



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 7

T E S I S

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

**APOYO FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN  
ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UMF 7 CDMX**

PRESENTA:

**CAROLINA DULCE GARCÍA SUÁREZ**

MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO  
ESPECIALIZACIÓN MÉDICA EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°7. IMSS

**DRA. MARIANA GABRIELA VILLARREAL ÁVALOS**

INVESTIGADOR RESPONSABLE Y ASESOR CLÍNICO  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 7 IMSS

**DRA. MARÍA ELENA MEZA TORRES**

ASESOR CLÍNICO  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 7 IMSS

**DR. MANUEL MILLÁN HERNÁNDEZ**

ASESOR METODOLÓGICO  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
MAESTRO EN GESTIÓN DIRECTIVA EN SALUD  
DOCTORANTE EN ALTA DIRECCIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 10 IMSS  
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN EN EDUCACIÓN MÉDICA  
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MÉDICA, FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.

CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO 2022  
Número de folio: F-2021-3703-135  
Número de registro: R-2021-3703-128



Universidad Nacional  
Autónoma de México



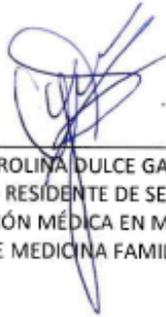
**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**APOYO FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS MAYORES  
HIPERTENSOS DE LA UMF 7 CDMX**



---

DRA. CAROLINA DULCE GARCÍA SUÁREZ  
MÉDICO RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO  
ESPECIALIZACIÓN MÉDICA EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 7 IMSS



---

DRA. MARIANA GABRIELA VILLARREAL ÁVALOS  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 7 IMSS  
INVESTIGADOR RESPONSABLE



---

DRA. MARÍA ELENA MEZA TORRES  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 7 IMSS  
ASESOR CLÍNICO



---

DR. MANUEL MILLÁN HERNÁNDEZ  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
MAESTRO EN GESTIÓN DIRECTIVA EN SALUD  
DOCTORANTE EN ALTA DIRECCIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 10 IMSS  
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN EN EDUCACIÓN MÉDICA  
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MÉDICA, FACULTAD DE MEDICINA UNAM  
ASESOR METODOLÓGICO

CIUDAD DE MÉXICO



JUNIO 2022

**APOYO FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS MAYORES  
HIPERTENSOS DE LA UMF 7 CDMX**



---

DR. B. SANTOS JIMÉNEZ  
DIRECTOR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 7  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



---

DRA. SANDRA VEGA GARCÍA  
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 7  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



---

DRA. MARIANA GABRIELA VILLARREAL ÁVALOS  
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 7  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CIUDAD DE MÉXICO



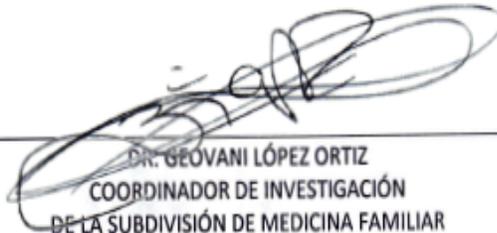
JUNIO 2022

**APOYO FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS MAYORES  
HIPERTENSOS DE LA UMF 7 CDMX**



---

DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM



---

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM



---

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM

8

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a Dios, por permitirme dar este paso tan importante en mi vida y en la de mi familia, que a pesar de las dificultades nunca me ha abandonado y que está en mi corazón siempre.

A todos aquellos que se han adelantado en el camino y que han contribuido con su granito de arena al ser fuente de inspiración para hacer lo que más me gusta y apasiona. Abuelita, donde quiera que estés ¡gracias!

A mi madre (Martina), que ha entregado su vida por mis hermanos y por mí, por su infinita paciencia, por su amor incondicional y todas sus palabras de aliento.

A mi padre (Sabino), por ser un ejemplo de superación y perseverancia, por darlo todo por su familia. Por enfrentarse al peligro por nuestro bienestar y alentarnos a ser mejores.

A mis hermanos, por su amor, su paciencia, su apoyo incondicional y por decirme siempre que “yo puedo”.

A mi esposo José Antonio, que con su amor, paciencia y apoyo al “infinito y más allá” fue siempre incondicional. Que ha hecho todo por “estar ahí”. Que lucha codo a codo conmigo para construir, amar, procurar y mantener a nuestra familia. Eres importante, eres único, eres especial y eres todo para mí. Te amo.

A mi hijo José María, te agradezco por todo tu amor, por tu paciencia y todo el cariño que me das. Por enseñarme a ser mejor y crecer contigo. Por enseñarme un amor único, incondicional e infinito. Te amo hijo.

A mis suegros, cuñados, tíos y primos que han sido mi apoyo. Que nunca me dejaron sola a mí y mi familia.

A la Dra. Elena Meza, por ser una guía y compartir conmigo su pasión y compromiso con esta noble especialidad, por su dedicación, perseverancia, tolerancia y amistad que me impulsan a ser mejor. Por sus palabras de aliento en los momentos más difíciles. Gracias.

A la Dra. Mariana Villareal, por su dedicación y apoyo. Por darme la oportunidad de aprender no sólo como médico, también como persona. Por mostrarme que a pesar de que las cosas pueden no ser fáciles, tampoco son imposibles.

Al Dr. Millán, por compartir sus conocimientos y habilidades en la búsqueda del saber. Por hacer ver todo tan fácil y contribuir a la formación de médicos especialistas.

A mis hermanos de residencia, que han hecho las guardias, servicios y clases más llevaderas. Que aprendieron conmigo una residencia de una forma diferente. Que son entusiastas, inteligentes, perseverantes y buenos amigos. Gracias “pandemials” por todo.

Agradezco a todos los pacientes, que me han confiado su salud, su vida y que me han enseñado tanto. Gracias por ayudarme a ser mejor médico, pero sobre todo, ser mejor persona.

## ÍNDICE

1. RESUMEN.....	8
2. MARCO TEÓRICO.....	9
3. JUSTIFICACIÓN.....	21
4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	22
5. OBJETIVOS.....	22
6. HIPÓTESIS.....	23
7. MATERIAL Y MÉTODOS.....	23
8. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	26
9. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	27
10. MUESTREO.....	28
11. VARIABLES.....	29
12. DISEÑO ESTADÍSTICO.....	30
13. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	31
14. MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS.....	33
15. FACTIBILIDAD, DIFUSIÓN Y TRASCENDENCIA.....	34
16. RESULTADOS.....	35
17. DISCUSIÓN.....	38
18. CONCLUSIONES.....	39
19. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
20. ANEXOS	
o 21.1 ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	43
o 21.3 ANEXO 2. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	44
o 21.4 ANEXO 3. CRONOGRAMA.....	46
o 21.5 ANEXO 4. TABLAS Y GRÁFICAS.....	47

# **APOYO FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UMF 7 CDMX**

Carolina Dulce García Suárez.<sup>1</sup>Mariana Gabriela Villarreal Ávalos<sup>2</sup>, María Elena Meza Torres<sup>3</sup>, Manuel Millán Hernández<sup>4</sup>. <sup>1</sup>Residente de la especialidad en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar 7. <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar 7, <sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar 7, <sup>4</sup>Especialista en Medicina Familiar. Hospital de Psiquiatría/ Unidad de Medicina Familiar 10.

## **RESUMEN**

**ANTECEDENTES:** La enfermedad crónica en la familia trae consigo un continuo deterioro físico, mental o ambos en el paciente y puede llegar a desencadenar la muerte, lo que representa cambios y adaptaciones en la dinámica familiar que repercute directamente en la adherencia al tratamiento y la evolución de la enfermedad en este caso la Hipertensión Arterial.

**OBJETIVO:** Relacionar el apoyo familiar y adherencia terapéutica en adultos mayores con hipertensión arterial de la UMF 7 CDMX.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó en 334 pacientes adultos mayores con hipertensión arterial adscritos a la UMF 7 CDMX. Se aplicaron 2 instrumentos que constan de 5 y 10 reactivos respectivamente, que valoraron el apoyo familiar y la adherencia terapéutica, en pacientes mayores de 60 años.

**RECURSOS:** Asesor metodológico y clínico, disposición de las instalaciones de la UMF7, financiamiento a cargo del médico residente.

**INFRAESTRUCTURA:** Instalaciones de la UMF 7 CDMX

**EXPERIENCIA DEL GRUPO:** Los investigadores han realizado en conjunto más de 10 investigaciones en el último año; se cuenta con la experiencia de la asesoría metodológica de más de 5 años a investigaciones realizadas por médicos residentes para la obtención del grado correspondiente.

**TIEMPO A DESARROLLARSE:** Se realizaron durante el período de **Enero 2021 a Febrero 2022.**

**PALABRAS CLAVE:** Hipertensión Arterial, apoyo familiar, adherencia terapéutica y adultos mayores.

## MARCO TEÓRICO

### INTRODUCCIÓN

La Familia de acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es aquel “grupo de personas que conviven bajo el mismo techo, emparentadas entre sí unidas por lazos sanguíneos, adopción o matrimonio, organizada en roles fijos padre, madre, hermanos, etc., con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan”.<sup>1</sup> La familia como institución ha cambiado su estructura y su conformación, pues es dinámica e interactúa y está sujeta a los cambios y fenómenos sociales, además de que va más allá de los miembros que de origen la conforman.

La presencia de una enfermedad ya sea aguda, crónica o terminal en cualquiera de los miembros de la familia representa un problema en su funcionamiento y composición. Se considera una crisis paranormativa, dada la desorganización que trae consigo y que impacta en cada uno de sus miembros.<sup>2</sup> La enfermedad crónica es aquella cuya presencia es irreversible, con agravación o latencia de la enfermedad o de deterioro que complican la estabilidad familiar, la autonomía del paciente o de sus funciones vitales o bien, la aparición de nuevas incapacidades. En el caso de la enfermedad crónica, provoca que el paciente sea etiquetado como “diferente”, esto es por las nuevas necesidades de cuidados y alimentación, por su limitación física, su autoestima, por su capacidad de trabajo y la necesidad de medicamentos, que afectan el tipo de relación con el resto de los miembros de la familia y aquellas que están a su alrededor. Todo lo anterior puede repercutir directa o indirectamente en la evolución de la enfermedad y en la aparición de complicaciones que dificulta aún más la dinámica en la familia.<sup>2</sup>

Es importante relacionar al paciente dentro del contexto de una familia, ya que el tener una adecuada comprensión de la enfermedad nos disminuirá la posibilidad de aparición de complicaciones y un mejor manejo a largo plazo del paciente

crónico. En México la familia origina muchas de las conductas para cuidar y educar en un sistema de creencias relativas a la salud.<sup>3,4</sup>

La familia es el medio en el que crecemos y recibimos apoyo, que a lo largo de su evolución forma sus propias normas de interacción, las cuales establecen la estructura familiar. Es decir, la forma en que la familia se organiza para interactuar con sus miembros de acuerdo con las necesidades que tenga. Esto se da con los cambios del ciclo vital, o ante los eventos estresantes que ocurren a lo largo de la vida, las familias se transforman y los afrontan de acuerdo con diferentes estilos de funcionamiento, adaptabilidad y comunicación de que exista en ésta.

De acuerdo a la OMS las personas de 60 a 74 años son considerados de edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas, y los que sobre pasan los 90 años se les denomina grandes, viejos o longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta adulto mayor.<sup>5-6</sup>

Se estima que para el 2025 el 12% de la población en Latinoamérica contará con el mayor número de personas adultas mayores debido al incremento de la esperanza de vida y disminución de la natalidad. Esto conlleva a un gran reto ya que la familia constituye la principal fuente de apoyo, mantenimiento y protección a esta población vulnerable. Como resultado del paulatino envejecimiento poblacional aumenta de igual forma los trastornos asociados a enfermedades crónicas, discapacidad y dependencia del paciente. Por esta razón, el indicador de salud en estos pacientes es su estado funcional ya que es vulnerable y susceptible a presentar complicaciones que tendrán un impacto negativo en sus actividades de la vida diaria. El riesgo de perder su autonomía y funcionalidad se incrementa, por lo que demandará mayor atención y cuidado mismos que tendrán repercusiones en lo individual que se refleja en baja autoestima, abandono, marginación y mala calidad de vida.<sup>6,7,8</sup>

Entendamos el Apoyo Familiar como un proceso en el que el paciente obtiene ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la que se encuentra, esto incluye familiares, amigos e instituciones y profesionales de la salud. Se ha observado una correlación positiva entre la funcionalidad de la familia y el grado de automanejo. El personal médico debe considerar a la familia como

un recurso indispensable cuando surge un problema de salud y no como facilitadores para su deterioro. Además, el cumplimiento de la terapia mejora cuando la familia cuenta con información suficiente y clara sobre la enfermedad y el tratamiento, motivando al paciente a tomar decisiones adecuadas con respecto a su enfermedad y apoyar las acciones necesarias para evitar al máximo las complicaciones. La familia puede fungir como apoyo para la vigilancia de los acuerdos establecidos con el personal médico y el paciente para el manejo de su padecimiento y colaborar en conductas saludables como familia.<sup>9</sup>

La adherencia terapéutica es una elección del paciente hacia la toma de decisiones terapéuticas farmacológicas o no farmacológicas para el manejo de sus enfermedades. La OMS la definió como “el grado en el que la conducta de una persona, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”.<sup>10</sup> Las Guías de Práctica Clínica consideran la dieta, la actividad física y el apego al tratamiento como la piedra angular para lograr el control de las enfermedades por ello, el adulto mayor con Hipertensión Arterial debe apegarse a un estilo de vida saludable en el cual los integrantes de la familia son los principales pilares para lograr estos cambios de forma constante y permanente en los pacientes.<sup>9, 10</sup>

Saber del grado de adherencia terapéutica del paciente toma importancia cuando se evalúa la efectividad y seguridad de los tratamientos farmacológicos. Es indispensable valorar la adherencia al tratamiento ya que esto contribuye a tomar mejores decisiones para llevar a cabo a las intervenciones más adecuadas para cada paciente. Esta puede variar a lo largo del tiempo por lo que es necesario medirla y reevaluarla habitualmente.<sup>11</sup>

Existen métodos para evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico y pueden clasificarse en dos grandes grupos: métodos directos e indirectos. Para fines de esta investigación se llevará a cabo un método de tipo indirecto que incluye la evaluación de la información proporcionada por el paciente o su cuidador a partir de un cuestionario. Estos métodos tienen como ventajas la simplicidad, la facilidad

de aplicación en la práctica clínica y un menor costo a comparación de los métodos directos.<sup>11,12</sup>

La pobre adherencia al tratamiento o incumplimiento terapéutico establecido, es un problema constante y relevante en la práctica clínica, que repercute especialmente en el tratamiento de las enfermedades crónicas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) declara que “la adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo compromete gravemente la efectividad de los tratamientos”, por tal motivo toma importancia por ser uno de los factores modificables que inciden directamente en los resultados del tratamiento y evolución del paciente crónico.<sup>13,14</sup>

## HIPERTENSIÓN ARTERIAL

### DEFINICIÓN

La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) es un síndrome de causas multifactoriales caracterizado por la elevación constante de los valores de presión arterial a cifras  $\geq 140$ mmHg de la presión sistólica e igual o mayor a 90mmHg de la presión diastólica, al menos en tres ocasiones. La etiología de la hipertensión arterial es desconocida, sin embargo, se considera el resultado de numerosos factores genéticos y ambientales que se combinan para provocar efectos en el sistema cardiovascular y en la estructura renal.<sup>15</sup>

La relación continua entre los niveles de Presión Arterial y el riesgo de complicaciones se ha observado en todos los grupos de edad y se extiende desde valores de presión arterial altos a otros considerados como bajos. En el caso de la Presión Arterial Sistólica parece ser un mejor predictor de complicaciones que la Presión Arterial Diastólica a partir de los 50 años. La Presión Arterial Diastólica con cifras elevadas se asocia con un aumento del riesgo cardiovascular. Esta tiende a reducirse con la edad como consecuencia del aumento de la rigidez arterial; en consecuencia, la Presión Arterial Sistólica asume un papel más importante como factor de riesgo en esta etapa de la vida.<sup>16</sup>

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) las tres principales causas de muerte son las infecciones respiratorias del tracto inferior, las

enfermedades coronarias y los accidentes cerebrovasculares. La Hipertensión Arterial es un factor de riesgo frecuente, identificable y modificable para evitar las enfermedades cardiovasculares como el infarto agudo al miocardio, ictus, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, disección de la aorta y arteriopatía periférica. Por tal motivo, llevar a cabo estrategias para que el paciente tenga un adecuado control y apego a las recomendaciones tanto farmacológicas y no farmacológicas cobra vital importancia.<sup>17</sup>

## EPIDEMIOLOGÍA

Esta enfermedad se ha convertido en un problema de salud pública ya que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hipertensión arterial es causante de al menos 45% de las muertes producidas por cardiopatías y 51% por enfermedad vascular cerebral; afecta mayoritariamente a las poblaciones de bajos recursos: casi 80% de las muertes de causa cardiovascular corresponden a países con estas características económicas y sociales.<sup>18</sup>

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad con una diversidad de síntomas, producida por factores de riesgo multifactoriales como una dieta inadecuada, poca actividad física y por otros factores metabólicos como obesidad, diabetes y dislipidemias. La Hipertensión Arterial causa a nivel mundial anualmente 9.4 millones de muertes y favorece al 12.8% de la mortalidad por todas las causas. En los últimos años, la prevalencia de Hipertensión Arterial en países en vías de desarrollo ha sido de aproximadamente 40% y en México durante el año 2016 la prevalencia fue de 30.2%.<sup>19</sup>

La ENSANUT 2016 señala que la prevalencia de hipertensión arterial en los mexicanos es del 25.5%, de los que 58.7% ya presentaban un diagnóstico previo y se estaban en control de las cifras de hipertensión arterial. Sin embargo, en el caso de los adultos mayores estas cifras aumentan: la prevalencia de hipertensión arterial en este grupo de edad es de 42.9%, de los que 46.8% ya tenían diagnóstico previo.<sup>20</sup>

Las cifras de presión arterial aumentan con la edad debido al proceso de envejecimiento, por mayor rigidez de las arterias, el remodelado vascular y debido a otros cambios en los mecanismos renales y hormonales, por tanto, se espera que se eleve la incidencia de hipertensión arterial en los adultos mayores. La HTA aumenta con la edad, se ha visto que el 50% de los pacientes mayores de 50 años la padece.<sup>18,21</sup>

De acuerdo con la OMS, el límite para definir a una persona como hipertensa es una cifra mayor de 140 mmHg en la presión sistólica o una cifra mayor de 90 mmHg en la diastólica. En 2003, el *Joint National Committee* (JNC 7) definió y clasificó la hipertensión arterial en: prehipertensión, estadio 1 y estadio 2 y, a pesar de que en 2014 el JNC 8 no incluyó esta clasificación de manera específica, estos límites se han adoptado para definir el tratamiento de la hipertensión arterial.<sup>22</sup>

Diversas guías de tratamiento como la Sociedad Europea de Cardiología [SEC], el JNC 8, el Colegio Americano de Médicos y la Academia Americana de Médicos recomiendan, en general, cifras de tensión arterial de 140/90 mmHg y cifras metas de tratamiento menores a 150/90 mmHg para pacientes mayores de 60 años; sin embargo, las recomendaciones y esquemas de tratamiento son variables cuando se trata de pacientes mayores de 80 años, pacientes adultos mayores frágiles o con enfermedades concomitantes, en quienes aconsejan ajustar el tratamiento a las condiciones individuales de cada paciente, a la respuesta frente a algún esquema antihipertensivo o, bien, disminuir la presión arterial hasta donde el paciente lo acepte.<sup>23</sup>

## FISIOPATOLOGÍA

El mantenimiento de la presión arterial normal es el resultado del equilibrio entre el gasto cardiaco y las resistencias vasculares periféricas. Esto se puede afectar por alteraciones en el sistema renal, hormonal, cardiovascular y neurológico, las cuales pueden elevar el gasto cardiaco, resistencias o ambas, ocasionando hipertensión.<sup>24,25</sup>

Los principales mecanismos fisiopatológicos que propician el desarrollo de hipertensión arterial sistémica son: a) la disminución en la excreción renal de sodio, que aumenta el volumen y precarga; b) la activación de la endotelina 1, que ocasiona vasoconstricción sistémica; c) a nivel vascular la disfunción endotelial por especies reactivas de oxígeno evita la liberación de óxido nítrico, un potente vasodilatador, y d) la hiperactividad simpática, tanto central como periférica, que aumenta las resistencias vasculares periféricas. Se ha demostrado que la obesidad es un factor estimulante de la actividad simpática y otras enfermedades crónicas como la artritis reumatoide, que aumentan el riesgo de padecerla.<sup>25</sup>

La HAS no controlada incrementa el riesgo de infarto de miocardio, hipertrofia ventricular e insuficiencia cardíaca, la presión en los vasos sanguíneos también puede causar fugas de sangre hacia el cerebro y esto puede causar accidentes cerebrovasculares (8-10). Además, la HAS puede causar insuficiencia renal, rotura de los vasos sanguíneos y accidente cerebrovascular (9). Uno de los efectos que la HAS llega a provocar en los ancianos, parece ser la pérdida de la capacidad de autorregulación del flujo sanguíneo cerebral (La HAS se asocia a cambios morfológicos y funcionales en el cerebro, que se manifiestan como alteraciones cognitivas o demencia de origen vascular. El impacto de dichas alteraciones trasciende a las actividades de la vida diaria (AVD) y la calidad de vida de las personas que la padecen.<sup>26</sup>

## DIAGNÓSTICO

La HTA se define como una PAS  $\geq$  140 mmHg o una PA diastólica (PAD)  $\geq$  90 mmHg medidas en consulta. La clasificación establecida por el jnc7 estadifica a los pacientes con Hipertensión Arterial con cifras de Optima  $<$  120 y  $<$  80; Normal 120-129 y/o 80-84; Normal-alta 130-139 y/o 85-89; HTA de grado 1 140-159 y/o 90-99; HTA de grado 2 160-179 y/o 100-109; HTA de grado 3  $\geq$  180 y/o  $\geq$  110 HTA sistólica aislada  $\geq$  140 y  $<$  90.<sup>16</sup>

## TRATAMIENTO

La mayoría de los pacientes requieren tratamiento farmacológico además de intervenciones en el estilo de vida para lograr un control óptimo de la presión arterial. Existen 5 clases de fármacos para el tratamiento de la HTA: IECA, ARA-II, bloqueadores beta (BB), BCC y diuréticos (tiazídicos y análogos tiazídicos, como clortalidona e indapamida). Los IECA y ARA-II son las clases de fármacos antihipertensivos más utilizados. Tienen la misma eficacia que otras clases de fármacos en cuanto a la incidencia de complicaciones cardiovasculares graves y mortalidad.

Como parte del tratamiento no farmacológico algunos de los factores modificables a corto plazo implicados son: la ingesta excesiva de sodio, el aumento de peso, la inactividad física, la ingesta excesiva de alcohol y el estrés psicosocial. Debemos recordar que el paciente adulto mayor como parte de un núcleo familiar puede depender de su entorno psicosocial para disminuir estos factores y el papel de la familia cobra vital importancia dentro de los factores modificables, cambios en el estilo de vida y una alimentación más saludable con una adecuada orientación e integración en el tratamiento del paciente y su familia.<sup>27</sup>

La depresión y la ansiedad constituyen unas de las afecciones más frecuentes en los pacientes adultos mayores, más aún si se encuentran en estado de fragilidad, estos dos factores se suman al resultado del descontrol de las cifras de presión arterial propiciando que se mantengan niveles altos y dificulte el control en los pacientes. La relación entre obesidad, hipertensión y enfermedad cardiovascular mantienen una relación estrecha, la presión arterial se incrementa aproximadamente 3 mmHg por cada 10 kg de aumento de peso corporal y se relaciona con 12% de incremento del riesgo de muerte por enfermedad coronaria y 24% de enfermedad vascular cerebral, este riesgo se incrementa aún más en la población adulta mayor ya que la mayoría de ellos presenta limitantes para la movilidad lo que representa mayor inactividad, aumento de peso en los pacientes y elevación del riesgo cardiovascular.<sup>27</sup>

Los beneficios de la dieta rica en vegetales y frutas y baja en carbohidratos y proteínas, mejor conocida como dieta DASH, para la salud cardiovascular

constituye una de las piedras angulares en el tratamiento no farmacológico de los pacientes con Hipertensión Arterial. Pese a esto, el acceso a los alimentos en los adultos mayores plantea todo un reto en nuestro medio ya que interviene la accesibilidad de los alimentos en el caso de pacientes dependientes hasta poder adquirirlos y prepararlos, ya sea por dificultades para salir de casa, para prepararlos, o incluso para adquirirlos por problemas económicos.<sup>28</sup>

Es por ello que el involucramiento de la familia en las modificaciones de la dieta es de suma importancia ya que, si la familia se encuentra integrada en estos cambios, el impacto económico disminuye al no pretender hacer una dieta individualizada lo que constituye una mayor de probabilidad de cumplimiento del régimen alimenticio y un mejor impacto en el manejo del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial.

Las metas del tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor se plantean en términos de disminución de la morbimortalidad cardiovascular y renal, el objetivo está enfocado en la prevención de la enfermedad cerebrovascular, mantener la expectativa de vida libre de discapacidad y la maximización de la función del paciente.<sup>26, 27</sup>

## EL APOYO FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS

El apoyo familiar es de gran relevancia en los procesos de salud-enfermedad ya que favorece los procesos de adaptación personal, familiar y social. El apoyo familiar funcional, por su parte, considera tres tipos de recursos: a) emocionales: donde el apoyo social se expresa a través de empatía, amor y confianza entre los miembros de la familia; b) instrumentales: en el cual se aporta a la solución de problemas; y c) informativos: a través del cual se obtiene información útil para afrontar la enfermedad y ésta debe ser siempre extensiva al paciente y su familia para garantizar un adecuado apego al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico ya que de ello depende disminuir la incidencia de complicaciones sobre todo en los adultos mayores.<sup>29</sup>

El cuestionario de estudio de desenlaces médicos de apoyo social (MOS; Sherbourne y Stewart, 1991), está diseñado como un cuestionario breve y que el

paciente se aplica, con diagnóstico de enfermedades crónicas en los Estados Unidos. El instrumento evalúa los siguientes componentes: a) Red de apoyo social: esta variable evalúa el número de personas que conforma la red de apoyo social (amigos y familiares); b) Apoyo social emocional/informacional: definida como el soporte emocional, orientación y consejos; c) Apoyo instrumental: caracterizado por la conducta o material de apoyo; d) Interacción social positiva: caracterizado por la disponibilidad de individuos con los cuales hacer cosas divertidas; y e) Apoyo afectivo: caracterizado por las expresiones de amor y afecto. El cuestionario MOS en población normal es una escala válida y confiable para evaluar el apoyo social que perciben los pacientes.

Para determinar el apoyo social en pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica se usó el instrumento: Encuesta de Apoyo Social (el cuestionario MOS) para evaluar apoyo social. El cuestionario Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOS; Sherbourne y Stewart, 1991), es uno de los varios instrumentos desarrollados para el Medical Outcomes Study, en pacientes con enfermedades crónicas.<sup>30</sup>

*Interpretación.* Este cuestionario cuenta con un total de 20 preguntas y evalúa el apoyo social percibido por los pacientes en su núcleo familiar. El ítem número 1 hace referencia al tamaño de la red social y los 19 ítems restantes están referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional: emocional/informacional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo.

Las opciones de respuesta están dadas a través de una escala Likert de 1 (Nunca) a 5 (Siempre). *Apoyo emocional:* ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19. Puntuación máxima: 40, media: 24 y mínima: 8. *Ayuda material o instrumental:* ítems 2, 3, 12 y 15. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4. *Relaciones sociales de ocio y distracción:* ítems 7, 11, 14 y 18. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4. *Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño:* ítems 6, 10 y 20. puntuación máxima: 15, media: 9 y mínima: 3. *El índice global máximo de apoyo social es de 95, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19.*<sup>30, 31</sup>

El conocimiento del funcionamiento familiar y las redes de apoyo social permite identificar recursos que faciliten el desarrollo de estrategias específicas para la

implementación de intervenciones tanto clínicas como psicosociales en familias con diferentes tipos de funcionamiento familiar.<sup>32</sup>

## LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y EL APOYO FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR HIPERTENSO

El equipo médico multidisciplinario debe proporcionar información adecuada acerca de la enfermedad de los pacientes, siendo de primordial importancia en el adulto mayor ya que debemos considerar las limitantes propias de cada paciente tales como: disminución de la agudeza visual y auditiva, limitación motora o funcional, los efectos secundarios del tratamiento, condiciones que lo hacen más vulnerables, las interacciones medicamentosas y beneficios derivados de los fármacos antihipertensivos. De este modo se reduciría el miedo y la ansiedad derivada de su uso. Además, se debe considerar que para mejorar el cumplimiento terapéutico es necesario informar al paciente sobre la naturaleza silente de la hipertensión arterial y las posibles complicaciones de su enfermedad.<sup>33</sup>

La escala de adherencia al tratamiento de Morisky (MMAS) es el cuestionario corto mejor validado.<sup>34,35</sup> La primera versión consta de cuatro preguntas de respuesta dicotómica sí o no para valorar las barreras para una correcta adherencia terapéutica. Este test también se denomina *Medication Adherence Questionnaire* (MAQ) o *4-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4)*. Ha sido validado en una gran variedad de patologías crónicas y poblaciones como: hipertensión, diabetes, dislipemia, enfermedad de Parkinson, enfermedad cardiovascular y en pacientes mayores con patologías crónicas. La versión española fue validada por Val Jiménez y colaboradores en una cohorte de pacientes hipertensos. En 2008 se publicó una nueva versión del test con ocho preguntas (*8-items Morisky Medication Adherence Scale* o *MMAS-8*) y que fue desarrollada a partir de las cuatro preguntas originales. Las cuatro preguntas adicionales hacen referencia al comportamiento respecto a la toma de medicación, tomando en cuenta un esquema incompleto de tratamiento. La adherencia se

determinó de acuerdo a su puntuación, clasificando como adherentes a los pacientes con 8 puntos y no adherentes con puntajes menores a 8.<sup>36,37</sup>

La relación de la adherencia terapéutica y el apoyo familiar han demostrado tener relación estrecha, ya que la familia cobra vital importancia al involucrarse en el seguimiento de las indicaciones para el apego del tratamiento farmacológico y no farmacológico y como repercusión evitar el coste a nivel familiar e institucional de las complicaciones y limitaciones físicas del paciente.

## JUSTIFICACIÓN

En México la prevalencia actual de hipertensión arterial es de 25.5% y de éstos el 40.0% desconocía que padecía esta enfermedad. Dentro de la proporción de adultos con diagnóstico previo de hipertensión arterial, el 79.3% reportó tener tratamiento farmacológico para controlar sus valores de tensión arterial.

Como parte del manejo de la hipertensión arterial, el tratamiento farmacológico y no farmacológico y el apoyo familiar, son de gran importancia en la población adulta mayor ya que como grupo vulnerable depende del círculo familiar para incorporar estilos de vida saludable, basados en alimentación nutritiva y balanceada, así como la adopción del ejercicio físico de manera estructurada y regular, así como de la toma adecuada de medicamentos indicados para su tratamiento. Sin embargo, todo lo anterior no será posible sin la participación activa de la familia en el cambio de hábitos higiénico-dietéticos para tener un verdadero impacto en el control de la enfermedad crónica del paciente y el monitoreo constante para asegurar el buen apego al tratamiento farmacológico. Así como promover que los pacientes adultos mayores sean más productivos y autosuficientes en su rol familiar y social y limitando las complicaciones futuras.

Es por ello que se realizó este estudio, para relacionar el nivel de apoyo de la familia y la adherencia terapéutica de la Hipertensión Arterial en los pacientes adultos mayores. El impacto en la salud de los pacientes con esta enfermedad radica en la probable disminución del consumo de medicamentos, la prevención de complicaciones, hospitalizaciones y costos para el Instituto Mexicano del Seguro Social, mejorando de forma secundaria la calidad de vida del paciente adulto mayor hipertenso.

Este estudio fue factible ya que se aplicaron dos cuestionarios de autoaplicación con apoyo del investigador a fin de evaluar el nivel de adherencia terapéutica y su relación con el apoyo familiar en los pacientes adultos mayores con hipertensión arterial.

La vulnerabilidad del estudio radicó al detectar áreas de oportunidad en el núcleo familiar para mejorar el apoyo de los pacientes y contribuir a la adherencia terapéutica de los mismos.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El apoyo familiar es uno de los factores más importantes para evitar el desarrollo de posibles complicaciones en las enfermedades crónicas y degenerativas, como la Hipertensión Arterial.

Los esfuerzos para prevenir estas complicaciones son una prioridad, las estrategias de educación en salud dirigidas a la prevención y control, así como el papel que juega la familiar como red de apoyo y la influencia que esta tiene en la adherencia al tratamiento en la población adulta mayor son parámetros de detección que permiten un adecuado manejo y control del paciente hipertenso. Así como, clasificar la gravedad de la enfermedad asociado a comorbilidades y futuras complicaciones y su impacto en la familia.

En un paciente bien informado, orientado y con una red de apoyo familiar sólida se espera mejore su adherencia al tratamiento y su estilo de vida para evitar las complicaciones a corto y a largo plazo de su enfermedad.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cómo se relaciona el apoyo familiar y la adherencia terapéutica en adultos mayores hipertensos de la UMF 7 CDMX?

## **OBJETIVO GENERAL**

Relacionar el apoyo familiar y la adherencia terapéutica en adultos mayores hipertensos de la UMF 7 CDMX.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Medir la adherencia terapéutica en hipertensos adultos mayores.
2. Medir el apoyo familiar en pacientes hipertensos adultos mayores.
3. Identificar por grupos de edad, sexo, ocupación y estado civil el nivel de adherencia terapéutica.

4. Identificar por grupos de edad, sexo, ocupación y estado civil el nivel de apoyo familiar.

## **HIPÓTESIS DE TRABAJO**

- Verdadera o Alternativa (H1): Sí hay relación entre el apoyo familiar y adherencia terapéutica en adultos mayores hipertensos de la UMF 7.
- Nula (H0): No hay relación entre el apoyo familiar y adherencia terapéutica en adultos mayores hipertensos de la UMF 7.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Acudí a la sala de espera de la consulta externa de la UMF 7 CMX del turno matutino y vespertino y se preguntó a cada uno de los derechohabientes si padecían Hipertensión Arterial sin otras enfermedades crónicas, así como si eran mayores a 60 años de edad. En aquellos cuya respuesta fué afirmativa, se procedió a explicar brevemente en qué consistía el estudio y se les dió a conocer y firmar el Consentimiento Informado (Anexo 2).

El cuestionario de Apoyo Social MOS consta de 20 ítems. Se puede obtener un índice global de apoyo social formado por la suma de las puntuaciones de los 19 ítems que forman el apoyo funcional.

El test Morisky-Green es un método validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial. Con ello se pretende valorar si el paciente adopta actitudes correctas con relación al tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de proporcionar información sobre las causas del incumplimiento.

Se aplicaron ambos instrumentos y registraron los resultados para su valoración (Anexo 2) dicha actividad tuvo una duración de 10 minutos por cada paciente que cumplía con los criterios de selección.

## **PERÍODO Y SITIO DE ESTUDIO**

Se realizó durante el período de Enero 2021-febrero del 2022 en la sala de espera de la UMF 7 CDMX.

## **LUGAR DÓNDE SE DESARROLLARÁ**

Unidad de Medicina Familiar 7 CDMX

## **UNIVERSO DE TRABAJO**

Pacientes derechohabientes que pertenezcan a la Unidad de Medicina Familiar 7 Tlalpan.

## **POBLACIÓN DE ESTUDIO**

La Unidad de Medicina Familiar No. 7 se encuentra ubicada en Calzada de Tlalpan No. 4220, Acoxpa y Ajusco. Col. Huipulco. C. P. 01400, Tlalpan. Ciudad de México.

La población total adscrita a esta unidad es de 277 654 pacientes; de los cuales 3 643 cuentan con el Diagnóstico de Hipertensión Arterial y 2 486 con Hipertensión Arterial sin otras enfermedades concomitantes mayores de 60 años.

## **UNIDAD DE OBSERVACIÓN**

La fuente de información se elaboró mediante dos instrumentos: el cuestionario MOS que evalúa el apoyo del entorno familiar del paciente y el Test de Morisky-Green para determinar el grado de adherencia al tratamiento del paciente, mismos que se aplicaron a los pacientes derechohabientes adultos mayores con diagnóstico de Hipertensión Arterial del turno matutino y vespertino.

## **UNIDAD DE ANÁLISIS**

Se aplicaron dos instrumentos: cuestionario MOS de 20 reactivos cada uno para la obtención de información de Apoyo Familiar y test de Morisky-Green de 8 reactivos para evaluar la Adherencia Terapéutica.

## **RECURSOS**

### *RECURSOS MATERIALES*

- Fotocopias de instrumentos
- Fotocopias de Consentimiento Informado
- Lápiz y bolígrafos
- Impresora

### *RECURSOS HUMANOS*

- Encuestadores capacitados
- Asesores clínicos
- Asesor metodológico

### *RECURSOS ECONÓMICOS*

- Este trabajo no requiere inversión extra a la que normalmente se invierte en la evaluación y/o estudio de este tipo de temas.

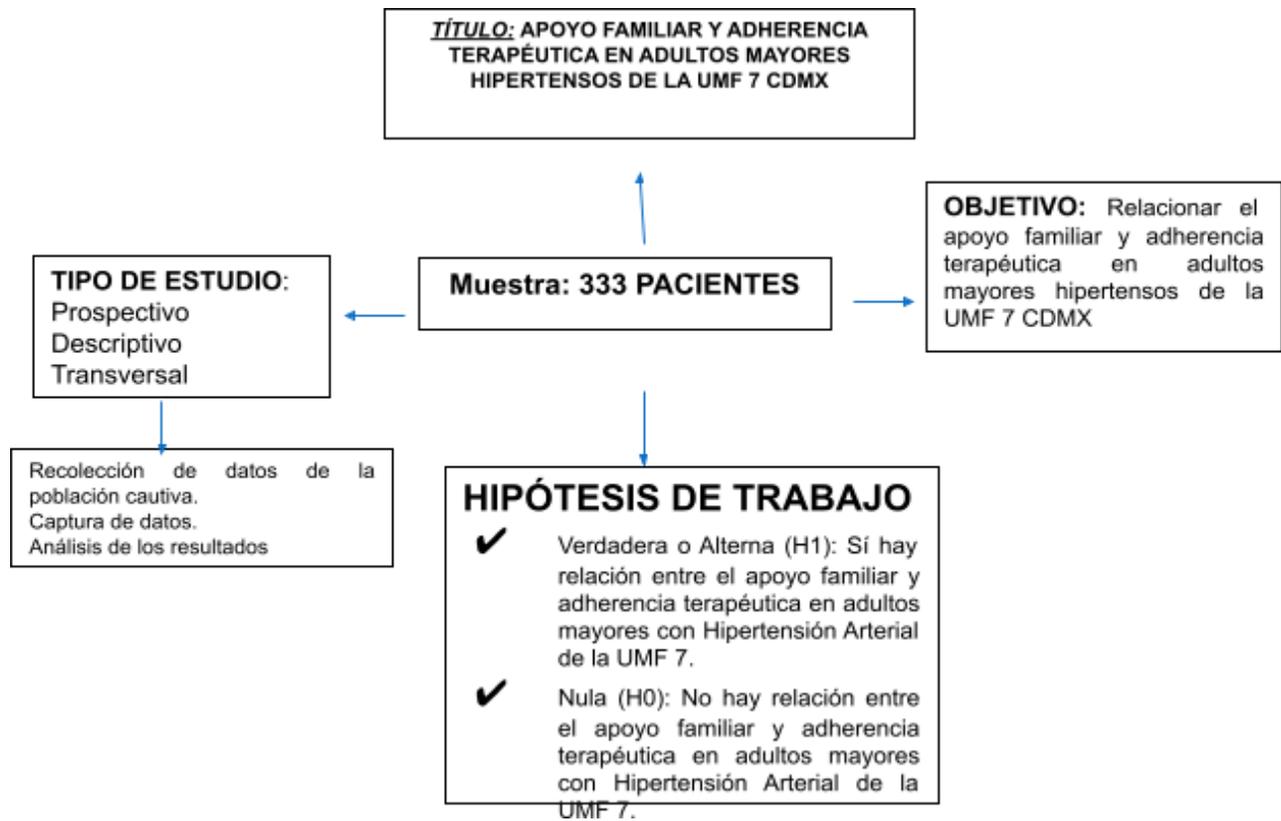
### *FINANCIAMIENTO*

- El presente trabajo no recibe financiamiento por parte de ninguna institución, asociación o industria.

## **TIPO DE ESTUDIO**

- *PROSPECTIVO*: Según el proceso de causalidad y de tiempo de ocurrencia de los hechos y la información. La información se registró en la medida que va ocurriendo el estudio.
- *TRANSVERSAL*: Estudia y evalúa a un grupo de personas por un tiempo determinado en el que están ocurriendo los resultados.
- *DESCRIPTIVO*: De acuerdo al control de las variables y alcance de los resultados. Describe los problemas de salud en función de variables de persona, lugar y tiempo y examina las relaciones entre ellas.

## DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



## **POBLACIÓN**

Adultos mayores con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden a Consulta Externa de la UMF 7 CDMX del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de México.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial derechohabientes al IMSS con adscripción a la UMF 7 CDMX.
- Pacientes mayores a 60 años
- Ambos sexos
- Pacientes dispuestos a participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que padezcan Diabetes Mellitus Tipo I y 2.
- Pacientes que no sepan leer y/o escribir
- Pacientes con alguna discapacidad visual, motora o auditiva.

### CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que decidan retirarse del estudio
- Pacientes que no cumplan con la totalidad del instrumento

## MUESTREO

De acuerdo con datos proporcionados en el servicio ARIMAC de la UMF 7 registrados a Mayo del 2021 siendo aproximadamente 2 486 pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial mayores de 60 años de edad, adscritos a esta unidad en ambos turnos (matutino y vespertino) sin Diagnóstico de Diabetes Mellitus.

## CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Muestra:

$$\frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{[e^2 \cdot (N-1)] + [Z^2 \cdot p \cdot q]}$$

Sustituyendo la fórmula:

Población: x

Valor Z: Con un intervalo de confianza al 95% es de 1.96

Valor P: Probabilidad de ocurrir de 0.5

Valor Q: Probabilidad de no ocurrir de 0.5

Valor E: Margen de error de 0.5% es de 0.05

$$\frac{x \cdot (1.96)^2 \cdot (0.5) \cdot (0.5)}{[(0.05)^2 \cdot (x-1)] + [(1.96)^2 \cdot (0.5) \cdot (0.5)]}$$
$$\frac{x}{[x] + [0.96]}$$
$$\frac{X}{Y} = Z = x$$

DONDE SE REALIZÓ EL CÁLCULO:

$$\frac{2\,486 \cdot (1.96)^2 \cdot (0.5) \cdot (0.5)}{[(0.05)^2 \cdot (2\,486-1)] + [(1.96)^2 \cdot (0.5) \cdot (0.5)]}$$
$$\frac{2\,486}{[2\,486] + [0.96]}$$

## RESULTADO DE LA MUESTRA:

**333.86 = 334 PACIENTES**

## VARIABLES

### VARIABLES DEL ESTUDIO

- DEPENDIENTE

- o Adherencia terapéutica.
- INDEPENDIENTE
  - o Apoyo familiar

### VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- Edad
- Sexo
- Escolaridad
- Ocupación
- Estado Civil

### OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
<b>EDAD</b>	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Información obtenida durante la aplicación de hoja de recolección de datos.	Cuantitativa	1) 60- 69 años 2) 70-79 años 3) >80 años
<b>SEXO</b>	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras	Información obtenida durante la aplicación de hoja de recolección de datos.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1) Mujer 2) Hombre
<b>ESCOLARIDAD</b>	Período de tiempo que un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender. Especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.	Información obtenida durante la aplicación de hoja de recolección de datos.	Cualitativa Ordinal Politómica	1) Analfabeta 2) Primaria 3) Secundaria 4) Preparatoria 5) Licenciatura 6) Posgrado
<b>ESTADO CIVIL</b>	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Información obtenida durante la aplicación de hoja de recolección de datos.	Cualitativa Nominal Politómica	1) Soltero 2) Casado 3) Unión Libre 4) Viudo
<b>OCUPACIÓN</b>	Actividad desempeñada por el cuidador para obtener remuneraciones	Información obtenida durante la aplicación de hoja de recolección de datos.	Cualitativa Nominal Politómico	1) Empleado 2) Desempleado 3) Jubilado
<b>HIPERTENSIÓN ARTERIAL</b>	La HTA se define como una PAS $\geq$ 140 mmHg o una PA diastólica (PAD) $\geq$ 90 mmHg medidas en consulta y con diagnóstico previo.	Información obtenida durante la aplicación de hoja de recolección de datos.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1) Sí 0) No
<b>APOYO FAMILIAR</b>	Cuestionario de Apoyo Social MOS consta de 20 ítems. Se miden en una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta, que se puntúan de 1 (nunca) a 5 (siempre).	Información obtenida durante la aplicación del cuestionario referido por el paciente.	Cualitativa Ordinal	1) Nunca 2) Pocas veces 3) Algunas veces 4) La mayoría de las veces

				5) Siempre Este se interpreta de la siguiente manera: 1. Apoyo Alto 95-76 2. Apoyo Medio 75-36 3. Apoyo Bajo menor a 36
<b>ADHERENCIA TERAPÉUTICA</b>	Test de autoadministración Morisky-Green para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial conformada por 8 reactivos. Consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica (sí/no), que refleja la conducta del paciente respecto al cumplimiento del tratamiento y que consta de 8 preguntas.	Información obtenida durante la aplicación del cuestionario referido por el paciente.	Cualitativa Nominal	0) No 1) Sí  Adherentes a los pacientes con 8 puntos y no adherentes con puntajes menores a 8.

## DISEÑO ESTADÍSTICO

Por medio de la hoja de recolección de datos se realizó la medición de las variables cualitativas, así como la medición de la magnitud de variables cuantitativas. Así mismo, se realizaron el recuento de las mismas de acuerdo a su clasificación correspondiente a las escalas utilizadas en la operacionalización de variables respectivamente. Se elaboraron las tablas y gráficas necesarias que permitieron la inspección de los datos. Posteriormente se realizó la siguiente síntesis de datos: para las variables cualitativas y se calculó frecuencia y porcentaje, mientras que para las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central y medidas de dispersión; según correspondieron a cada caso. Se las evaluaron las variables dependiente e independiente mediante el cálculo de Chi-cuadrada para aceptar o rechazar la hipótesis nula.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el presente protocolo de estudio, que lleva por título **“APOYO FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UMF 7, CDMX”**, conserva los principios establecidos en la **Ley General de Salud** en materia

de investigación para la salud, vigente desde el 2007 en base al segundo título, artículo 17, como investigación sin riesgo, ya que solo se obtendrá información de aspectos sociodemográficos, así como datos factores de riesgo, conocimiento sobre apoyo recibido del círculo familiar del paciente y cómo esta influye en la adherencia terapéutica, mediante la aplicación de cuestionarios; en dicha investigación se exime de cualquier intervención y modificación de variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participen en el estudio, así mismo, no se consideran problemas de temas sensibles para los pacientes y se cuidará el anonimato y la confidencialidad de todos los datos obtenidos en la investigación. En base al artículo 14 y 21 del mismo apartado, se hace mención a las bases establecidas para el desarrollo de la investigación en seres humanos, que serán establecidas y se dará seguimiento de acuerdo a la aplicación en este estudio los principios éticos, científicos y consentimiento informado.

De acuerdo al **código de Nüremberg**, normas éticas sobre experimentación en seres humanos, publicado en agosto de 1947, se establece y se consolida en el presente estudio, la aplicación esencial de consentimiento voluntario del sujeto a dicho protocolo, así como durante el curso del experimento, el individuo tiene la libertad para poner fin al experimento, derivado de su estado físico y mental el cual le imposibilita continuarlo. A sí mismo se seguirán los estatutos establecidos en dicho código, al mencionar que será ejecutado de tal manera que se evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario.

En las **Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud** con seres humanos, elaborada en 1982 con actualización en el año 2016, por parte del **Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas**, pauta 1: Valor social y científico, y respeto de los derechos, se habla y se obtiene como objetivo en este protocolo de estudio, sobre la justificación ética para realizar investigaciones relacionadas con la salud en que participen seres humanos, radica su valor social y científico: la perspectiva de generar conocimiento y los medios necesarios para proteger y promover la salud de las personas, de manera que los resultados de las investigaciones promuevan la toma de decisiones que repercutan en la salud individual y pública, así como bienestar social y uso de recursos limitados.

La **Declaración de Helsinki** de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. (Comprobado el 05 de diciembre del 2008). El investigador se apegará al propósito principal comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas, así como la protección de la confidencialidad de dichos datos, omitiendo

información que pudiese relevar la identidad de las personas, limitando el acceso a los datos, o por otros medios.

De acuerdo al **informe Belmont**, principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación, el investigador responsable y el presente estudio, se basará en la aplicación de los tres principios éticos básicos relevantes para la ética de la investigación con humanos:

I. Respeto por las personas: Los individuos serán tratados como agentes autónomos, los sujetos que ingresen al estudio será mediante forma voluntaria e información adecuada.

II. Beneficencia: Las personas que ingresen al estudio, serán tratadas éticamente, protegiéndolas del daño, así como con el objetivo de asegurar su bienestar.

III. Justicia: Se otorgará trato por igual a cada uno de los participantes, de manera que no se les negará servicio independientemente de su decisión de participar o no participar en el estudio.

## **CONFLICTO DE INTERESES**

El grupo de investigadores que participarán en el estudio **“APOYO FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UMF 7 CDMX”**, no recibirán ningún tipo de apoyo externo, no se encuentran en conflicto de intereses con las autoridades de su Institución por realizar el mismo, ni se perjudicará a los pacientes que no desearan participar en la investigación.

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

De acuerdo a la **Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités de Hospitalarios de Bioética**, el consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado consta de dos partes: el derecho a la información y libertad de elección. Existen pronunciamientos claros acerca de la obligatoriedad del consentimiento informado en: Ley General de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud, Leyes Estatales de Salud, Reglamento de Servicios Médicos del IMSS, Normas Oficiales Mexicanas, Comisión Nacional de Certificación de Establecimientos de Salud y Cartas de los Derechos de los Pacientes. En este protocolo de investigación se aplicará un consentimiento informado para cada uno de los individuos

que aceptaron participar en el estudio, donde se les brindó la información de manera clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de los riesgos y beneficios que implicaba su participación. (Anexo 2).

## **MÉTODOS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS**

### Control de sesgo de información

- Se realizó una exhaustiva búsqueda en la literatura con la mayor evidencia científica disponible mediante buscadores electrónicos.
- Se realizará la obtención de datos de los participantes a través de una hoja de recolección de datos revisada y aprobada por el comité de investigación para aprobar su correcta estructura.
- Los participantes no conocerán la hipótesis del estudio.

### Control de sesgo de selección

- Se realizó la obtención de muestra con la realización de los cuestionarios Morisky-Green y MOS para evaluar la adherencia terapéutica y el apoyo familiar respectivamente.
- Se evaluaron los criterios de selección, exclusión y eliminación.
- Control de sesgo de análisis
- La hoja de recolección de datos fue recabada por la investigadora para evitar falta de respuestas y respuestas dobles así como aclarar la dudas referidas por el paciente.
- Se verificó los datos del paciente al finalizar la recolección de datos.
- Se creó una base de datos en Excel para el registro y análisis de los datos de forma correcta.
- Los resultados fueron analizados con el programa SPSS20.

## **FACTIBILIDAD.**

Este estudio es factible ya que se aplicaron dos cuestionarios de auto aplicación con apoyo del investigador a fin de evaluar el nivel de adherencia terapéutica y su

relación con el apoyo familiar en los pacientes adultos mayores con hipertensión arterial.

### **TRASCENDENCIA.**

A nivel mundial y nacional en los últimos años se ha observado un aumento de complicaciones de la Hipertensión Arterial, así como, de enfermedades cardiovasculares en la población adulta mayor, siendo estos pacientes más dependientes al núcleo familiar y significando el apoyo brindado por ésta una pieza clave en la adherencia a su tratamiento y por ende una mejor calidad de vida y la limitación de las complicaciones y muerte de los pacientes que la padecen. Es importante en el primer nivel de atención el involucrar de forma activa al círculo familiar o de apoyo de los pacientes para tener una mejor respuesta y control del paciente.

### **EXPERIENCIA DEL GRUPO DE INVESTIGADORES.**

Se cuenta con el apoyo de asesores (metodológico y clínico), los investigadores han realizado en conjunto más de 10 investigaciones relacionadas a temas clínicos en el último año; se cuenta como experiencia la asesoría metodológica de más de 5 años en lo que respecta a investigaciones realizadas por médicos residentes para obtención de grado correspondiente.

- Asesor metodológico: Millán Hernández Manuel, Especialista en Medicina Familiar.
- Asesor Clínico: Villarreal Ávalos Mariana Gabriela, Especialista en Medicina Familiar.

### **LIMITACIONES PARA EL ESTUDIO.**

Por el momento no existen limitantes para realizar el estudio.

### **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Se realizó el análisis de un total de 334 pacientes.

- En relación al **Objetivo General** encontramos lo siguiente:

En la relación de Adherencia Terapéutica y Apoyo Familiar se obtuvo que en 77 pacientes No Adherentes presentaron Apoyo Familiar Alto, 70 pacientes No Adherentes tuvieron Apoyo Familiar Medio y 19 pacientes No Adherentes con Apoyo Familiar Bajo.

Por otro lado, se obtuvo una frecuencia de 96 pacientes con Adherencia Terapéutica y Apoyo Familiar Alto, 62 pacientes con Adherencia Terapéutica y Apoyo Familiar Medio. Y finalmente, 10 pacientes con Adherencia Terapéutica y Apoyo Familiar Bajo.

**Ver Tabla 1 y Gráfica 1 en Anexos.**

De acuerdo con la Tabla de Contingencia de 2 por 3, el resultado obtenido de Chi cuadrado fue de 5.353

- En relación con el **Objetivo Específico 1** encontramos lo siguiente:

Con respecto a la variable Adherencia Terapéutica se encontró que: 166 pacientes (49.7%) no presentaban Adherencia Terapéutica. Por otro lado, 168 pacientes (50.3 %) tenían Adherencia Terapéutica.

**Ver Tabla 2 y Gráfica 2 en Anexos.**

- En relación con el **Objetivo Específico 2** encontramos lo siguiente:

La frecuencia de pacientes con la variable Nivel de Apoyo Familiar fue el siguiente: 173 pacientes (51.9%) con nivel de Apoyo Familiar Alto, 132 pacientes (39.5 %) presentaron nivel de Apoyo Familiar Medio y 29 pacientes (8.7%) con nivel de Apoyo Familiar Bajo.

**Ver Tabla 3 y Gráfica 3 en Anexos.**

- En relación con el **Objetivo Específico 3** encontramos lo siguiente:

Con respecto a las variables **Edad vs Adherencia Terapéutica** se encontró que en el decenio de edad 60-69 años, 72 pacientes son No Adherentes al tratamiento y 68 pacientes presentaron Adherencia Terapéutica. En el decenio de edad 70-79 años, 62 pacientes fueron No Adherentes al tratamiento y 72 pacientes Adherentes. En el decenio de edad >80 años, 32 pacientes No presentaron Adherencia Terapéutica y 32 pacientes en este rango de edad fueron Adherentes al tratamiento, dando un total de 334 pacientes.

**Ver Tabla 4 y Gráfica 4 en Anexos.**

De acuerdo con la Tabla de Contingencia de 3 por 2, el resultado obtenido de Chi cuadrado fue de 1.115

Por otro lado, en las variables **Sexo vs Adherencia Terapéutica** pudimos observar que: 110 pacientes mujeres no presentaban Adherencia Terapéutica y 122 pacientes mujeres fueron Adherentes al tratamiento. Sin embargo, en el caso de los hombres se obtuvo que, 56 pacientes no presentaban Adherencia Terapéutica y 46 pacientes hombres con Adherencia al tratamiento. Del total de 334 pacientes estudiados.

**Ver Tabla 5 y Gráfica 5 en Anexos.**

De acuerdo con la Tabla de Contingencia de 2 por 2, el resultado obtenido de Chi cuadrado fue de 1.589

En la relación **Ocupación vs Adherencia Terapéutica** encontramos a 5 pacientes empleados No Adherentes que representan el 31.3% y 11 pacientes empleados Adherentes que representan el 68.8% de este rubro. En el caso de desempleados, 95 pacientes que representan el 53.1% sin Adherencia Terapéutica y 84 pacientes que

representan el 46.9% de los desempleados son Adherentes. Finalmente, 66 pacientes que representan el 47.5% de los jubilados son No Adherentes y 73 pacientes que representan el 52.5% de los jubilados son Adherentes.

**Ver Tabla 6 y Gráfica 6 en Anexos.**

De acuerdo con la Tabla de Contingencia de 3 por 2, el resultado obtenido de Chi cuadrado fue de 3.267

Por otro lado, en la relación de las variables **Estado Civil vs Adherencia Terapéutica** se obtuvo que: 20 pacientes solteros (44.4 %) son No Adherentes y 25 pacientes solteros Adherentes (55.6%), dando un total de 45 pacientes. 92 pacientes casados son No Adherentes (52.3%) y 84 pacientes casados Adherentes (47.7%), dando un total de 176 pacientes. 9 pacientes en unión libre (42.9%) son No Adherentes y 12 pacientes en unión libre (57.1%) Adherentes, dando un total de 21 pacientes. 45 pacientes viudos (48.9%) No Adherentes y 47 pacientes viudos (51.1%) Adherentes, dando un total de 92 pacientes.

**Ver Tabla 7 y Gráfica 7 en Anexos.**

De acuerdo con la Tabla de Contingencia de 4 por 2, el resultado obtenido de Chi cuadrado fue de 1.379

- En relación con el **Objetivo Específico 4** encontramos lo siguiente:

En la relación **Edad vs Nivel De Apoyo Familiar** encontramos que: en el decenio de edad 60-69 años, 72 pacientes presentaron Apoyo Familiar Alto, 55 pacientes presentaron Apoyo Familiar Medio y 13 pacientes presentaron Apoyo Familiar Bajo.

En el decenio de edad 70-79 años, 73 pacientes presentaron Apoyo Familiar Alto, 51 pacientes presentaron Apoyo Familiar Medio y 10 pacientes con Apoyo Familiar Bajo.

Finalmente, en el decenio de edad >80 años, 28 pacientes presentaron Apoyo Familiar Alto, 26 pacientes presentaron Apoyo Familiar Medio y 6 pacientes presentaron Apoyo Familiar Bajo

**Ver Tabla 8 y Gráfica 8 en Anexos.**

De acuerdo con la Tabla de Contingencia de 3 por 3, el resultado obtenido de Chi cuadrado fue de 1.198

Por otro lado, en la relación de las variables **Sexo vs Nivel de Apoyo Familiar**, se obtuvo:

En el grupo de mujeres, 124 pacientes presentaron Apoyo Familiar Alto, 87 pacientes presentaron Apoyo Familiar Medio y 21 pacientes presentaron Apoyo Familiar Bajo. Asimismo, en el grupo de hombres 49 pacientes presentaron Apoyo Familiar Alto, 45 pacientes presentaron Apoyo Familiar Medio y 8 pacientes presentaron Apoyo Familiar Bajo.

**Ver Tabla 9 y Gráfica 9 en Anexos.**

De acuerdo con la Tabla de Contingencia de 2 por 3, el resultado obtenido de Chi cuadrado fue de 1.304

En las variables **Ocupación vs Nivel de Apoyo Familiar**, se obtuvo:

En el grupo conformado por empleados 7 pacientes presentaron Apoyo Familiar Alto, 9 pacientes presentaron Apoyo Familiar Medio y 0 pacientes presentaron Apoyo Familiar Bajo. Por otro lado, en el grupo conformado por desempleados 88 pacientes presentaron Apoyo Familiar Alto, 72 pacientes presentaron Apoyo Familiar Medio y 19 pacientes

presentaron Apoyo Familiar Bajo. Finalmente, en el grupo conformado por jubilados, 78 pacientes presentaron Apoyo Familiar Alto, 51 pacientes presentaron Apoyo Familiar Medio y 10 pacientes presentaron Apoyo Familiar Bajo.

**Ver Tabla 10 y Gráfica 10 en Anexos.**

De acuerdo con la Tabla de Contingencia de 3 por 3, el resultado obtenido de Chi cuadrado fue de 4.891

En la relación **Estado Civil vs Nivel de Apoyo Familiar** se obtuvo:

En el grupo con estado civil soltero, 20 pacientes presentaron Apoyo Familiar Alto, 19 pacientes presentaron Apoyo Familiar Medio y 6 pacientes presentaron Apoyo Familiar Bajo. Por otro lado, el grupo con estado civil casados: 97 pacientes presentaron Apoyo Familiar Alto, 68 pacientes presentaron Apoyo Familiar Medio, 11 pacientes presentaron Apoyo Familiar Bajo. Igualmente, en el grupo con estado civil en unión libre: 7 pacientes presentaron Apoyo Familiar Alto, 12 pacientes presentaron Apoyo Familiar Medio y 2 pacientes presentaron Apoyo Familiar Bajo. Asimismo, en el grupo con estado civil viudo: 49 pacientes presentaron Apoyo Familiar Alto, 33 pacientes presentaron Apoyo Familiar Medio y 10 pacientes presentaron Apoyo Familiar Bajo.

**Ver Tabla 11 y Gráfica 11 en Anexos.**

De acuerdo con la Tabla de Contingencia de 4 por 3, el resultado obtenido de Chi cuadrado fue de 7.186

## **DISCUSIÓN**

Se estima que para el 2025 el 12% de la población en Latinoamérica contará con el mayor número de personas adultas mayores, debido al incremento de la esperanza de vida y

disminución de la natalidad. Como menciona García-Morales y cols. (9), el resultado del paulatino envejecimiento poblacional se traduce de igual forma en trastornos asociados a enfermedades crónicas, discapacidad y dependencia del paciente.

La familia puede fungir como apoyo para la vigilancia de los acuerdos establecidos con el equipo de salud y el paciente, para el manejo de su padecimiento y colaborar en conductas saludables como familia, mejorar su control metabólico y disminuir al máximo la aparición de complicaciones.

La adherencia terapéutica como menciona Pagés en su estudio realizado en 2018 (8), es una elección del paciente hacia la toma de decisiones terapéuticas farmacológicas o no farmacológicas para el manejo de sus enfermedades. Es indispensable valorar la adherencia al tratamiento ya que esto contribuye a tomar mejores decisiones para llevar a cabo intervenciones más adecuadas para cada paciente.

El apoyo familiar se asoció principalmente con las conductas que motivan al paciente a tomar sus medicamentos, es decir, a presentar mayor adherencia terapéutica como lo muestra este trabajo.

En el presente estudio realizado en 334 pacientes hipertensos adultos mayores de la UMF 7 CDMX se encontró que el 50.3% presentaban Adherencia al tratamiento médico y el 51.8% Apoyo Familiar Alto.

En la asociación de Apoyo Familiar Alto y Adherencia Terapéutica se encontró que un 57.1% de los pacientes presentaron esta relación. Lo que concuerda con el estudio realizado por Marín-Reyes F (38), los pacientes con hipertensión tienen un mayor grado de apego al tratamiento cuando reciben un adecuado apoyo familiar.

Con respecto a la variable sexo asociada a Adherencia terapéutica se observó que 232 pacientes fueron mujeres, de las cuales el 52.6% presentaron adecuada Adherencia. De los 102 pacientes hombres, el 54.9% fueron No Adherentes al tratamiento médico.

Tal y como lo demuestra Jiménez-Aguilera B y col. en su estudio Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor de 2016, se concuerda que las mujeres mostraron un mayor apoyo familiar y adherencia al tratamiento en comparación con los hombres.

Esto se puede explicar, al considerar que las mujeres acuden con mayor frecuencia a solicitar atención médica y por tanto pueden realizarse ajustes en el tratamiento, el cual se sigue con mejor apego. Por otro lado, a que las mujeres continúan considerándose en las familias mexicanas como los principales pilares de la familia por lo que, al enfermar reciben un apoyo familiar alto. (40)

Por otra parte, se reitera que los datos sociodemográficos como edad, ocupación y estado civil, de acuerdo a algunos autores (38, 39), no tienen ninguna relación para que el paciente hipertenso tenga una buena adherencia al tratamiento y apoyo familiar.

## **CONCLUSIÓN**

En este estudio de 334 pacientes adultos mayores hipertensos, el sexo más frecuente fue el femenino (69.5%), la edad más frecuente fue el grupo de 60 a 69 años (41.9%), el

estado civil más frecuente fue casado (52.7 %), la ocupación más frecuente fue desempleado (53.6%) y el resultado más frecuente en la relación nivel de apoyo familiar y adherencia fue de Apoyo Familiar Alto y Adherente al tratamiento médico (65.9%).

Por lo tanto, en continuidad con lo planteado en el desarrollo de la hipótesis para estudios con análisis específicos por objetivos, aceptamos la hipótesis Verdadera o Alternativa (H1): *Sí hay relación entre el apoyo familiar y adherencia terapéutica en adultos mayores con Hipertensión Arterial de la UMF 7.*

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Who.int (internet) <https://www.who.int/es>

2. Fernández M. El impacto de la enfermedad en la familia. Rev Fac Med UNAM Vol.47 No.6 Noviembre-Diciembre, 2004. Pág 251.254.
3. Vergeles J. En la enfermedad crónica, ¿la familia ayuda? AMF 2013;9(9):495-500.
4. Menéndez C. Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial. Aten Primaria 2003;31(8):506-13.
5. Pomares A. Relationship between Therapeutic Adherence and Perceived Social Support in Patients with Arterial Hypertension. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2020;36(2):e1190.
6. Medellín M, Rivera M. Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. Salud Mental 2012;35:147-154.
7. Suárez L, Estimulación Cognitiva y apoyo familiar hacia adulto mayor con deterioro cognitivo. Revista de Información Científica. Volumen 98 Nol. 1 Enero-Febrero 2019.
8. Jiménez B, Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. Aten Fam 2016; 23(4).
9. García G, Apoyo Familiar y control glucémico en pacientes con Diabetes Tipo 2 en una unidad de medicina familiar de Acapulco, Guerrero, México. Aten Fam 2018; 25(1).
10. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Switzerland: World Health Organisation; 2003.
11. Pagès N. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharm. 2018; 59(3): 163-172.
12. Morisky D, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens (Greenwich). 2008 May;10(5):348-54.
13. González Y. Adherencia terapéutica antihipertensiva en adultos mayores. Revista Información Científica, Universidad de Ciencias Médicas Guantánamo. 2019 Volumen 98 No. 2.
14. Valencia F, Mendoza S, Luengo AL. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. Rev Perú Med Exp Salud Pub [en línea]. 2017 Apr-Jun [citado 3 May 2019]; 34(2):245-249. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2017.v34n2/245-249/>
15. Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial en el adulto mayor. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Practica Clínica. México, IMSS; 2017. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc> <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#>
16. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. 2019;72(2):160.e1-e78. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.10.1016/j.recesp.2018.11.022>

17. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837_eng.pdf?ua=1)
18. Cruz JE. Manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor. Med Int Méx. 2019 julio-agosto;35(4):515-524. <https://doi.org/10.24245/mimv35i4.2444>
19. Campos I. Prevalencia, diagnóstico y control de hipertensión arterial en adultos mexicanos en condición de vulnerabilidad. Resultados de la Ensanut 100k. Salud Publica Mex. 2019;61:888-897. <https://doi.org/10.21149/10574>
20. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino, 2016 (ENSANUT MC, 2016).
21. Orbes A. Arterial Hypertension in elder adults with overweight and obesity. CSSN. Agosto 2020, Vol. 11 Pág. 89-99.
22. Basile J, Bloch M. Overview of hypertension in adults. Up to Date, Apr, 2017.
23. 2018 ESC/ESH Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. Rev Esp Cardiol. 2019;72(2):160.e1-e78. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>
24. Wagner Grau P. Fisiopatología de la hipertensión arterial: nuevos conceptos. Rev Peru Ginecol Obstet. 2018;64(2):175-184. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2075>
25. Gopar R. et al. ¿Cómo tratar la hipertensión arterial sistémica? Estrategias de tratamiento actuales. Archivos de cardiología de México · February 2021. DOI: [CR:ADD:TX\\_1~ABS:AT/CR:WEB:TX\\_2~ABS:AT \(archivoscardiologia.com\)](https://doi.org/10.29025/archivoscardiologia.com)
26. Esparza RM, Jiménez-González MJ, Landeros Pérez ME, Guerrero-Castañeda RF, Galindo-Soto JA, Maya Pérez E. Planeación y cumplimiento de metas del tratamiento de la hipertensión arterial sistémica en el anciano. SANUS. 2020; (14):1-14.
27. Mellen PB, Palla SL, Goff DC Jr, Bonds DE. Prevalence of nutrition and exercise counseling for patients with hypertension United States, 1999 to 2000. J Gen Intern Med 2004;19(9):917-24.
28. Diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 08/07/2014. <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
29. Londoño, N. E., Rogers, H., Castilla, J. F., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M.A., Oliveros, M., Palacio, J., Aguirre, D., (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. International Journal of Psychological Research, 5(1), 142-150.
30. De la Revilla L, et: al - Validación del cuestionario MOS de apoyo social en atención primaria. Medicina de Familia (And) Vol. 6, N.º 1, abril 2005
31. Suárez MA., Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. Rev Med La Paz, 2011; 17(1): 60-67.
32. Medellín M., Rivera MA, López J., Funcionamiento Familiar y su relación con las redes de Apoyo social en una muestra de Morelia, México. Salud Mental 2012;35:147-154.

33. Franco A., Silva JA., Martínez O. Evaluación de adherencia terapéutica antihipertensiva en el adulto mayor. *Revista de Información Científica (RIC)* vol 97, No. 6, noviembre-diciembre 2018: 1124-1134.
34. Peralta M, Carbajal P. Adherencia al tratamiento. *Rev Cent Dermatol Pascua* Vol. 17, Núm. 3 • Sep-Dic 2008: 84-88.
35. Limaylla M., Ramos N. Indirect methods of therapeutic compliance ratings. *Ciencia e Investigación* 2016; Facultad de Farmacia y Bioquímica UNMSM 2016. 19(2): 95-101.
36. Valencia F, Mendoza S, Luengo 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 Perú Med Exp Salud Publica.* 2017;34(2):245-9.
37. Luna U, Haro R, Uriostegui L, Barajas T, Rosas-Navarro D. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan Jalisco, México. *Rev Aten Familia [en línea].* 2017 Jul-Sep [citado 3 May 2019]; 95-142. DOI: <https://www.doi.org/10.1016/j.af.2017.07.004>
38. Marín-Reyes F, Rodríguez-Morán M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Publica Mex* 2001;43:336-339.
39. Olvera AS y col. Apoyo familiar y adherencia terapéutica en hipertensos. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2009;17 (1-3): 10-13.
40. Jiménez-Aguilera B y col. Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. *Rev Atención Familiar* . Vol. 23. Núm. 4. páginas 129-133 (Octubre - Diciembre 2016).



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	<b>APOYO FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA UMF 7 CDMX</b>						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar 7 CDMX en Calzada de Tlalpan 422 Colonia Huipulco Alcaldía Tlalpan CDMX, CP 14370. Noviembre de 2021.						
Número de registro:	Pendiente						
Justificación y objetivo del estudio:	La investigadora me ha informado que el presente estudio es importante porque el contar con mayor apoyo de la familia para tomar los medicamentos y seguir las recomendaciones médicas de: dieta, realización de ejercicio y seguimiento adecuado de las instrucciones para el cuidado de la salud tiene como resultado que tenga menos complicaciones de mi enfermedad.						
Procedimientos:	La investigadora me ha informado que al aceptar y dar mi consentimiento me aplicarán 2 cuestionarios acerca de la familia que me apoya y está al pendiente de mí y si olvido o no tomar el medicamento y si lo tomo como mi médico me lo indicó. Esta intervención durará de 10 a 15 minutos.						
Posibles riesgos y molestias:	Se me ha informado que, al responder este cuestionario, podría tener mínimas molestias o sentirme incómodo (a) sin embargo la investigadora se ha comprometido a responder cualquier duda.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	La investigadora me ha informado que al final de la intervención conocer si cuento con apoyo de mi familia y de ser posible integrar a otras personas que puedan ayudarme. Además de saber si cumplo correctamente mi tratamiento y si es necesario enviarme con mi médico familiar, ya que al seguir mi tratamiento puedo evitar complicaciones de mi enfermedad.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	La investigadora me dará recomendaciones para mejorar mis hábitos que mejoren mi estado de salud y tomar de forma adecuada el medicamento para mi enfermedad. Me hará saber la importancia de tener familiares o amigos que estén al pendiente de mi estado de salud y si cumplo con las indicaciones de mi médico para evitar complicaciones de mi enfermedad.						
Participación o retiro:	Sé que mi participación es voluntaria, por lo que podré retirarme del estudio en el momento en que yo lo desee, sin que esto afecte la atención que recibo por parte del investigador responsable y del Instituto.						
Privacidad y confidencialidad:	Se mantendrá total confidencialidad de mi nombre y cualquier otro dato personal sin que esto afecte la atención que recibo por parte del Instituto.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica						
Beneficios al término del estudio:	Obtener mayor conocimiento acerca de la importancia de la adherencia terapéutica y su relación con el apoyo familiar.						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	<b>MARIANA GABRIELA VILLARREAL AVALOS</b> , Especialista en Medicina Familiar. Matrícula: 97380843, Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 7. Consulta Externa, Adscripción: Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada de la CDMX, IMSS. Teléfono: 55732211 Ext 21478 Fax: sin fax e-mail: marianaviav@gmail.com						
Colaboradores:	<b>CAROLINA DULCE GARCÍA SUÁREZ</b> , Médico Residente de la Especialidad de Medicina Familiar. Matrícula: 97385369, Lugar de trabajo: Consulta externa. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 7. Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada de la CDMX, IMSS, Teléfono: 55732211 EXT 21478. FAX: Sin Fax e-mail: carodul16@gmail.com <b>MARÍA ELENA MEZA TORRES</b> , Especialista en Medicina Familiar. Matrícula: Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar N°7. Consulta externa. Adscripción: Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada de la CDMX, IMSS, Teléfono: 55732211 Ext 21478 Fax: Sin Fax e-mail: <b>MILLAN HERNÁNDEZ MANUEL</b> , Especialista en Medicina Familiar. Matrícula: 98374576 Lugar de trabajo: Unidad de Medicina en Salud de Psiquiatría/ Unidad de Medicina familiar No.10. Adscripción: Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada de la CDMX, IMSS, Teléfono: 56232300 Ext 45172 Fax: sin fax e-mail: drmanuelmillan@gmail.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						

Nombre y firma del sujeto

García Suárez Carolina Dulce  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

**ANEXO 2**

## APOYO FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UMF 7 CDMX

Carolina Dulce García Suárez<sup>1</sup>, Mariana Gabriela Villarreal Ávalos<sup>2</sup>, María Elena Meza Torres<sup>3</sup>, Manuel Millán Hernández<sup>4</sup>. <sup>1</sup>Residente de la especialidad en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar 7, <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar 7, <sup>3</sup>Especialista en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar 7, <sup>4</sup>Especialista en Medicina Familiar. Hospital de Psiquiatría/ Unidad de Medicina Familiar 10.

**HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FOLIO:** \_\_\_\_\_

**NSS:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** 1) 60- 69 años    2) 70-79 años    3) >80 años

**SEXO:** 1) Mujer                      2) Hombre

**ESCOLARIDAD:**                      6) Posgrado                              4) Viudo

1) Analfabeta

**ESTADO CIVIL:**

**OCUPACIÓN:**

2) Primaria

1) Soltero

1) Empleado

3) Secundaria

2) Casado

2) Desempleado

4) Preparatoria

3) Unión Libre

3) Jubilado

5) Licenciatura

### TEST MORISKY 8 ITEMS (MMAS\_8)

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

	Algunas veces	
--	---------------	--

**CUESTIONARIO MOS**

APROXIMADAMENTE, ¿CUÁNTOS AMIGOS ÍNTIMOS O FAMILIARES CERCANOS TIENE USTED? (PERSONAS CERCANAS O CON LAS QUE SE ENCUENTRA A GUSTO Y PUEDE HABLAR ACERCA DE TODO LO QUE LE OCURRE) \_\_\_\_\_

FOLIO: \_\_\_\_\_

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

### ANEXO 3



## APOYO FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UMF 7 CDMX

Carolina Dulce García Suárez<sup>1</sup>, Mariana Gabriela Villarreal Ávalos<sup>2</sup>, María Elena Meza Torres<sup>3</sup>, Manuel Millán Hernández<sup>4</sup>.  
<sup>1</sup>Residente de la especialidad en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar 7, <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar 7, <sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar 7, <sup>4</sup>Especialista en Medicina Familiar. Hospital de Psiquiatría/ Unidad de Medicina Familiar 10.

### CRONOGRAMA

Fecha	Enero/ Febrero 2021	Marzo/ Abril 2021	Mayo/ Junio 2021	Julio 2021	Agosto 2021	Septiembre 2021/ Febrero 2022	Marzo 2022/ Julio 2022	Agosto 2022
Título	Realizado							
Planteamiento del problema y marco teórico	Realizado							
Hipótesis y variables		Realizado						
Objetivos			Realizado					
Cálculo de la muestra				Realizado				
Presentación ante el comité y registro					Realizado			
Aplicación de encuesta						Realizado		
Análisis de resultados							Realizado	Realizado
Elaboración de conclusiones								Realizado
Presentación de tesis								Realizado

Realizado

No realizado

## ANEXOS 4

### Tablas y Gráficas

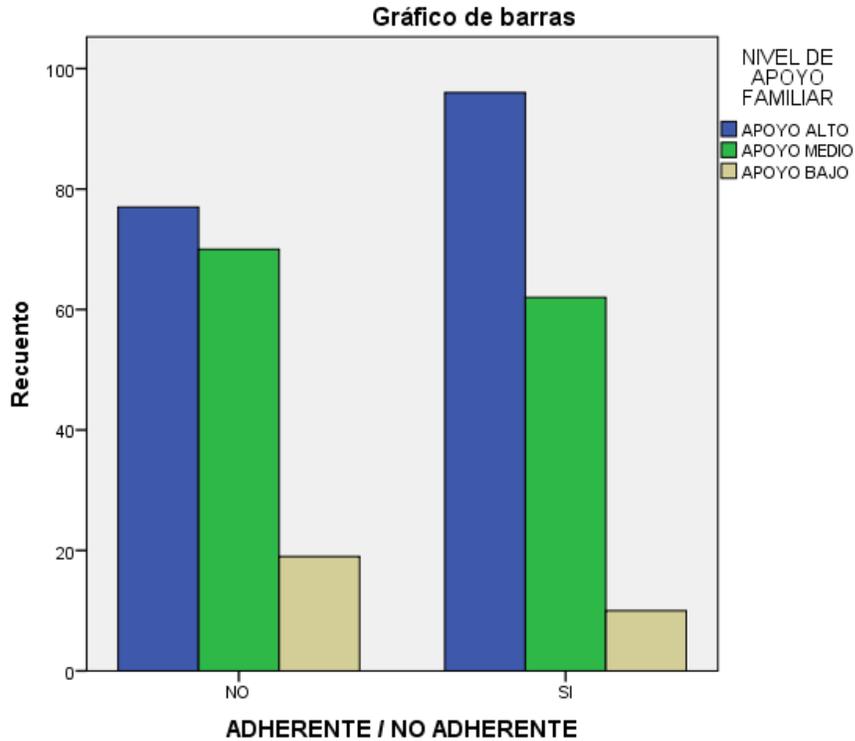
**TABLA 1. RELACIÓN ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y APOYO FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UMF 7 CDMX**

**Tabla de contingencia ADHERENTE / NO ADHERENTE \* NIVEL DE APOYO FAMILIAR**

Recuento

		NIVEL DE APOYO FAMILIAR			Total
		APOYO ALTO	APOYO MEDIO	APOYO BAJO	
ADHERENTE / NO ADHERENTE	NO	77	70	19	166
	SI	96	62	10	168
Total		173	132	29	334

**GRÁFICA 1. RELACIÓN ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y APOYO FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UMF 7 CDMX**

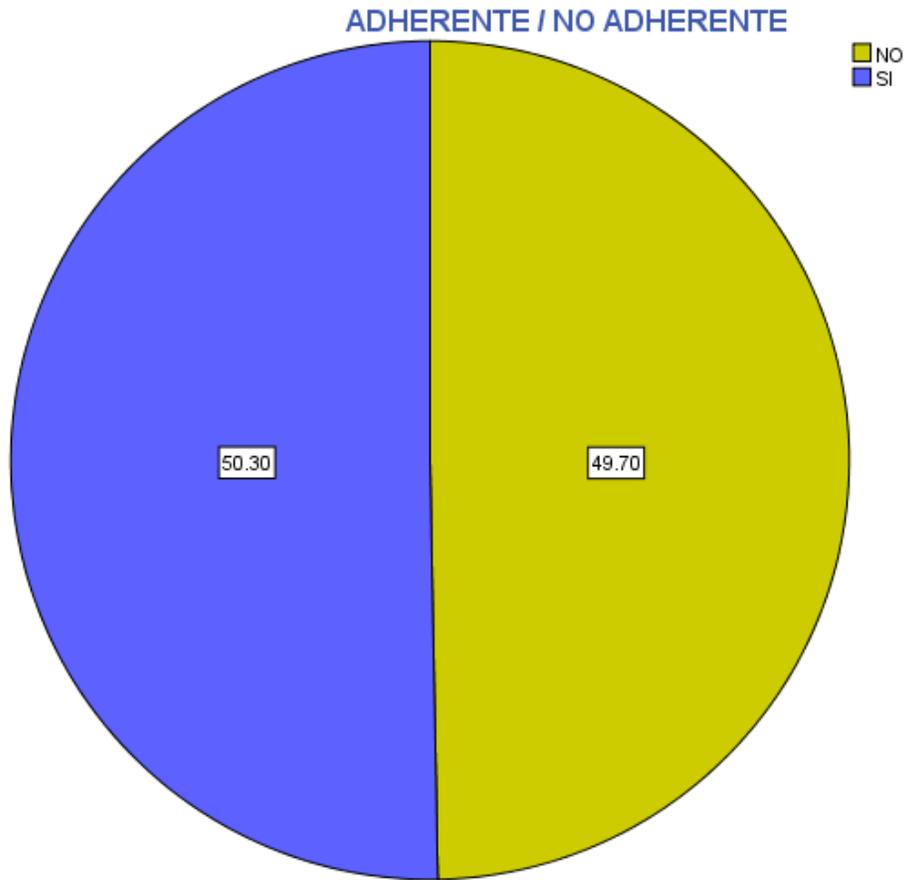


**TABLA 2. ADHERENCIA TERAPÉUTICA SEGÚN FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UMF 7 CDMX**

**ADHERENTE / NO ADHERENTE**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	166	49.7	49.7	49.7
	SI	168	50.3	50.3	100.0
	Total	334	100.0	100.0	

**GRÁFICA 2. ADHERENCIA TERAPÉUTICA SEGÚN FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UMF 7 CDMX**

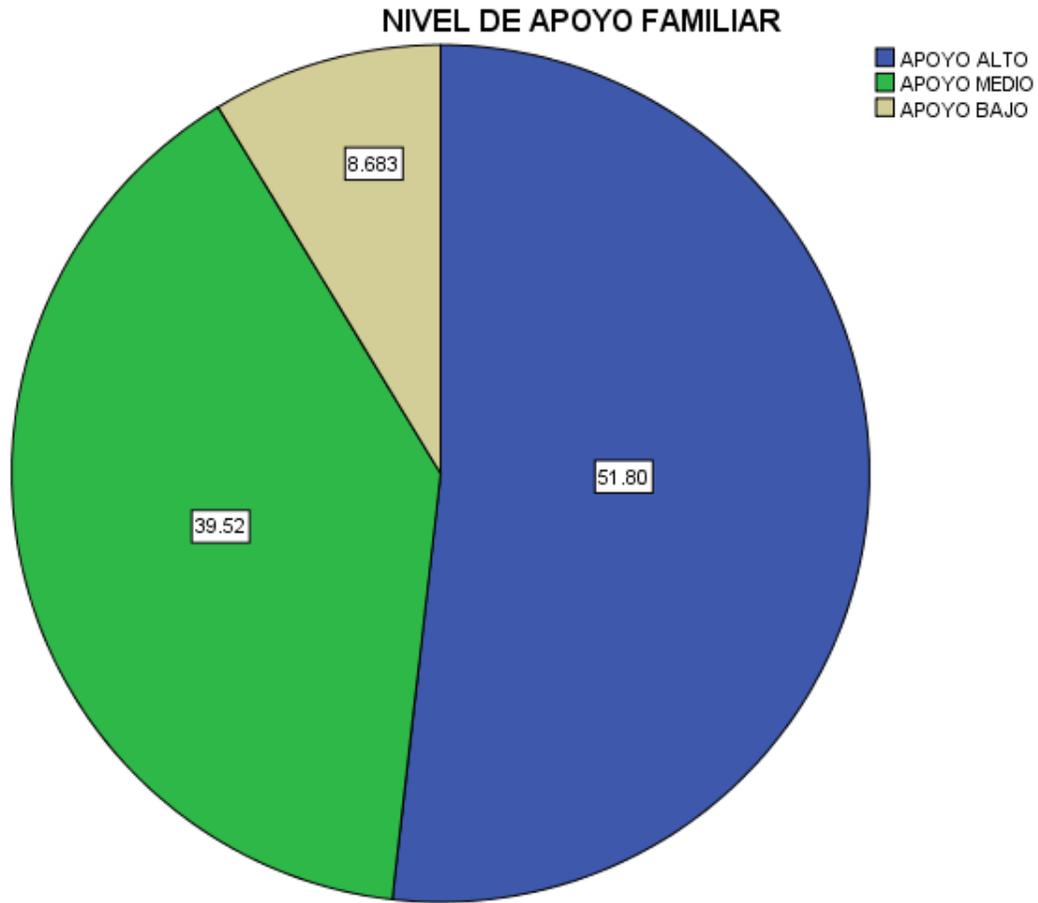


**TABLA 3. NIVEL DE APOYO FAMILIAR SEGÚN FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UMF 7 CDMX**

**NIVEL DE APOYO FAMILIAR**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	APOYO ALTO	173	51.8	51.8	51.8
	APOYO MEDIO	132	39.5	39.5	91.3
	APOYO BAJO	29	8.7	8.7	100.0
	Total	334	100.0	100.0	

**GRÁFICA 3. NIVEL DE APOYO FAMILIAR SEGÚN FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UMF 7 CDMX**



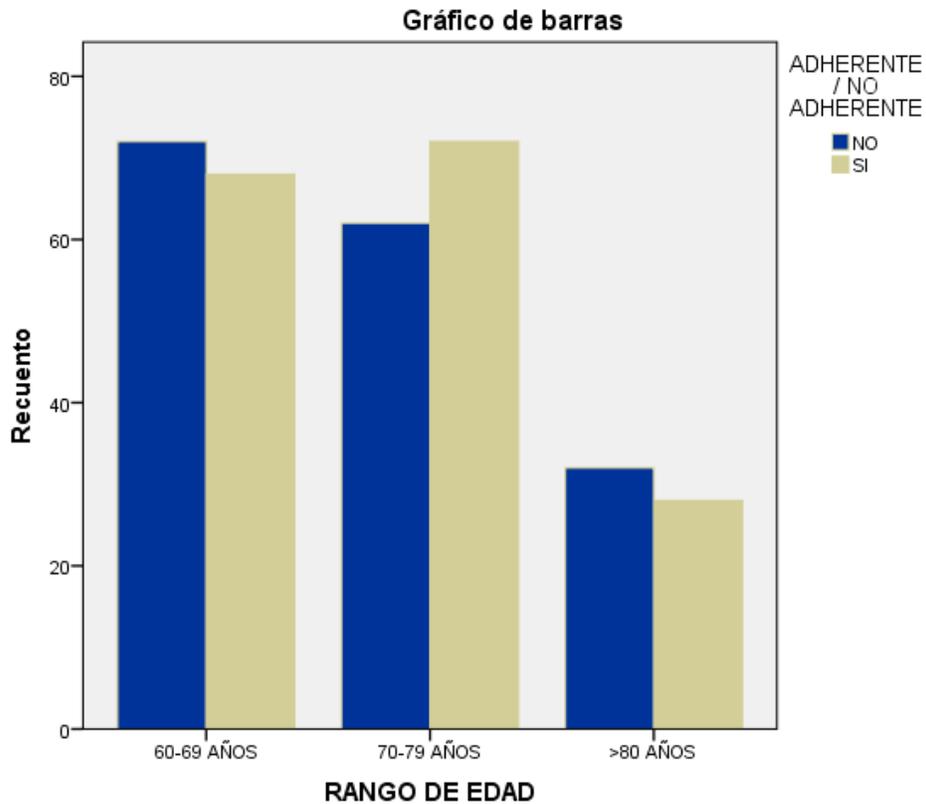
**TABLA 4. RELACIÓN EDAD Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UMF 7 CDMX**

**Tabla de contingencia RANGO DE EDAD \* ADHERENTE / NO ADHERENTE**

Recuento

		ADHERENTE / NO ADHERENTE		Total
		NO	SI	
RANGO DE EDAD	60-69 AÑOS	72	68	140
	70-79 AÑOS	62	72	134
	>80 AÑOS	32	28	60
Total		166	168	334

**GRÁFICA 4. RELACIÓN EDAD Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UMF 7 CDMX**



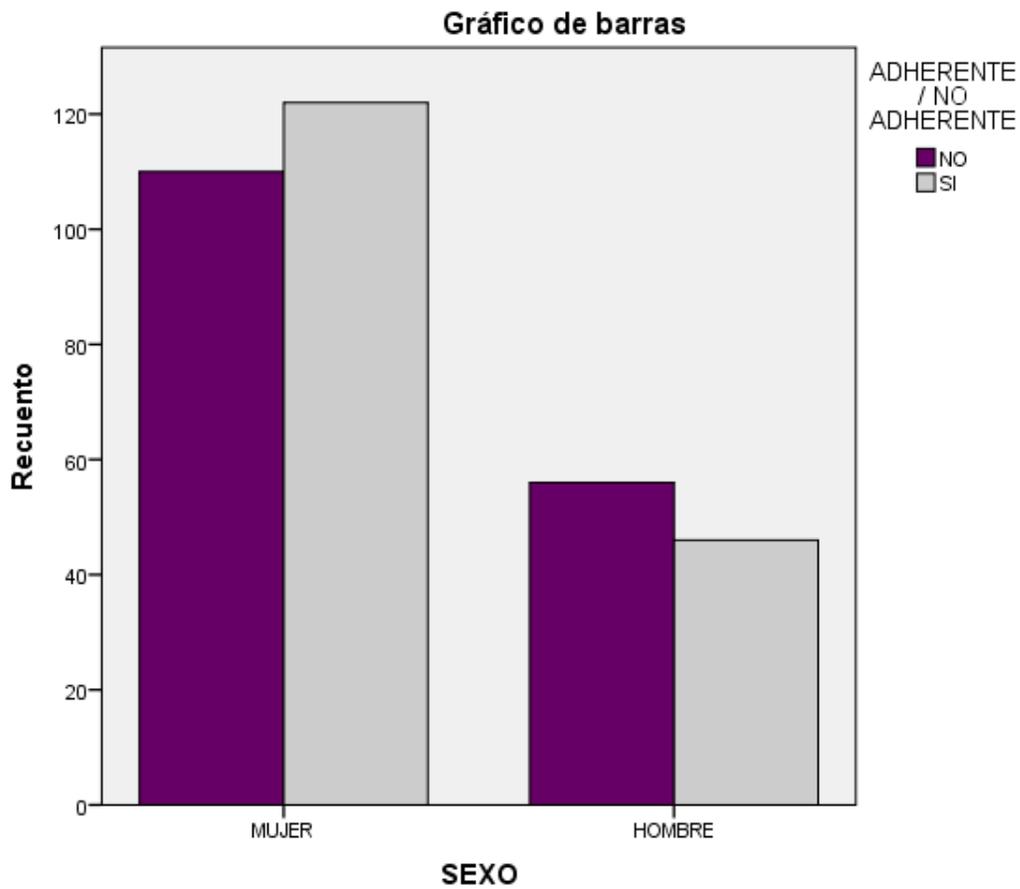
**TABLA 5. RELACIÓN SEXO Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UMF 7 CDMX**

**Tabla de contingencia SEXO \* ADHERENTE / NO ADHERENTE**

Recuento

		ADHERENTE / NO ADHERENTE		Total
		NO	SI	
SEXO	MUJER	110	122	232
	HOMBRE	56	46	102
Total		166	168	334

**GRÁFICA 5. RELACIÓN SEXO Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UMF 7 CDMX**



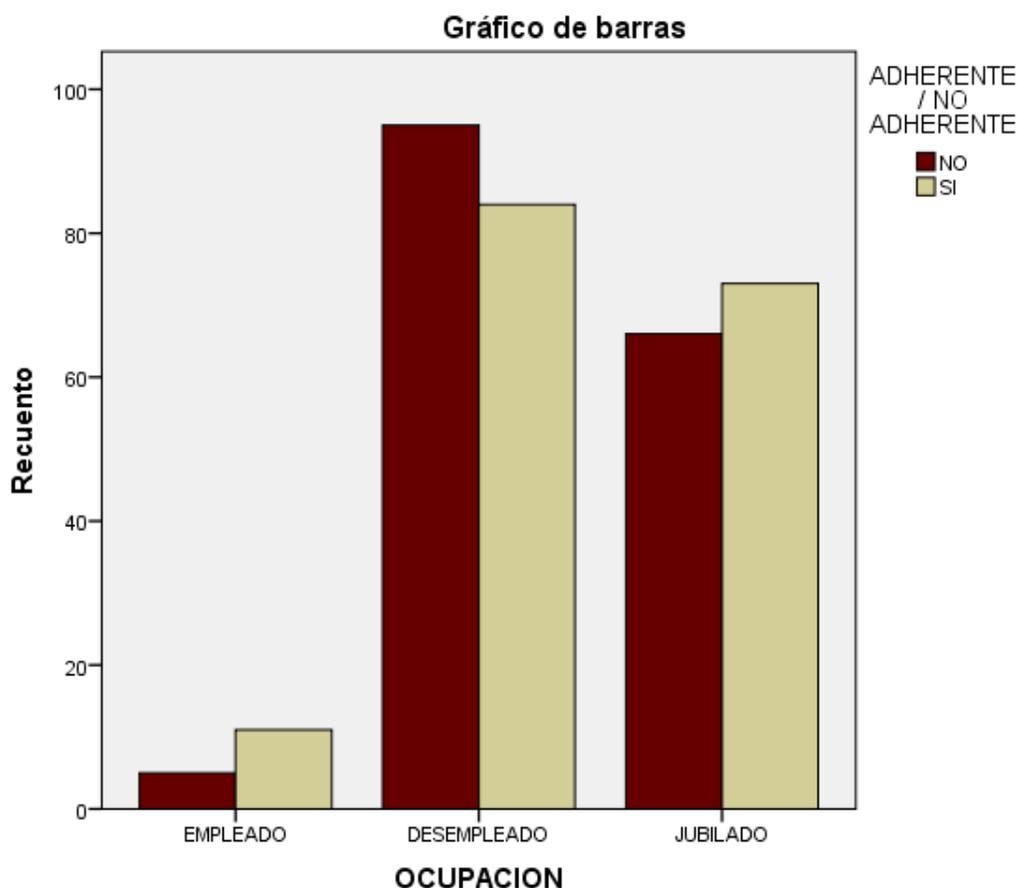
**TABLA 6. RELACIÓN OCUPACIÓN Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UMF 7 CDMX**

**Tabla de contingencia OCUPACION \* ADHERENTE / NO ADHERENTE**

Recuento

		ADHERENTE / NO ADHERENTE		Total
		NO	SI	
OCUPACION	EMPLEADO	5	11	16
	DESEMPLEADO	95	84	179
	JUBILADO	66	73	139
Total		166	168	334

**GRÁFICA 6. RELACIÓN OCUPACIÓN Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UMF 7 CDMX**



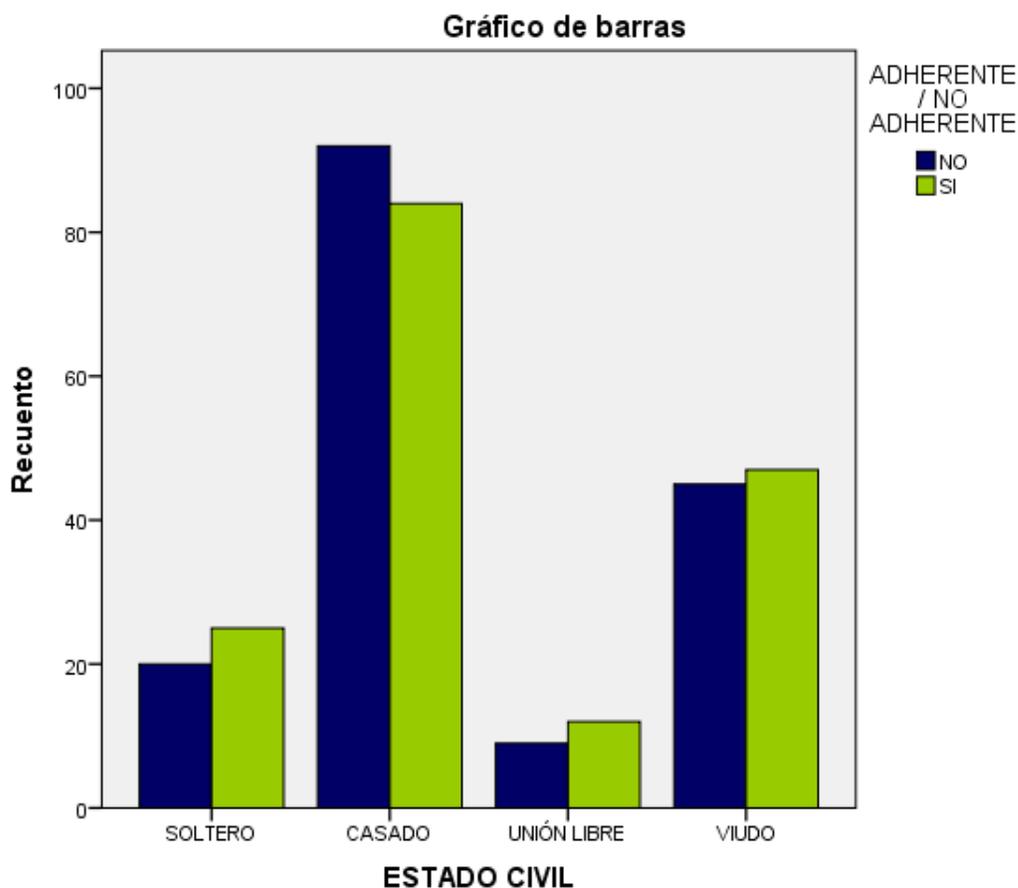
**TABLA 7. RELACIÓN ESTADO CIVIL Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UMF 7 CDMX**

**Tabla de contingencia ESTADO CIVIL \* ADHERENTE / NO ADHERENTE**

Recuento

		ADHERENTE / NO ADHERENTE		Total
		NO	SI	
ESTADO CIVIL	SOLTERO	20	25	45
	CASADO	92	84	176
	UNIÓN LIBRE	9	12	21
	VIUDO	45	47	92
Total		166	168	334

**GRÁFICA 7. RELACIÓN ESTADO CIVIL Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UMF 7 CDMX**

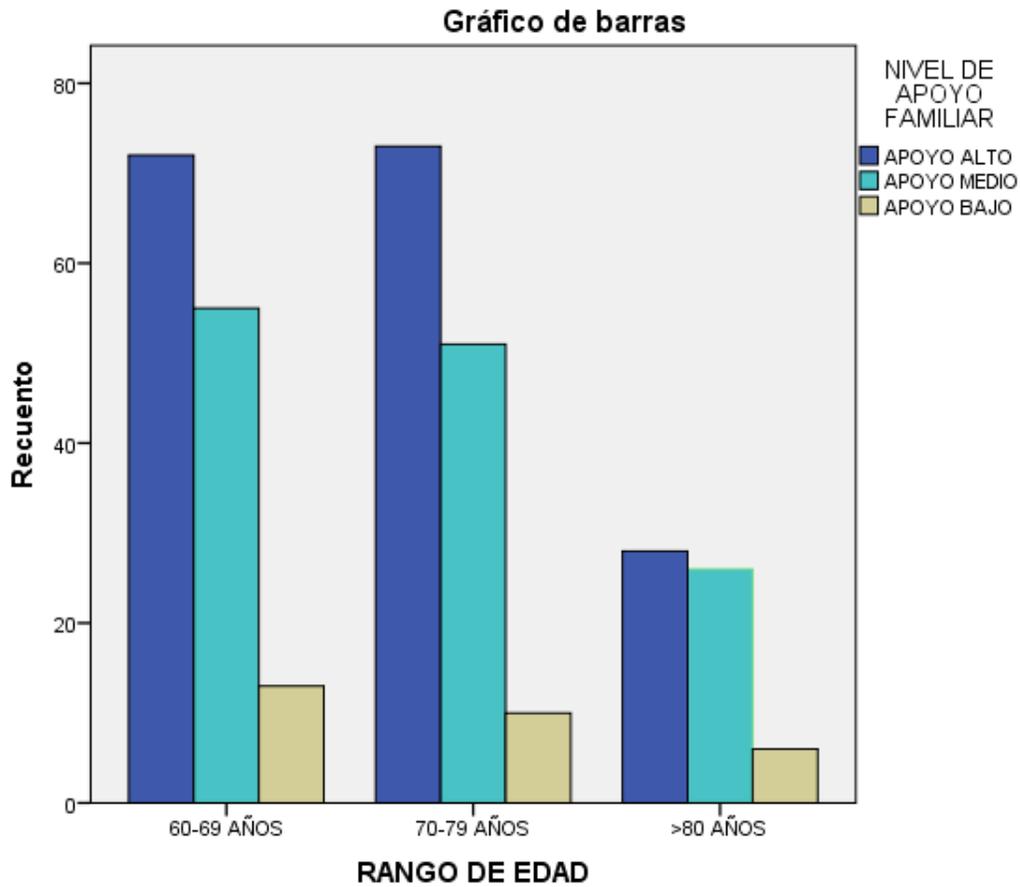


**TABLA 8. RELACIÓN EDAD Y NIVEL DE APOYO FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UMF 7 CDMX**

**Tabla de contingencia RANGO DE EDAD \* NIVEL DE APOYO FAMILIAR**

Recuento		NIVEL DE APOYO FAMILIAR			Total
		APOYO ALTO	APOYO MEDIO	APOYO BAJO	
RANGO DE EDAD	60-69 AÑOS	72	55	13	140
	70-79 AÑOS	73	51	10	134
	>80 AÑOS	28	26	6	60
Total		173	132	29	334

**GRÁFICA 8. RELACIÓN EDAD Y NIVEL DE APOYO FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UMF 7 CDMX**



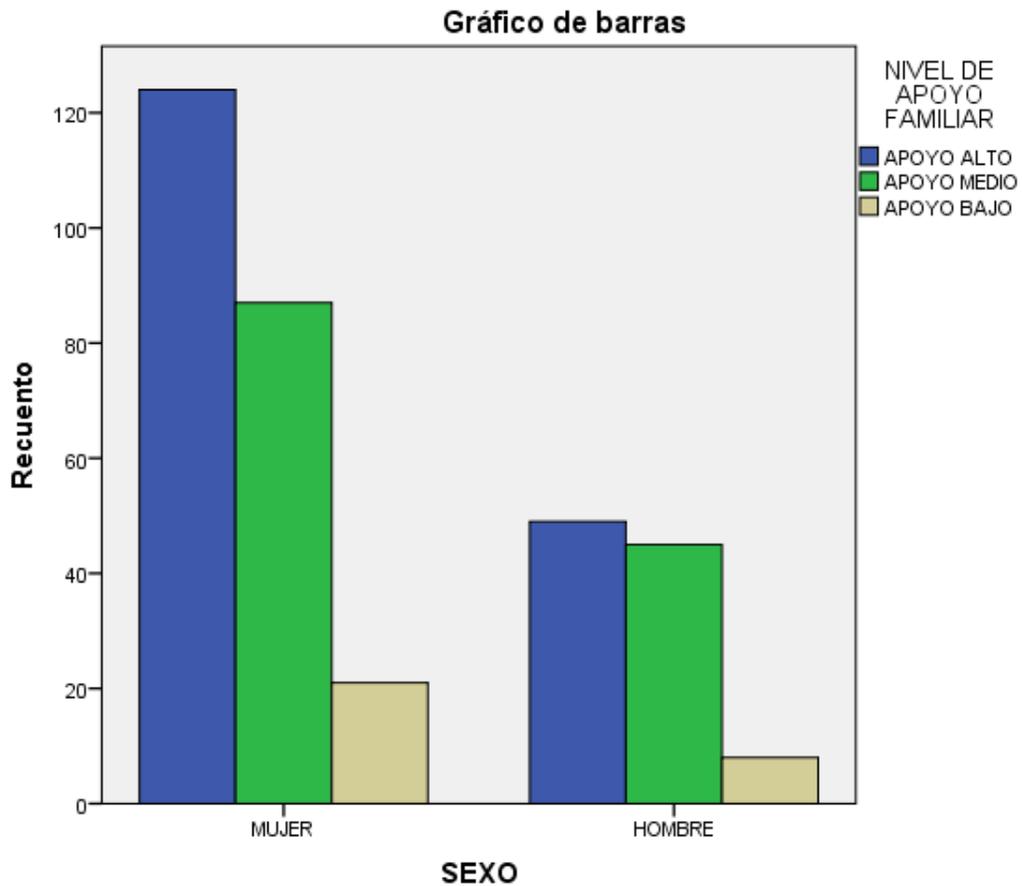
**TABLA 9. RELACIÓN SEXO Y NIVEL DE APOYO FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UMF 7 CDMX**

**Tabla de contingencia SEXO \* NIVEL DE APOYO FAMILIAR**

Recuento

		NIVEL DE APOYO FAMILIAR			Total
		APOYO ALTO	APOYO MEDIO	APOYO BAJO	
SEXO	MUJER	124	87	21	232
	HOMBRE	49	45	8	102
Total		173	132	29	334

**GRÁFICA 9. RELACIÓN SEXO Y NIVEL DE APOYO FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UMF 7 CDMX**



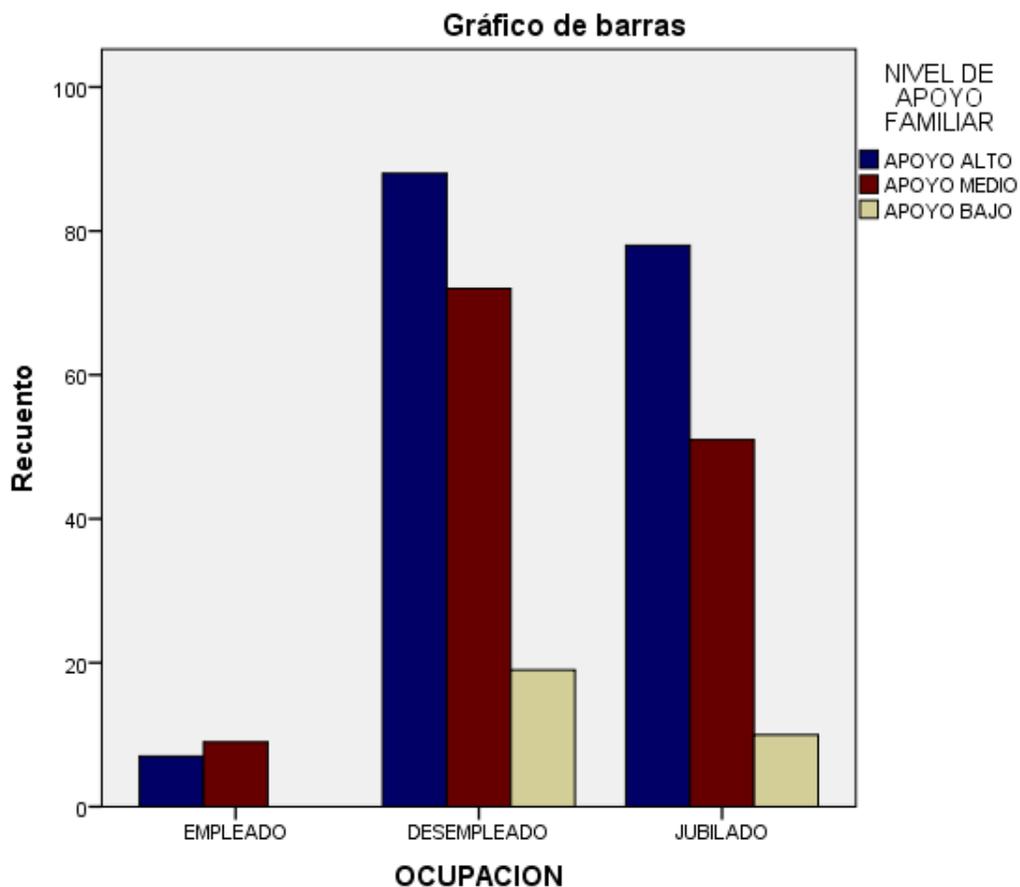
**TABLA 10. RELACIÓN OCUPACIÓN Y NIVEL DE APOYO FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UMF 7 CDMX**

**Tabla de contingencia OCUPACION ^ NIVEL DE APOYO FAMILIAR**

Recuento

		NIVEL DE APOYO FAMILIAR			Total
		APOYO ALTO	APOYO MEDIO	APOYO BAJO	
OCUPACION	EMPLEADO	7	9	0	16
	DESEMPLEADO	88	72	19	179
	JUBILADO	78	51	10	139
Total		173	132	29	334

**GRÁFICA 10. RELACIÓN OCUPACIÓN Y NIVEL DE APOYO FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UMF 7 CDMX**

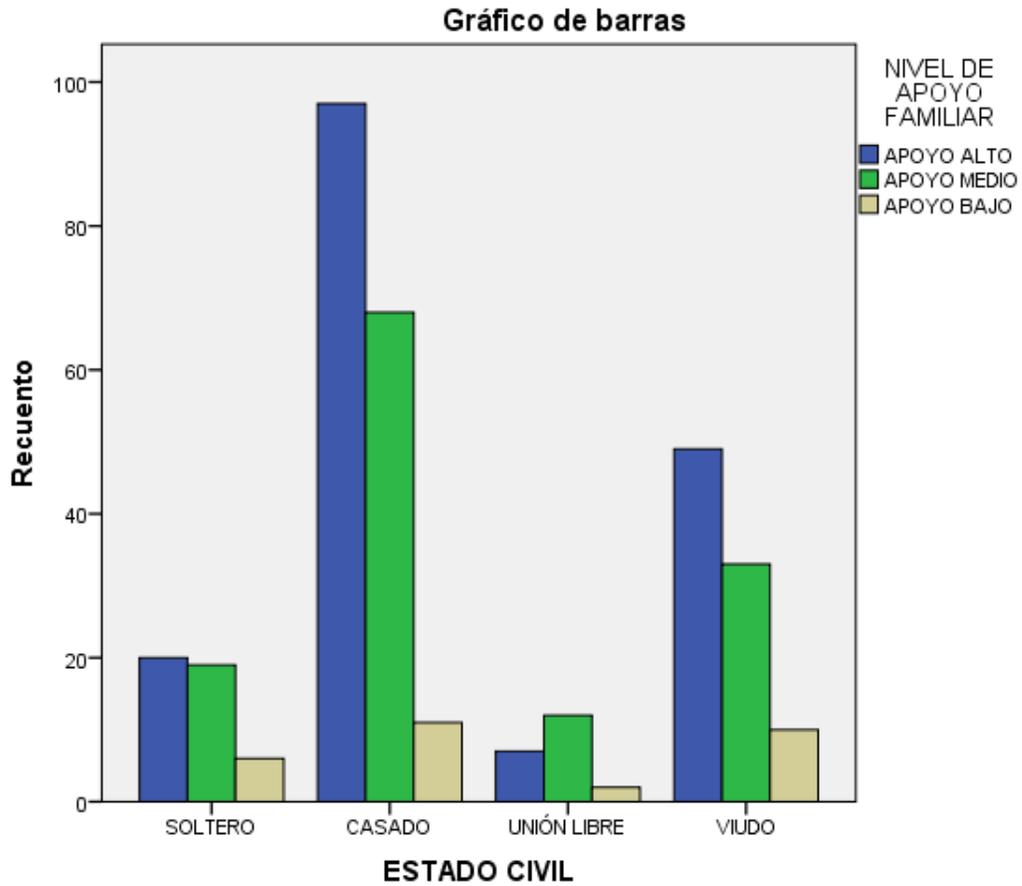


**TABLA 11. RELACIÓN ESTADO CIVIL Y NIVEL DE APOYO FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UMF 7 CDMX**

**Tabla de contingencia ESTADO CIVIL \* NIVEL DE APOYO FAMILIAR**

Recuento		NIVEL DE APOYO FAMILIAR			Total
		APOYO ALTO	APOYO MEDIO	APOYO BAJO	
ESTADO CIVIL	SOLTERO	20	19	6	45
	CASADO	97	68	11	176
	UNIÓN LIBRE	7	12	2	21
	VIUDO	49	33	10	92
Total		173	132	29	334

**GRÁFICA 11. RELACIÓN ESTADO CIVIL Y NIVEL DE APOYO FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UMF 7 CDMX**





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



**Dictamen de Aprobado**

Comité de Ética en Investigación **37038**.  
U MED FAMILIAR NUM 21

Registro COFEPRIS **17 CI 09 017 017**  
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 09 CEI 003 20190403**

FECHA **Martes, 21 de septiembre de 2021**

**M.E. MARIANA GABRIELA VILLARREAL AVALÓS**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **APOYO FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UMF 7 CDMX** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional Sin número de registro
--

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

ATENTAMENTE

**Dra. ALYNE MENDO-REYGADAS**  
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 37038

Imprimir

**IMSS**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL