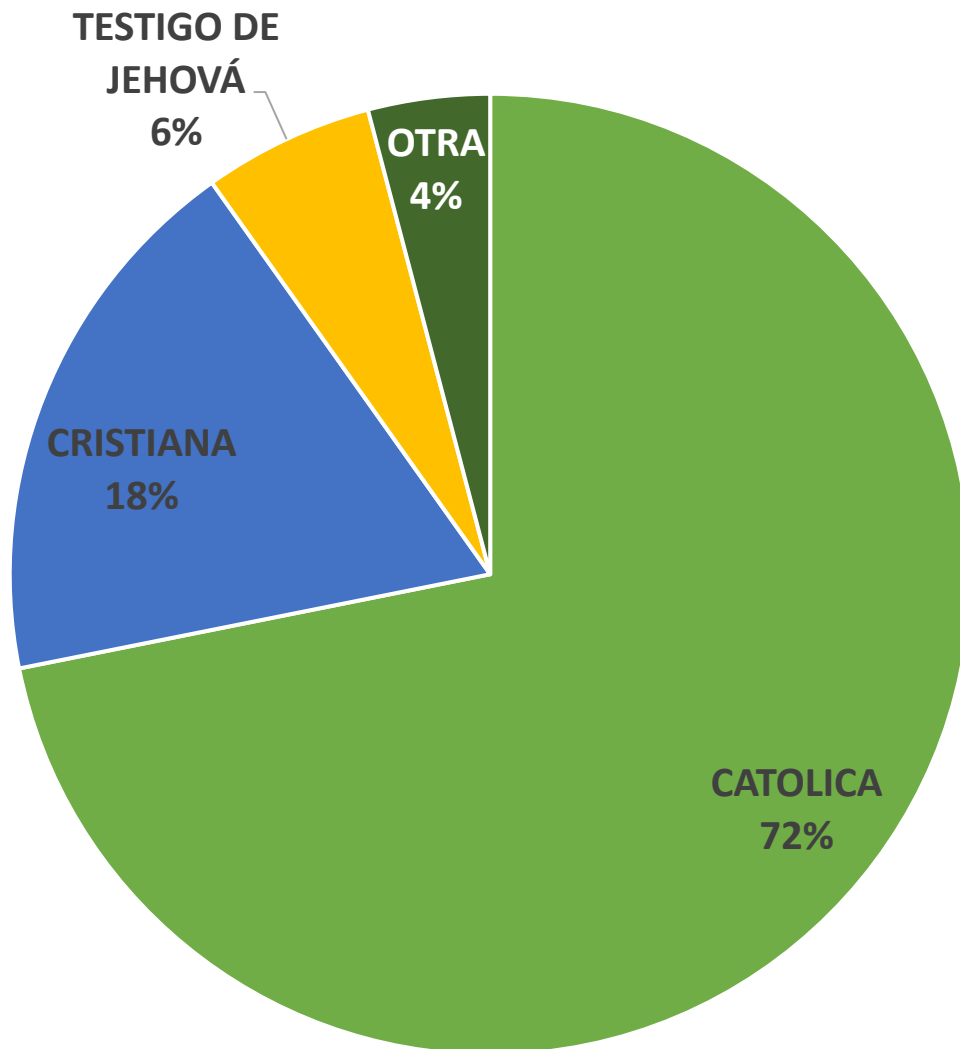
Gráfica 5. Distribución de acuerdo a ocupación



Fuente: Instrumento de recolección diseñado para el protocolo "factores en la no adherencia terapéutica en pacientes de 20 a 59 años de edad con hipertensión arterial sistémica en la UMF 21".

Para el componente de ocupación en pacientes sin adherencia terapéutica con hipertensión arterial sistémica de la UMF 21 se percibió, 195 (53%) empleados, 4 (1%) estudiantes, 58 (16%) amas de casa, 46 (13%) profesionistas y 63 (17) pensionados (Gráfica 5).

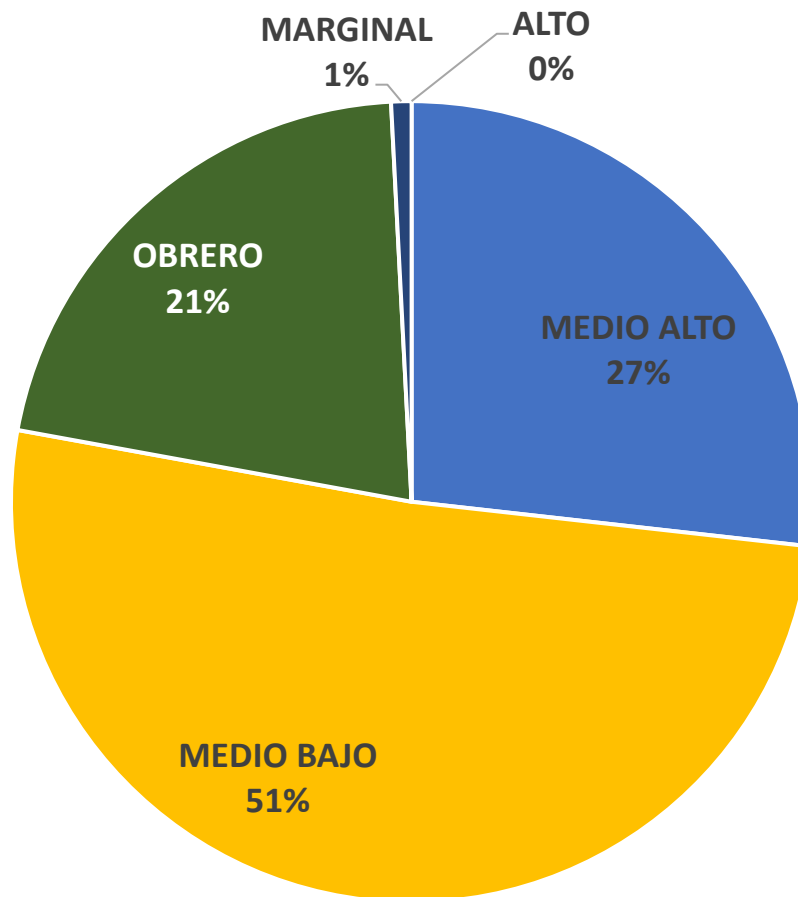
Gráfica 6. Distribución de acuerdo a religión



Fuente: Instrumento de recolección diseñado para el protocolo "factores en la no adherencia terapéutica en pacientes de 20 a 59 años de edad con hipertensión arterial sistémica en la UMF 21".

Con respecto al apartado de religión en pacientes sin adherencia terapéutica con hipertensión arterial sistémica de la UMF 21 se descubrió: 263 (72%) católicos, 67 (18%) cristianos, 21 (6%) testigos de Jehová y 15 (4%) que no practican ninguna o practican alguna religión diferente a las antes mencionadas (Gráfica 6).

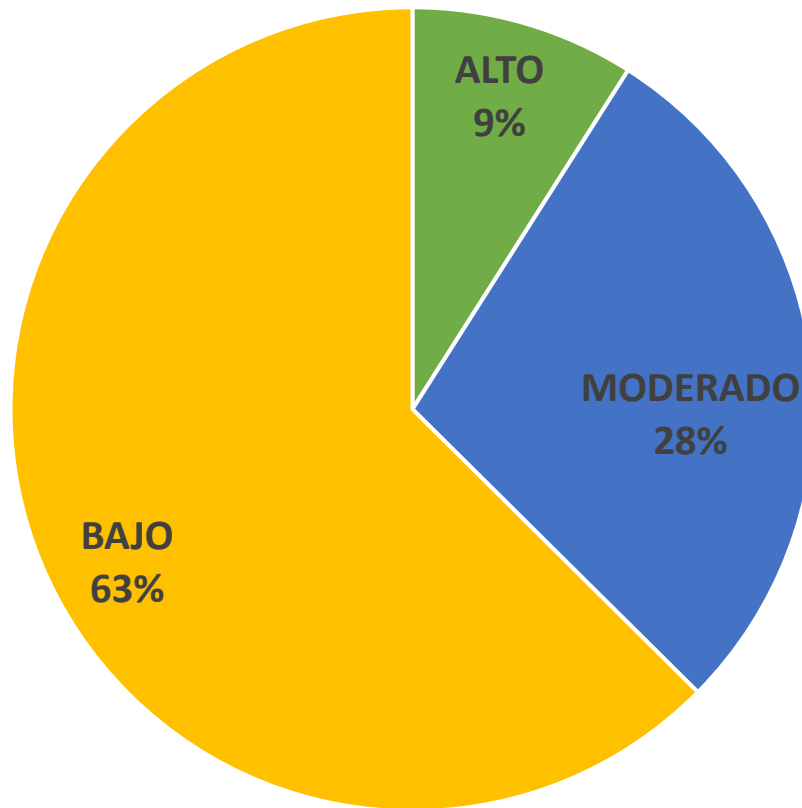
Gráfica 7. Distribución de acuerdo a estrato socioeconómico de acuerdo a la estratificación de Graffar-Méndez-Castellanos



Fuente: Instrumento de recolección diseñado para el protocolo “factores en la no adherencia terapéutica en pacientes de 20 a 59 años de edad con hipertensión arterial sistémica en la UMF 21”.

Para el rubro de Nivel Socioeconómico **en pacientes sin** adherencia terapéutica con hipertensión arterial sistémica **de** la UMF 21 evaluado mediante el método de estatificación social Graffar-Méndez Castellano se apreció: 0 con estrato alto, 98 (27%) con estrato medio alto, 187 (51%) con estrato medio bajo, 78 (21%) con estrato obrero y 3 (0,8%) con estrato marginal (Gráfica 7).

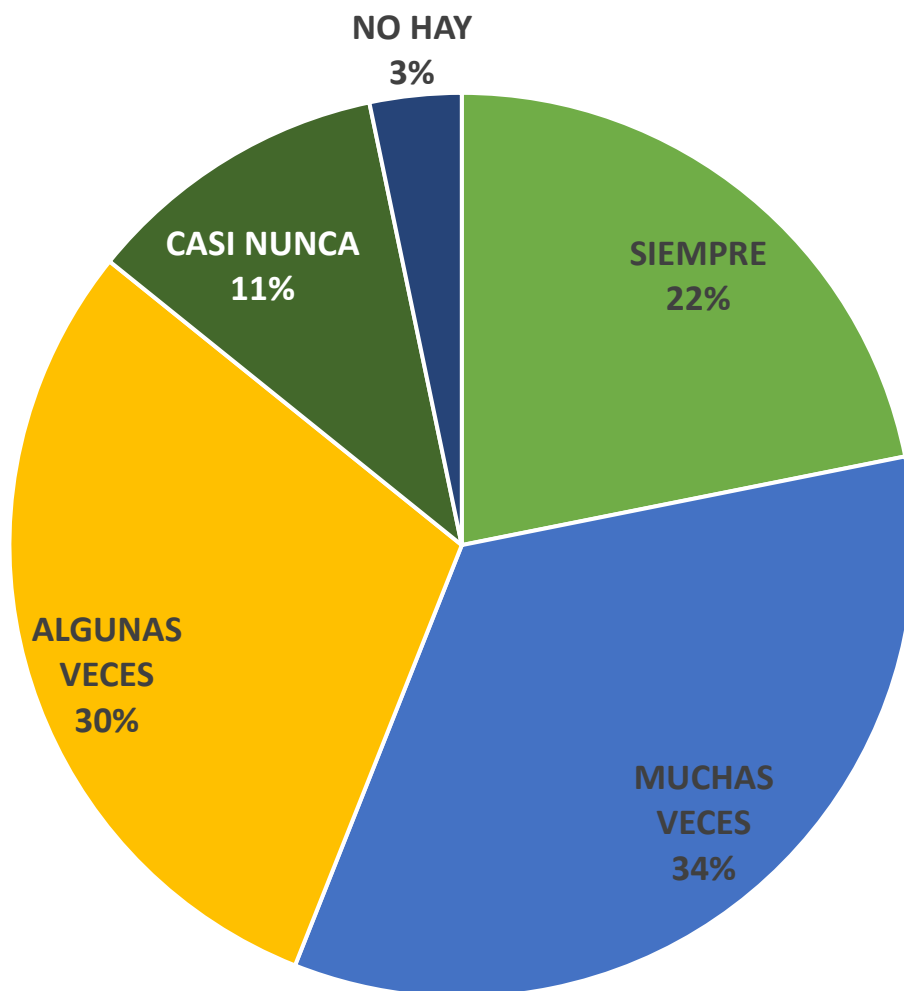
Gráfica 8. Distribución de acuerdo a nivel de conocimiento de Hipertensión de acuerdo a Cuestionario de Conocimiento Sobre Hipertensión Arterial



Fuente: Instrumento de recolección diseñado para el protocolo “factores en la no adherencia terapéutica en pacientes de 20 a 59 años de edad con hipertensión arterial sistémica en la UMF 21”.

Para la sección de nivel de conocimiento de Hipertensión en pacientes sin adherencia terapéutica con hipertensión arterial sistémica de la UMF 21 evaluado a través del cuestionario de Conocimientos Sobre Hipertensión Arterial se encontró: 33 (9%) con alto, 104 (28%) con moderado, y 229 (63%) con bajo (Gráfica 8).

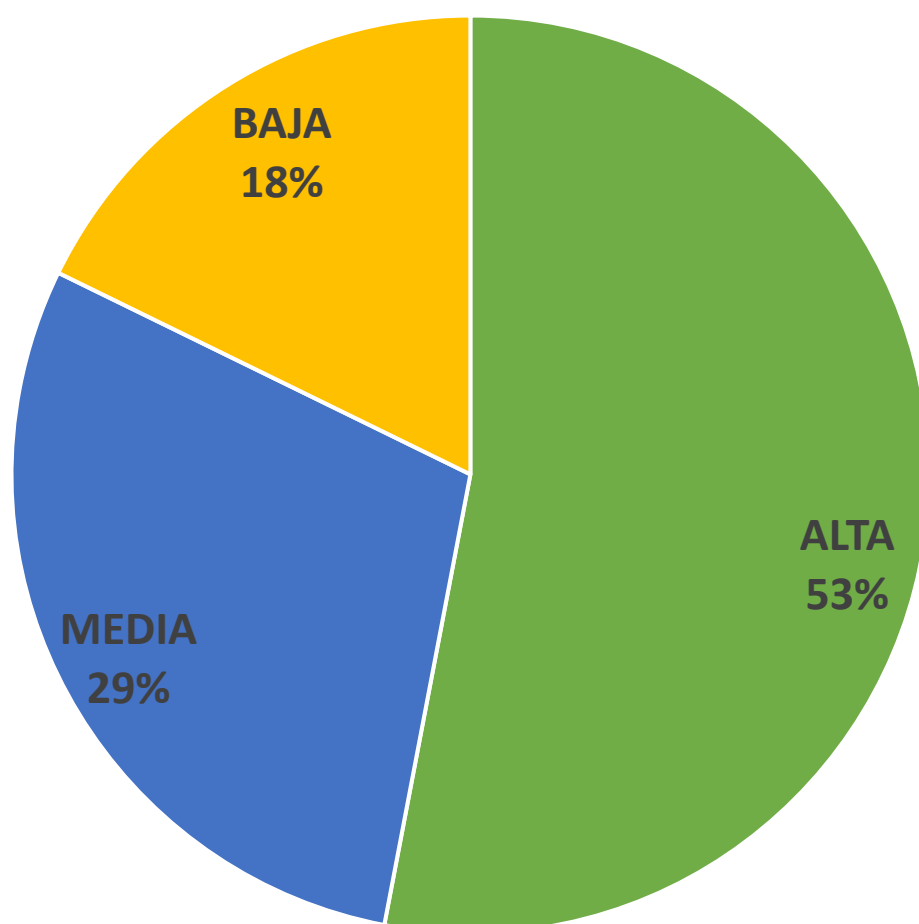
Gráfica 9. Distribución de acuerdo a Apoyo Social valorado mediante la Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos (AFA-R)



Fuente: Instrumento de recolección diseñado para el protocolo “factores en la no adherencia terapéutica en pacientes de 20 a 59 años de edad con hipertensión arterial sistémica en la UMF 21”.

Para el módulo de Apoyo Social en pacientes sin adherencia terapéutica con hipertensión arterial sistémica de la UMF 21 valorado mediante la Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos (AFA-R) se apreció: 80 (22%) siempre tienen, 125 (34%) muchas veces tienen, 109 (30%) algunas veces tienen, 40 (11%) casi nunca tienen y 12 (3%) no tienen (Gráfica 9).

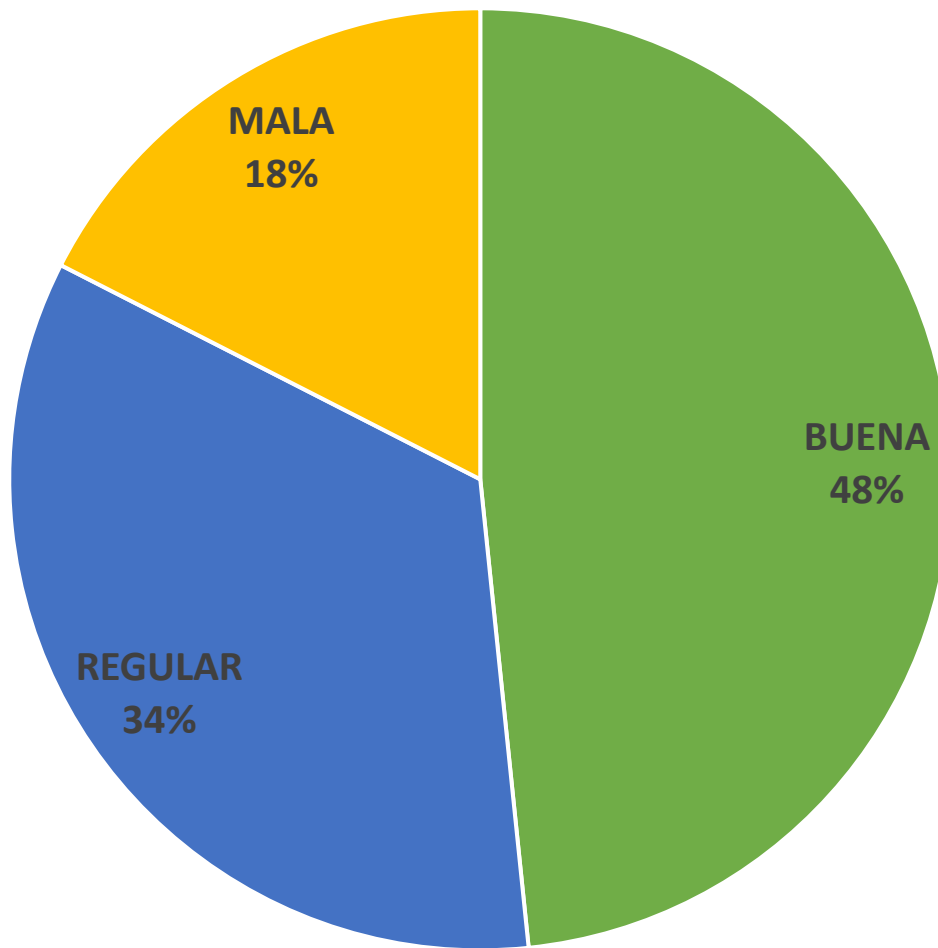
Gráfica 10. Distribución de acuerdo a autoestima valorado mediante la Escala de Rosenberg



Fuente: Instrumento de recolección diseñado para el protocolo “factores en la no adherencia terapéutica en pacientes de 20 a 59 años de edad con hipertensión arterial sistémica en la UMF 21”.

En la categoría de Nivel de Autoestima en pacientes sin adherencia terapéutica con hipertensión arterial sistémica de la UMF 21 medido a través de la Escala de Rosemberg se obtuvo: 194 (53%) con alta, 107 (29%) con media y 65 (18%) con baja (Gráfica 10).

Gráfica 11. Distribución de acuerdo a relación Médico Paciente valorado mediante Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9)



Fuente: Instrumento de recolección diseñado para el protocolo “factores en la no adherencia terapéutica en pacientes de 20 a 59 años de edad con hipertensión arterial sistémica en la UMF 21”.

Para la modalidad de relación médico paciente en pacientes sin adherencia terapéutica con hipertensión arterial sistémica de la UMF 21 calificada a través Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) se halló: 177 (48%) buena, 125 (34%) regular y 64 (18%) mala (Gráfica 11).

DISCUSIÓN

En la investigación realizada “Factores en la no adherencia terapéutica farmacológica en pacientes de 20 a 59 años de edad con hipertensión arterial sistémica en la UMF. 21” de acuerdo a los resultados estadísticos obtenidos se observó que del total de los pacientes no adherentes estudiados el 61% son mujeres, coincide con lo que Taddesse M y Colaboradores hallaron en la investigación “Nonadherence to antihypertensive drugs. A systematic review and meta-analysis” donde en los resultados indicaron mayor porcentaje (54%) de incumplimiento de los medicamentos antihipertensivos en el género femenino. Contrasta con lo que Mena y Colaboradores (6) concluyeron al obtener que los hombres mostraron mayor adherencia a seguir indicaciones que las mujeres, y éstas últimas mostraron mayor adherencia en el consumo de medicamentos. La evidencia en la literatura sobre este tema es relativa, algunos estudios indican que el género femenino tiene mejor nivel de adherencia en relación al masculino, en otros los hombres mostraron mejor adherencia, lo que podría atribuirse a los roles de género en el cuidado de la salud, además de que en nuestro estudio la población de donde se tomó la muestra predomina el género femenino.

Con respecto a la dimensión nivel de escolaridad como factor de no adherencia terapéutica en la investigación “Antecedentes de Adherencia a tratamiento en pacientes hipertensos de un centro de salud chileno – 2017”, de acuerdo a los resultados se concluyó que pacientes quienes tienen enseñanza superior (Bachillerato en adelante) ya sea concluida o no concluida obtuvieron un mayor puntaje de adherencia completa, respecto a quienes tienen menos o inclusive ningún grado de escolaridad (69.5%). En nuestro estudio encontramos que del total de nuestra población el 67% tiene únicamente educación básica coincidiendo con lo realizado con Mena D. y Colaboradores (6), además similitudes con lo reportado por Palomares y Colaboradores (60%), Luna y Colaboradores (59%) y Vancini-Campanharo y Colaboradores (58%). Esto puede sugerir que los pacientes con estudios superiores son portadores de una mayor educación general, lo que puede favorecer una percepción más realista del riesgo a largo plazo de lo que implica la condición de ser hipertenso no controlado.

En cuanto al rubro de estrato socioeconómico encontramos en nuestra investigación que el 78% tiene un estrato II – III y el 22% tiene un estrato IV – V resultados muy dispares como los que reportó Solorzano en su estudio “adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial” que encontró que el 29% de su población no adherente tenía un estrato II – III y el 35% un estrato IV – V. Otros estudios como el de Quiroz y Colaboradores han reportado que más del 50% de pacientes de su muestra tienen un nivel medio bajo socioeconómico, sin embargo

hay que tener en cuenta que en su investigación así como en varias otras, la población estudio no tiene seguridad social y por tanto son las personas que tienen que costear sus medicamentos indicados, a comparación de nuestra muestra que es población que cuenta con seguridad social y que en teoría no tienen esa característica.

En relación a la variable Nivel de Conocimiento Sobre Hipertensión Arterial en nuestro estudio obtuvimos que el 63% tuvo un nivel bajo, frecuencia muy similar a la que obtuvo Rodríguez A y Colaboradores en su estudio " Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. 2015" que observó que el 67.7% de pacientes con bajo conocimiento de hipertensión tiene adherencia parcial al tratamiento farmacológico antihipertensivo, con lo cual inferimos que los pacientes no tienen una buena educación respecto a su enfermedad.

En la variable apoyo social en nuestro estudio encontramos que el 14% nunca o casi nunca tiene apoyo social de familiares y/o amigos, lo cual no coincide con lo que Pomares A. y Colaboradores encontraron en su estudio 'Relación entre la adherencia terapéutica y el apoyo social percibido en pacientes con hipertensión arterial - 2020" que reportaron que el 38.1% tenían bajo apoyo social, o con lo reportado por Ordoñez y Colaboradores en su estudio "Asociación entre el nivel de apoyo social y familiar con la adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados de hipertensión arterial que acuden a la consulta externa" que reportó que el 0.5% tuvo un apoyo mínimo o nulo social , dato paradójico ya que múltiples investigaciones han demostrado que los pacientes con enfermedades crónicas son altos demandantes de apoyo social.

La siguiente característica indagada en nuestra investigación corresponde al nivel de autoestima, que de acuerdo a los resultados obtenidos prevaleció niveles altos con el 53% y niveles medios con el 29%, lo cual coincide con la investigación de Ramos R y Colaboradores en su trabajo "Adherencia terapéutica, nivel de conocimientos de la enfermedad y autoestima en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión" que se halló que de los pacientes incumplidores en su terapéutica el 47% mostraron un nivel alto de autoestima, esto divergente con varios estudios como el de Martos M. y Colaboradores que concluyeron que personas incumplidoras en su terapéutica para control de enfermedades crónicas entre ellas la Hipertensión arterial tienen un nivel de autoestima y autoeficacia disminuido.

Finalmente en un estudio realizado por Guerra y Colaboradores realizado en el año 2016 encontró que el 23% de su población no adherente tuvo una mala relación

médico paciente, a comparación de Chacón y Colaboradores quien en su estudio del 2015 reportaron que el 31.5% fueron pacientes no adherentes al tratamiento y tuvieron deficiencia en la relación médico paciente, cifras similares a lo que hallamos en nuestro estudio ya que sólo el 18% refirió mantener una mala relación con su médico tratante, esto probablemente a que en dichas entidades de salud se prioriza otorgar una buena calidad de atención.

En resumen, en nuestra muestra de estudio encontramos que los factores con mayor prevalencia en los pacientes con no adherencia terapéutica de 20 a 59 años de edad con hipertensión arterial son un nivel de educación básica y un nivel de conocimientos bajo sobre hipertensión arterial.

CONCLUSIONES

El tamaño de muestra fue de 366 pacientes con una media de edad de 51.32 años con un mínimo de 27 y un máximo de 59 años, el grupo de mayor proporción fue el que tenía entre 51 a 59 años de edad (65%). La mayoría de la muestra fueron mujeres (61%), tenían un nivel de estudios de secundaria (31%) y la mayoría son empleados (53%).

Se observó que más de la mitad de la población (67%) contaba únicamente con un nivel de escolaridad básica y el 63% tuvo un nivel bajo de conocimiento sobre hipertensión arterial, esto puede estar relacionado con que dicha población tiende a ocupar mecanismos de afrontamiento hacia su enfermedad menos eficaces y por ello la importancia clínica otorgar educación al paciente sobre su enfermedad para realizar cambios positivos comportamentales para su autocuidado.

Se demostró que sólo el 22% tiene un estrato socioeconómico bajo, sin embargo esto no puede tener un vínculo directo con nuestra población no adherente ya que cuenta con seguridad social por lo cual no tiene el paciente que costear sus medicamentos de manera personal. Respecto al apoyo social 86% tiene un adecuado soporte social y sólo el 14% nunca o casi nunca lo tiene. En el nivel de autoestima prevaleció niveles altos con el 53% y niveles medios con el 29%. No fue prevalente un mala relación médico pacientes ya que solo el 18% refirió mantener una mal vínculo con su médico tratante.

Concluyo que las características que prevalecieron son el género femenino, una baja escolaridad y un bajo nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial. “Si la falta de adherencia a la terapéutica fuera una enfermedad, estaríamos frente a una epidemia mundial”, esta frase anónima muestra la problemática con la que nos enfrentamos día a día en nuestra práctica. Si bien la adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas es un proceso complejo y multifactorial, en las investigaciones realizadas nos han reflejado resultados poco concluyentes, por lo que el campo de la investigación de este tema está lleno para el planteamiento de estrategias con intervenciones individualizadas en lugar de estandarizadas.

Cuando hay fracaso terapéutico, debe considerarse siempre en primer lugar la falta de adherencia al tratamiento antes de recurrir a la intensificación de tratamientos. Mejorar la adherencia tiene el potencial de disminuir costos y mejorar de manera importante la condición clínica y calidad de vida de los pacientes. Nosotros al conocer los factores prevalentes en población con apego terapéutico parcial o bajo podemos realizar acciones preventivas y de seguimiento para obtener un nivel

optimo de apego en dicha población así como estrategias para disminuir la prevalencia de dicho problema a futuro.

SUGERENCIAS

- Se sugiere evaluar la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial y/o otras enfermedades crónicas degenerativas de manera mensual o trimestral, mediante el fomento en el personal médico del uso de escalas para su evaluación de acuerdo al padecimiento del paciente.
- Se sugiere reforzar información sobre los padecimientos crónicos degenerativos más frecuentes de manera mensual o trimestral en la sala de espera, con ayuda de material didáctico, haciendo hincapié en la importancia del autocuidado y el apego terapéutico.
- Se sugiere abordar los factores más prevalentes encontrados en este estudio y realizar estrategias educativas para su abordaje a través de la creación de grupos limitados de 20 a 30 personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez-Gracián HL, Raúl Ponce-Rosas E, Madrigal-de León HG, Baillet-Esquivel LE. Análisis de los motivos de consulta para la toma de decisiones en Medicina Familiar. *Atención Familiar*. enero de 2015;22(1):14-8.
2. Lauzurica LZ, Izquierdo JQ, Vinuesa JM. Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la comunitat valenciana. *Rev Esp Salud Pública*. 90:11.
3. Almeida A, de S, Bernardi C, Costa IA. Factors determining non-adherence to hypertension treatment. *Enfermería Global*. 2016;13.
4. Adidja NM, Agbor VN, Aminde JA, Ngwasiri CA, Ngu KB, Aminde LN. Non-adherence to antihypertensive pharmacotherapy in Buea, Cameroon: a cross-sectional community-based study. *BMC Cardiovasc Disord*. diciembre de 2018;18(1):150.
5. Burnier M. *Drug Adherence in Hypertension and Cardiovascular Protection*. Springer; 2018. 305 p.
6. Mena D., Nazar G., Mendoza PS. Antecedentes de adherencia a tratamiento en pacientes hipertensos de un centro de salud Chileno. *Hacia la Promoción de la Salud*, Volumen 23, No.2, julio - diciembre 2018, 67-78.
7. Lee Y-M, Kim RB, Lee HJ, Kim K, Shin M-H, Park H-K, et al. Relationships among medication adherence, lifestyle modification, and health-related quality of life in patients with acute myocardial infarction: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. diciembre de 2018;16(1):100.
8. Rodríguez-Abt JC., Solís-Visscher RJ., Rogic-Valencia SJ., Roman Y., Reyes-Rocha M. Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. 2015. *Rev. Fac. Med.* 2017 Vol. 65 No. 1: 55-60.
9. Peralta DAD, Villegas KMG, González JPD, Cassinelli JGC. FACTORES DE RIESGO DE LA FALTA DE ADHERENCIA A LOS ANTIHIPERTENSIVOS. *Sinergias educativas [Internet]*. [citado 19 de octubre de 2020];E(Esp.1). Disponible en:<http://www.sinergiaseducativas.mx/index.php/revista/article/download/102/260?inline=110>. Pomares AJ., Benítez Rodríguez M., Vázquez Núñez MA., Satiesteban Alejo RE., Relación entre la adherencia terapéutica y el apoyo social percibido en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2020;36(2):e1190
11. Kang GCY, Koh EYL, Tan NC. Prevalence and factors associated with adherence to anti-hypertensives among adults with hypertension in a developed Asian community: A cross-sectional study. *Proceedings of Singapore Healthcare*. septiembre de 2020;29(3):167-75.
12. DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. [citado 19 de octubre de 2020]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5144642
13. Quiroz SP., Agudelo DM., Lucumi DI., Mentz G. ASOCIACIÓN ENTRE MARCADORES DE POSICIÓN SOCIAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN COLOMBIA. *Rev Chil Salud Pública* 2020, Vol 24(1): 11-22

14. Las 10 principales causas de defunción [Internet]. [citado 1 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
15. Hipertensión [Internet]. [citado 15 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
16. American Heart Association | To be a relentless force for a world of longer, healthier lives [Internet]. [citado 15 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.heart.org/>
17. Hipertensión arterial un problema de salud pública en México [Internet]. Instituto Nacional de Salud Pública. [citado 15 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/5398-hipertension-arterial-problema-salud-publica.html>
18. Ríos-Blancas MJ, Cahuana-Hurtado L, Lamadrid- Figueroa H, Lozano R. Cobertura efectiva del tratamiento de la hipertensión arterial en adultos en México por entidad federativa. Salud Publica Mex [Internet]. 14 de marzo de 2017 [citado 1 de octubre de 2020];59. Disponible en: <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8195>
19. ER.pdf [Internet]. [citado 13 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-076-08/ER.pdf>
20. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharm. 14 de septiembre de 2018;59(3):163-72.
21. Gupta M, Gupta DD, Sood A. Impact of awareness about hypertension on compliance to antihypertensive medication. Int J Basic Clin Pharmacol. 23 de enero de 2018;7(2):244.
22. Reyes-Flores E, Trejo-Alvarez R, Arguijo-Abrego S, Jiménez-Gómez A, Castillo-Castro A, Hernández-Silva A, et al. ADHERENCIA TERAPÉUTICA: CONCEPTOS, DETERMINANTES Y NUEVAS ESTRATEGIAS. REV MED HONDUR. 2016;84:8.
23. Avalos AJP, Núñez MAV, Domínguez ESR. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. 2017;8.
24. Ortellado Maidana J, Ramírez A, González G, Olmedo Filizzola G, Ayala de Doll M, Sano M, et al. 2015 Paraguayan Consensus on Arterial Hypertension. Rev virtual Soc Parag Med Int. 12 de septiembre de 2016;3(2):11-57.
25. Sabio R. Hipertensión arterial y adherencia al tratamiento: la brecha entre ensayos clínicos y realidad. Revista Cubana de Salud Pública. :4.
26. Newman PM, Franke MF, Arrieta J, Carrasco H, Elliott P, Flores H, et al. Community health workers improve disease control and medication adherence among patients with diabetes and/or hypertension in Chiapas, Mexico: an observational stepped-wedge study. BMJ Glob Health. febrero de 2018;3(1):e000566.
27. Sabater-Galindo M, Fernandez-Llimos F, Sabater-Hernández D, Martínez-Martínez F, Benrimoj SI. Healthcare professional-patient relationships: Systematic review of theoretical models from a community pharmacy perspective. Patient Education and Counseling. marzo de 2016;99(3):339-47.
28. Mukona D, Dzimiri T, Chauke L, Ndaimani A. Adherence to antidiabetic therapy: a concept analysis. 2017;2(11):11.
29. Feehan M, Morrison MA, Tak C, Morisky DE, DeAngelis MM, Munger MA. Factors predicting self-reported medication low adherence in a large sample of

adults in the US general population: a cross-sectional study. *BMJ Open*. junio de 2017;7(6):e014435.

30. Youmans SL, Bibbins-Domingo K. Assessing and Promoting Medication Adherence. En: King TE, Wheeler MB, editores. *Medical Management of Vulnerable and Underserved Patients: Principles, Practice, and Populations* [Internet]. 2.^a ed. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2016 [citado 11 de marzo de 2021]. Disponible en: accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=113412972031.

Partida B y Villegas-Galindo C. Funcionalidad familiar en la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica en primer nivel de atención. *Rev CONAMED* 2021; 26(2): 57-67

32. 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*. diciembre de 2019;20(1):132.

33. Romero-Martínez M, Shamah-Levy T, Cuevas-Nasu L, Méndez Gómez-Humarán I, Gaona-Pineda EB, Gómez-Acosta LM, et al. Diseño metodológico de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. *Salud Publica Mex*. 31 de mayo de 2017;59(3, may-jun):299.

34. Román-Vargas JA, Vázquez-Martínez VH, Loera-Morales J, Cantú-Solís ON, Cervantes-Vázquez DA, Bernabé-Adame CC. Panorama epidemiológico del paciente con hipertensión arterial sistémica no controlada en una unidad de medicina familiar de Reynosa, Tamaulipas. *Atención Familiar*. enero de 2016;23(1):14-8.

35. Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA, Bhagavathula AS, Elnour AA. Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*. enero de 2017;96(4):e5641.

36. Pluta A, Sulikowska B, Manitius J, Posieczek Z, Marzec A, Morisky DE. Acceptance of Illness and Compliance with Therapeutic Recommendations in Patients with Hypertension. *IJERPH*. 17 de septiembre de 2020;17(18):6789.

37. Ashoorkhani M, Majdzadeh R, Gholami J, Eftekhar H, Bozorgi A. Understanding Non-Adherence to Treatment in Hypertension: A Qualitative Study. 6(4):10.

38. Valle JB. CAUSAS QUE INFLUYEN EN LA FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN LA U.M.F. 94 DEL IMSS. CDMX. :56.

39. Díaz-Molina M, Polo-Vega JC, Meza-Solís ME. Adherencia a antihipertensivos en pacientes de la Aldea de Punuare, Departamento de Olancho, Honduras. :6.

40. Valencia-Monsalvez F, Mendoza-Parra S, Luengo-Machuca L. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 30 de junio de 2017;34(2):245.

41. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo pruebas para la acción [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004 [citado 11 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://site.ebrary.com/id/10268791>

42. Ramos Rangel Y., Morejón Suárez R., Cabrera Macías Y. Adherencia terapéutica, nivel de conocimientos de la enfermedad y autoestima en pacientes diabéticos tipo 2 e Hipertensión. *Gac. Méd. Espirit.* 2018; 20(3):13-23.
43. Willaing I, Varming A, Hansen UM, Andrésdóttir G, Husted GR. Empowerment, motivation, and medical adherence (EMMA): the feasibility of a program for patient-centered consultations to support medication adherence and blood glucose control in adults with type 2 diabetes. *PPA.* septiembre de 2015;1243.
44. Wicks P, Brandes D, Park J, Liakhovitski D, Koudinova T, Sasane R. Preferred Features of Oral Treatments and Predictors of Non-Adherence: Two Web-Based Choice Experiments in Multiple Sclerosis Patients. *Interact J Med Res.* 5 de marzo de 2015;4(1):e6.
45. Guénette L, Lauzier S, Guillaumie L, Giguère G, Grégoire J-P, Moisan J. Patients' beliefs about adherence to oral antidiabetic treatment: a qualitative study. *PPA.* marzo de 2015;413.
46. Kenny SA, Majeed N, Zhand N, Glikstein R, Agid R, dos Santos MP. Psychological comorbidities and compliance to interventional treatment of patients with cutaneous vascular malformations. *Interv Neuroradiol.* agosto de 2016;22(4):489-94.
47. Park LG, Howie-Esquivel J, Whooley MA, Dracup K. Psychosocial factors and medication adherence among patients with coronary heart disease: A text messaging intervention. *European Journal of Cardiovascular Nursing.* junio de 2015;14(3):264-73.
48. Burns RJ, Deschênes SS, Knäuper B, Schmitz N. Habit strength as a moderator of the association between symptoms of poor mental health and unintentional non-adherence to oral hypoglycemic medication in adults with type 2 diabetes. *J Health Psychol.* marzo de 2019;24(3):321-6.
49. Chacón J., Sandoval D., Muñoz R., Romero T. Evaluación del control de la presión arterial y la adherencia terapéutica en hipertensos seguidos en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV). Asociación con características clínicas, socioeconómicas y psicosociales. *Revista Chilena de Cardiología - Vol. 34 Número 1, Abril 2015*
50. Náfrádi L, Nakamoto K, Schulz PJ. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. Asnani MR, editor. *PLoS ONE.* 17 de octubre de 2017;12(10):e0186458.
51. Katusiime B, Corlett S, Reeve J, Krska J. Measuring medicine-related experiences from the patient perspective: a systematic review. *PROM.* octubre de 2016;Volume 7:157-71.
52. Arredondo A, Chávez S, González Y, Trench L. Análisis de la no adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso. *Rev.Med.Electrón.* vol.40 no.3 Matanzas may.-jun. 2018

53. Lauffenburger JC, Landon JE, Fischer MA. Effect of Combination Therapy on Adherence Among US Patients Initiating Therapy for Hypertension: a Cohort Study. *J GEN INTERN MED.* junio de 2017;32(6):619-25.
54. Rubio CH, Galve MIR. VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA MEDIANTE EL TEST DE MORISKY GREEN. :51.
55. Surratt HL, Kurtz SP, Levi-Minzi MA, Chen M. Environmental Influences on HIV Medication Adherence: The Role of Neighborhood Disorder. *Am J Public Health.* agosto de 2015;105(8):1660-6.
56. Ortega JPG, Ramón SMQ, Astudillo EPD, Ávila SAS, Vásquez XSS, Solórzano GAG, et al. Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores. 1 de febrero de 2021 [citado 13 de marzo de 2021]; Disponible en: <https://zenodo.org/record/4484355>
57. Tan X, Patel I, Chang J. Review of the four item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) and eight item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). *Innov Pharm [Internet].* 1 de enero de 2014 [citado 13 de marzo de 2021];5(3). Disponible en: <https://pubs.lib.umn.edu/index.php/innovations/article/view/347>
58. Xu N, Xie S, Chen Y, Li J, Sun L. Factors Influencing Medication Non-Adherence among Chinese Older Adults with Diabetes Mellitus. *IJERPH.* 19 de agosto de 2020;17(17):6012.
59. De las Cuevas C, Sanz EJ. Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud.* enero de 2016;7(1):25-30.
60. Directly Observed Therapy (DOT) for the Treatment of Tuberculosis - Minnesota Dept. of Health [Internet]. [citado 13 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.health.state.mn.us/diseases/tb/lph/dot.html>
61. Prats Más R, García Zaragoza E. Dispensación, adherencia y uso adecuado del tratamiento: guía práctica para el farmacéutico comunitario. Barcelona: Editec; 2017.
62. Limaylla ML, Ramos NJ. MÉTODOS INDIRECTOS DE VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO. *Ciencia e investigación.* 2 de agosto de 2017;19(2):95-101.
63. Vancini-Campanharo CR., Olivera GN., Andrade Landim TF., Hipertensión Arterial Sistémica en el Servicio de Emergencia: adherencia al tratamiento medicamentoso y conocimiento de la enfermedad. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* nov.-dic. 2015;23(6):1149-56.
64. De las Cuevas C., Peñate W. Psychometric properties of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in a psychiatric outpatient setting. *International Journal of Clinical and Health Psychology* (2015) 15, 121---129
65. Chaves Torres NM, Echeverri Sarmiento JE, Ballesteros DA, Quijano Rodríguez J, Camacho D. Validación de la escala de Morisky de 8 ítems en pacientes con enfermedad renal crónica. *Rev Med.* 5 de diciembre de 2016;24(2):23-32.
66. Wang et al. - 2012 - Psychometric properties of the 8-item Morisky Medi.pdf.
67. Luna-Breceda U, Barajas-Gómez T de J, Rosas-Navarro DA. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan Jalisco, México. *aten fam* 2017;24(3)

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

“FACTORES EN LA NO ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN LA UMF 21

Dr. Jesús Daniel Dimas Nájera*, Dra. Alyne Mendo

Reygadas**

Año	2020 -2021														
ACTIVIDADES	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO
1. Planteamiento del problema	■														
2. Título del protocolo	■														
3. Antecedentes y marco teórico		■	■												
4. Justificación			■	■											
5. Hipótesis y objetivos				■	■										
8. Material y métodos				■	■										
9. Registro del protocolo en el Comité de Investigación						■									
10. Aceptación del protocolo de investigación por el Comité de Investigación							■								
11. Trabajo de campo								■							
12. Base de datos									■						
13. Análisis de datos										■					
14. Presentación de resultados preliminares											■				
15. Discusión y conclusiones												■	■		
16. Elaboración del informe final													■		
17. Entrega de documento y presentación														■	■

Actividades realizadas



Actividades por realizar



*Médico residente del curso de especialización en Medicina Familiar, UMF No. 21 IMSS.

**Médica cirujana, especialista en Medicina Familiar, UMF No. 21 IMSS.



**I 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
FACTORES EN LA NO ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL
SISTÉMICA EN LA UMF 21**

Nombre del estudio:	
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	México, Ciudad de México 2021
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	El investigador me ha informado que el presente estudio servirá para conocer mi grado de apego al tratamiento e identificar algunos factores que pueden estar relacionados con el no apego al tratamiento antihipertensivo.
Procedimientos:	Estoy enterado que se me aplicara un cuestionario para conocer mi grado de adherencia al tratamiento antihipertensivo, así como distintas preguntas para la identificación de factores que estén influyendo en el no apego al tratamiento. En caso de ser necesario se me entregará una carta informativa dirigida a mi médico familiar tratante, reportando el nivel de adherencia y los datos para darme seguimiento y abordaje.
Posibles riesgos y molestias:	El responsable del trabajo me ha explicado que el participar en este estudio no se me causara daño o lesión alguna. Podré tener un poco de molestia al tener que contestar algunas preguntas que pudieran afectar mis sentimientos.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se me dará a conocer mi grado de adherencia al tratamiento y el reconocimiento de factores que estén influyendo en mi mal apego al tratamiento, en caso de ser necesario se me brindará una carta de notificación dirigida a mi médico familiar tratante para mi seguimiento y abordaje.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se hará a través del investigador al paciente de manera individual, según lo reportado en el cuestionario.
Participación o retiro:	Sé que mi participación es voluntaria, por lo que podré retirarme del estudio en el momento en el que yo lo desee, sin que esto afecte la atención que recibo por parte del instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El Investigador responsable me ha dado la seguridad y confianza de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos que deriven de este estudio serán tratados en forma confidencial.
En caso de colección de material biológico (si aplica): no aplica	No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Se me dará a conocer mi grado de adherencia al tratamiento y el reconocimiento de factores que estén influyendo en mi mal apego al tratamiento antihipertensivo, en su caso de ser necesario se me brindará una carta de notificación dirigida a mi médico familiar tratante para mi seguimiento y abordaje.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Mendo Reygadas Alyne, Médica Cirujana con Especialidad en Medicina Familiar. Matrícula: 99386975. Lugar de trabajo: Consulta externa Adscripción: Unidad de Medicina Familiar Número 21. Teléfono de oficina: 57686000 Ext. 21407/21428 Fax: Sin fax Correo: ennylamr@gmail.com
Colaboradores:	Dimas Nájera Jesús Daniel, Médico Residente de segundo año de la especialidad en Medicina Familiar. Matrícula: 97385983. Lugar de trabajo: Consultaexterna. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar Número 21. Cel. 5538105162 Fax: Sin fax. Correo: daa.clott@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Dimas Nájera Jesús Daniel

Nombre y firma del encuestado

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

LIGA INSTRUMENTO

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScT87IaSfmwu97gXJRuGjo7pgZ_uXqp_Sj-GQAAsMhjpKvqAw/viewform?usp=sf_link