



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"



**"ASOCIACIÓN ENTRE EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA
Y LAS REDES DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
DE LA UMF. NO. 33 EL ROSARIO."**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A

**DRA. MONROY PÉREZ GISELA
MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

A S E S O R A

**DRA. ENRIQUEZ NERI MÓNICA
ENCARGADA DE LA COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN
SALUD DE LA
UMF No. 33 "EL ROSARIO"**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI
PROFESORA TITULAR DEL CURSOS DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y
ENC. COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN DE LA
UMF No. 33 EL ROSARIO Y ASESORA DE TESIS

DRA. MARIA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UMF No. 33 EL ROSARIO

DRA MONICA SANCHEZ CORONA
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UMF No. 33 EL ROSARIO

DRA. MONROY PÉREZ GISELA
MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

***“La senectud puede ser vista como un triunfo
que se ha alcanzado por vivir tantos años
desafiando los problemas de la vida”
(González, 1996)***

AGRADECIMIENTOS:

A mis Padres:

A quienes debo todo lo que soy,
gracias por guiar mi transitar por la vida con su amor y apoyo en todo momento.

A mis Hermanas:

Por sus consejos, paciencia y opiniones
que me sirvieron para no cometer tantos errores.

A mis Sobrinos Favoritos:

Por inyectarme energía y la esperanza
que me permitieron no darme por vencida.

A mis maestros:

Por el estímulo a seguir creciendo intelectualmente,
por su disposición y ayuda prestada.

A mi Compañero:

Por estar conmigo y compartir tantas experiencias.

A mis Amigas:

Por su comprensión y palabras de aliento cuando más las necesité.

A la Facultad de Medicina UNAM:

Por enseñarme a pensar con conciencia social y darme la oportunidad de cumplir mi sueño...

ÍNDICE

I. Resumen.....	6
II. Introducción.....	7
III. Antecedentes.....	8
IV. Planteamiento de Problema	12
V. Material y Métodos.....	13
VI. Resultados.....	15
VII. Tablas y Gráficas.....	19
VIII. Discusión.....	30
IX. Conclusiones.....	34
X. Bibliografía.....	36
XI. ANEXOS.....	38

RESUMEN

Monroy PG, Enríquez NM. **Asociación entre el control de la Hipertensión Arterial Sistémica y las Redes de Apoyo Social en pacientes adultos mayores de la UMF No. 33 el Rosario, México D.F., 2010.**

Introducción: El apoyo social permite prevenir y aliviar las respuestas que el individuo genera ante los acontecimientos que enfrenta, éste favorece la salud creando un ambiente que mejora el bienestar y la autoestima. **Objetivo:** Determinar la asociación existente entre el control de la hipertensión arterial sistémica y las redes de apoyo social en los pacientes adultos mayores de la UMF No. 33 el Rosario. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, y transversal, en una muestra calculada de 311 adultos mayores de 60 años hipertensos de ambos sexos, por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia y previo consentimiento informado, se aplicó el Inventario de Recursos Sociales en Ancianos de Díaz-Veiga, para evaluar apoyo de cónyuges, hijos, parientes y amigos, la frecuencia, el tipo de apoyo (emocional o instrumental) y el grado de satisfacción en cada área. Se calcularon porcentajes, razón de momio (OR) y chi cuadrada (χ^2). **Resultados:** Sin pareja OR 3.1 IC(1.74- 5.54)p=0.0002, falta apoyo conyugal OR 470 IC(116-1906)p=0.0000. Falta de apoyo emocional OR 22.84 IC(11.1- 46.6) p=0.0000. Bajo grado de satisfacción con la red social conyugal OR 470 IC(116-1906) p=0.0000. Red de apoyo filial poca frecuencia OR de 67.14 IC(23-195) p =0.0000. Falta de apoyo emocional OR 33.44 IC (14.42- 77.3)p=0.0000. Poco grado de satisfacción OR de 3481, IC(454-24173) p=0.0000. **Conclusiones:** No tener pareja, poca frecuencia del uso de la red y bajo grado de satisfacción son factores de riesgo para el no control de la hipertensión arterial en los pacientes estudiados.

Palabras clave: redes de apoyo social, adulto mayor, hipertensión arterial.

INTRODUCCION

El envejecimiento trae consigo cambios físicos, mentales y sociales para la persona adulta mayor, por lo que la disponibilidad de ayuda proveniente de otras personas o el grado en que las necesidades sociales básicas sean satisfechas por la reciprocidad con otros individuos son imprescindibles.

Las enfermedades crónicas en la vejez, y sus repercusiones en la funcionalidad del individuo así como el ámbito familiar y comunitario, aunado a los cambios propios de la vejez genera en el individuo la necesidad de obtener apoyo social como herramienta para lograr un desarrollo óptimo emocional, que como ya se ha visto en otros estudios trae consecuencias positivas en el estado de salud individual y de las personas que los rodean. Esa es la importancia del apoyo social como determinante importante en el estado de salud.

La Hipertensión Arterial sistémica es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en la población adulta mayor y son bien conocidos los factores de riesgo asociados con su desarrollo y descontrol.

Debido al envejecimiento de la población y a un cambio esperado en la pirámide poblacional así como al aumento de la esperanza de vida, es también predecible un aumento en la prevalencia de las enfermedades crónicas en el grupo de edad de adultos mayores.

La motivación de este trabajo es el conocer cuál es la relación entre el control hipertensivo y las redes de apoyo social, las cuales ya han sido estudiadas en otros padecimientos e inclusive en adultos mayores pero nunca en relación con la hipertensión arterial.

ANTECEDENTES

El envejecimiento poblacional se define como la proporción de la población en edad avanzada que crece a un ritmo más elevado que el crecimiento de los otros grupos de edad. Éste se ha dado como resultado de las transiciones epidemiológica y demográfica, en las que la mortalidad y la fecundidad cayeron hasta alcanzar niveles históricamente bajos, y se sostienen en niveles bajos ¹.

El envejecimiento poblacional está ocurriendo bajo un régimen que se conoce como de “polarización epidemiológica”, en el que el patrón de mortalidad se distingue porque entre la población de adultos mayores se manifiestan simultáneamente tanto enfermedades infecciosas como crónicas ².

El XII Censo de Población y Vivienda 2000 da cuenta de 97.5 millones de habitantes en la República Mexicana, de los cuales, 13.1 millones son personas que tienen 50 o más años de edad ³.

De acuerdo con las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población (CONAPO), se estima que en el 2010 habrá 9.9 millones de adultos mayores (personas de 60 años y más), quienes representan 9.3 por ciento del total de la población, 15 millones en 2020 y poco más de 22 millones en 2030; de modo que este grupo de la población incrementará su peso a 12.5 y 17.5 por ciento del total de la población, respectivamente. Dentro de este grupo, los mayores de 70 años suman ya 3.5 millones y se prevé que alcanzarán 4.4 millones en 2010, 6.5 millones en 2020 y 10.2 millones en 2030⁴.

La población de la tercera edad es la que crece de manera más rápida desde hace quince años. Su tasa de crecimiento pasó de 2.5 por ciento anual en 1970, a 3.5 en 2000 y a 3.6 por ciento en 2004. Mientras el incremento anual fue de 237 mil en 2000, en 2004 ascendió a 281 mil. La tasa de crecimiento actual de la población de la tercera edad es inédita en la historia demográfica del país, y en ello radica uno de los principales cambios de la estructura de la población. Se prevé que esta dinámica continuará acelerándose hasta alcanzar un ritmo promedio anual de 4.3 por ciento a finales de la segunda década del presente siglo ⁴.

Los niveles de población anciana que tiene el IMSS actualmente en el grupo de 60-79 años (9.96%) los alcanzará la población general sólo hasta 15 o 20 años más tarde. Los adultos de 80 años y mayores en el 2002 representaban el 2.77% de la población adscrita al médico familiar del IMSS, siendo este grupo el que presente el mayor aumento al incrementarse 26% sólo en 10 años. Como consecuencia de este cambio socio-demográfico, las necesidades de atención a la salud de los derechohabientes de edad avanzada sufrirán un crecimiento progresivo, adquirirán una mayor complejidad y responderán a una mayor variabilidad individual, familiar y socio-comunitaria ⁵.

Las enfermedades crónicas en la vejez y sus repercusiones en la funcionalidad física, mental y social pueden constituir una carga sanitaria y financiera onerosa para la persona adulta mayor, la familia y el sistema de atención a la salud. Las dos enfermedades crónicas prioritarias en el IMSS: la diabetes y la hipertensión arterial, representaron un número total de casos atendidos en personas de edad de 280 mil en 1996 y de 670 mil en el 2000. Se anticipa un incremento de casos de 1.1 millones en el 2010 y de 1.5 millones en el 2020 ⁶.

La hipertensión arterial (HTA) es un problema de salud pública en México. Tiene una prevalencia ascendente y se distribuye mundialmente ⁷.

Según Mejía –Rodríguez la prevalencia de la hipertensión arterial en la población en general, es del 30.5% y así como en otros países la frecuencia se vincula con factores como la edad, la obesidad, el género, y es el segundo motivo de consulta en el primer nivel de atención ⁸.

Otros autores según diferentes estudios regionales, encontraron que la prevalencia mundial actual es de 30 %, pero en las personas mayores de 60 años, su prevalencia se eleva a 50 %. Por otra parte, la prevalencia de hipertensión arterial es mayor en hombres que en mujeres de entre los 50 y 60 años de edad, pero esta relación se invierte después de los 60 años de edad. ⁹.

En la encuesta SABE, la HTA fue notificada por una de cada dos personas de 60 años y más, en México en la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000 se detectó una prevalencia de HTA de 57 y 60% en hombres de 60 a 69 años y de 70 y más años, respectivamente. Asimismo, en las mujeres de 60 a 69 se observó en 48%, en las de 70 a 79 en 46% y en las de 80 años y más en 43% ¹⁰.

Según la norma oficial mexicana NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México ¹¹.

En efecto, alrededor de 26.6% de la población de 20 a 69 años la padece, y cerca del 60% de los individuos afectados desconoce su enfermedad. Esto significa que en nuestro país existen más de trece millones de personas con este padecimiento, de las cuales un poco más de ocho millones no han sido diagnosticados ¹⁰.

Padecer una enfermedad crónica durante la vejez conlleva un conjunto de efectos psicológicos y sociales que repercuten en todos los ámbitos (comunitario, familiar, personal) en donde se desenvuelve el adulto mayor. Los aspectos psicosociales de las enfermedades crónicas en la vejez son factores determinantes del nivel y tipo de calidad de vida de los adultos mayores, por lo que es indispensable la evaluación de estos elementos en la medición del estado de salud en este grupo de edad ¹².

Existen estudios que han evaluado los factores de riesgo asociados con el desarrollo de la HTA como el sobrepeso, el sedentarismo, la edad y el sexo masculino.

También se han propuesto como factores de riesgo de HTA el nivel socioeconómico bajo, el alcoholismo, el tabaquismo y los antecedentes familiares de HTA, sin embargo, su grado de asociación en relación con las redes de apoyo social no ha sido estudiado.

Inclusive existen investigaciones en ancianos en las que se concluye que la hipertensión arterial sistémica se relaciona con variables de integración social, estado civil y situación de convivencia ¹³.

El concepto de apoyo social ha sido definido de diferentes maneras y perspectivas. Algunos autores, como House, lo conceptualizan como la disponibilidad de ayuda proveniente de otras personas, o como el grado en que las necesidades sociales básicas se satisfacen a través de la relación recíproca con los otros ¹⁴.

Thoits lo menciona como, como aquellas acciones que se realizan entre las personas ¹⁵.

Según Rodríguez y Barrera, como la disponibilidad de dar información y ofrecer recursos para disminuirlos procesos estresantes y afrontar de manera adecuada los acontecimientos ¹⁶.

La red social de apoyo ya sea formal (escuela, institución, empresa, etc.) o informal (brindada principalmente por la familia) es el conjunto de personas que intercambia de manera continua y recíproca una serie de acciones y/o conductas que también se relaciona entre sí al demostrarse

cariño; interés; escucharse; prestarse objetos materiales; ayuda económica y moral a alguien; dar y sentirse amado; visitarse; darse consejos e información necesaria, aceptarse, etc., con fines, metas y objetivos comunes que son llevados a cabo con responsabilidad y compromiso ¹⁷.

Según Lin y cols., Stewart y Barrón, algunas de las formas en que se puede estudiar el apoyo social es, desde la perspectiva estructural, funcional y contextual, así como desde la naturaleza del apoyo social, cuando se analiza la calidad del apoyo ^{18,19}.

Así, Rodríguez y Buendía, refieren que la "red social" es aquel conjunto de personas y/o grupos que se brindan apoyo, el cual es recibido e intercambiado entre sí, en donde se mantiene el contacto entre ellos y que está conformado por una estructura en donde se llevan a cabo esas interrelaciones constituyendo una forma de cuerpo social, (familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc.) ²⁰.

La importancia del apoyo social y de mantener o crear redes sociales de apoyo, es debido a que se conoce, por diversos estudios como Aranda y cols., que éste genera en el individuo un desarrollo óptimo emocional y satisfactorio con consecuencias positivas hacia su salud, beneficiando su calidad de vida y a las personas que le rodean ²¹.

En otros estudios se ha demostrado que la familia influye fuertemente en la presencia y control de las enfermedades y se considera a la familia como un factor protector y de apoyo, aunque también generadora de patología ²².

Según Hellers, la percepción que el sujeto tiene de que recibe apoyo, de que es confiable y efectiva, es un determinante importante de su estado de salud ²³.

El apoyo social laboral o familiar, aparece en los estudios como una de las principales variables que permiten prevenir y aliviar las respuestas que el individuo genera ante los acontecimientos a los que se enfrenta y afronta. Por ejemplo, en el estudio de La Rosa y cols. se concluye que el apoyo social puede favorecer la salud creando un ambiente que mejore el bienestar y la autoestima de la persona, y contribuir a amortiguar los efectos negativos de acontecimientos estresantes (enfermedad) que se producen en la vida del sujeto ²⁴.

En México se han realizado estudios que evalúan las redes de Apoyo Social en relación con varios trastornos en la salud, como psicológicos o la propia vejez, utilizando como instrumento la Escala de Evaluación de Apoyo y Contactos Sociales de Díaz Veiga el cual es un instrumento construido siguiendo las recomendaciones de Satarino y Syme, posteriormente validado por otros autores como el estudio de Montorio en 1990, con ancianos institucionalizados, concluyendo que el apoyo social y el mantenerse activo resulta positivo para mantener la salud mental y al parecer protege con la aparición de síntomas psicopatológicos en general ²⁵.

Con este instrumento se puede evaluar el apoyo emocional e instrumental en ancianos con respecto a cuatro áreas de interacción social: padres, hijos, familiares próximos y amigos. Proporciona además información sobre aspectos estructurales de las relaciones sociales relativas al tamaño y frecuencia de los contactos. Asimismo incluye un indicador de satisfacción con el apoyo social ²⁶.

Las relaciones sociales influyen sobre el envejecimiento físico y cognitivo, a través de vías psicológicas, comportamentales, y fisiológicas. De esta forma, mantener relaciones sociales activas y estar integrado en la familia y en la comunidad puede conducir a un sentimiento de satisfacción por cumplir papeles sociales importantes, y a sentimientos de autoeficacia, control y competencia personal ²⁷.

Otras investigaciones han demostrado que desarrollar un papel social contribuye a una adaptación más satisfactoria a los declives relacionados con la edad. A ello se ha de añadir que la integración social facilita el acceso a información sobre salud y servicios de salud, anima a comportamientos más saludables, promueve la utilización de cuidados para la salud, y provee ayuda tangible además de ayuda emocional ²⁷.

Existen estudios en los que la modificación de la conducta y la participación de los familiares en programas de educación básica para el control básico para el control de la presión ha reducido las cifras de presión arterial hasta en un 11% ²⁸.

Saber que se tiene acceso a personas competentes y que ofrecerán ayuda en el momento preciso, deviene elemento facilitador importante de la salud humana. Este apoyo puede contribuir a incrementar la ejecución de las prescripciones terapéuticas, pues anima al paciente a mantener el régimen médico y ejecutar acciones para volver a la vida normal, y ayuda a proporcionarle un contraste entre la buena salud de los otros y la suya, que contribuye a motivar al paciente ²⁹.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen muchos estudios en relación a los factores que influyen en el descontrol de enfermedades crónicas, entre ellas la hipertensión arterial. Estos factores que van desde el tratamiento farmacológico, ejercicio, dieta, etcétera, influyen de forma positiva o negativa en el control de éstas enfermedades, por lo que es necesaria la adopción de estas acciones en forma permanente, y por ende el entorno familiar se puede modificar, de manera que exista un vínculo directo con el apoyo familiar y el apego a las recomendaciones para lograr un buen control hipertensivo

Por todo lo anterior es bien conocido que las redes de apoyo social constituyen un pilar importante para obtener una mejora en el objetivo de lograr un control hipertensivo adecuado.

Así, el logro de un mejor control hipertensivo permitirá retrasar la aparición de complicaciones agudas y crónicas en los pacientes hipertensos y con ello traerá beneficios a nivel individual y para el Instituto en términos de salud e incluso al hablar de costos.

A nivel institucional, se han realizado estudios en relación al control hipertensivo y la dinámica familiar, el conocimiento del paciente de la enfermedad, el tratamiento farmacológico y no farmacológico, la calidad de vida, e inclusive en relación con los Grupos de Ayuda en la Clínica, sin embargo, no existen datos en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario" acerca del control de pacientes hipertensos y su asociación con las redes de apoyo social.

Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la asociación entre el control de la hipertensión arterial sistémica y las redes de apoyo social en los pacientes adultos mayores de la UMF No. 33 el Rosario?

MATERIAL Y METODOS

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “EL Rosario” del IMSS, del Distrito Federal, que se encuentra en la Delegación Azcapotzalco, en el servicio de consulta externa, con el objetivo de determinar la asociación del control de la hipertensión arterial sistémica y las redes de apoyo familiar en los adultos mayores de la UMF No. 33 “El Rosario”.

Este estudio es observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, por medio de muestreo no probabilístico por conveniencia. De los 1617 pacientes hipertensos en manejo en la Unidad, se incluyeron 311 pacientes de ambos turnos, que aceptaron participar y que cumplieron con los criterios de inclusión, no se excluyó a ningún paciente.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: adultos mayores de 60 años, de ambos sexos, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” del Instituto Mexicano del Seguro Social y que acepten participar en el estudio. Con los siguientes criterios de exclusión: pacientes menores de 60 años de edad, que no cuenten con ninguna red de apoyo social informal, que cuenten con patología renal o diabetes agregadas o que no acepten participar en el estudio. Con los siguientes criterios de eliminación: pacientes que dejen inconclusa la encuesta aplicada en un 20% o más.

Se calculó un tamaño de muestra de 311, tomando en cuenta un error de estimación del 5% (0.05), con un intervalo de confianza del 95% y la población total de 1617 según el informe de ARIMAC de pacientes hipertensos para el grupo de edad a estudiarse del área de influencia de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”.

Previo consentimiento informado de los pacientes que reunieron los criterios antes mencionados, se empleó el Inventario de Recursos Sociales en Ancianos de Díaz-Veiga, el cual se aplica mediante un formato de entrevista estructurada que en primer lugar solicita los datos de identificación del entrevistado como son: Nombre y Apellido, y las variables sociodemográficas: Edad, Sexo y Estado Civil (Casado, Soltero, Viudo o Separado), así como que indique el Número de hijos vivos y fallecidos, y si cuenta con parientes como son Hermanos, Sobrinos, Primos y/o Nietos. El instrumento identifica cuatro áreas de interacción social: Cónyuges, Hijos, Familiares no próximos (parientes) y Amigos, y en cada una de éstas secciones se incluyen tres preguntas, numeradas como (1), (2), (3). La pregunta (1) de cada sección evalúa la frecuencia con la que el paciente cuenta con esta red, pudiendo responder 1: menos de una vez al mes, 2: 1 o 2 veces al mes o 3: 1 vez a la semana o más. La pregunta (2) de cada sección evalúa el tipo de apoyo que recibe de esta red, pudiendo responder a: apoyo emocional (consejo <<cariño>>), b: apoyo instrumental (asistencia para las actividades de la vida diaria, ayuda económica). La pregunta (3) de cada sección evalúa el grado de satisfacción que tiene el paciente en cada área, pudiendo responder 1: poco, 2: algo, 3: mucho. Para la frecuencia con la que el paciente cuenta con esta red: menos de una vez al mes - una o dos veces al mes y una vez a la semana o más; para el tipo de apoyo que recibe de esta red: Instrumental y/o Emocional; para el grado de satisfacción con el tipo de relación que mantiene con esta red: mucho y poco – algo.

Para la variable de Hipertensión Arterial Sistémica Controlada y no Controlada, se tomó en cuenta la última cifra de tensión arterial registrada en el expediente clínico del paciente encuestado. Se clasificó el control hipertensivo tomando en cuenta la siguiente escala de medición: Hipertensión arterial no controlada: Hipertenso con cifras de TA de 140/90 mmHg o mayores, Hipertensión arterial controlada: Hipertenso con cifras de TA de 139/89 mmHg o menores.

La información obtenida se vació en una base de datos de Excel, se utilizó la estadística descriptiva para calcular porcentajes y la esquematización de los resultados en tablas y graficas. Para la asociación entre variables previa conversión en escala dicotómica de las mismas, se calculó razón de momios y para la diferencias entre grupos se utilizará chi cuadrada (χ^2), para lo cual se recurrió al programa estadístico Epidat 3.1.

Todo el proceso de investigación se realizó considerando los lineamientos y aspectos éticos que rigen a nivel internacional, nacional e institucional.

RESULTADOS

Se entrevistaron a un total de 311 pacientes adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial adscritos a la UMF No. 33 de ambos turnos de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

Del total de los pacientes entrevistados: 181 fueron del sexo femenino (58%) y 130 del sexo masculino (42%). (Tabla y Grafica No.1)

Se obtuvo como resultado del estado civil que del total de los pacientes: 236 son casados (75.9%), de los cuales 141 son mujeres (59.7%) y 95 hombres (40.3%); 6 solteros (1.9%) de los cuales 3 con mujeres (50%) y 3 hombres (50%); 61 viudos (19.6%) de los cuales 35 son mujeres (57.4%) y 25 hombres (42.6%); y 8 separados (2.6%) de los cuales 2 (25%) son mujeres y 6 hombres (75%). (Tabla y Grafica No.2)

En cuanto al control y no control de la Hipertensión arterial se encontró: 245(78.78%) y 66(21.22%) respectivamente. De los 245 controlados: 143 (58.4%) fueron mujeres y 102 (41.6%) fueron hombres. De los 66 no controlados, 38(57.6%) fueron mujeres y 28(42.4%) fueron hombres. (Tabla y Grafica No.3, 3.1, 3.2 y 3.3).

El tipo de apoyo utilizado en relación con el control y no control de los pacientes hipertensos participantes se encontró que del total de pacientes utilizaron el apoyo conyugal 244 (78.45%), 42 (13.5%) estaban controlados y 202 (64.95%) no controlados; de un total de 300 (96.46%) pacientes utilizaron en apoyo en los hijos, 60 (19.29%) estaban controlados y 240 (77.17%) no controlados; 311 (100%) utilizaron la red de apoyo en los parientes, de los cuales 66 (21.22%) eran controlados y 245 (78.77%) no controlados; 311 (100%) pacientes utilizaron la red de apoyo en los amigos, de los cuales 66 (21.22%) eran controlados y 245 (78.77%) no controlados. (Tabla y Gráfica 4)

En cuanto a la frecuencia del uso de las redes de apoyo social se encontró que un total de pacientes utilizaron el apoyo conyugal, de los cuales 42 (13.5%) lo utilizaron con poca frecuencia y 202 (64.95%) lo utilizaron con mucha frecuencia; de los pacientes utilizaron en apoyo en los hijos, 36 (11.57%) con poca frecuencia y 264 (84.88%) con mucha frecuencia; de la red de apoyo en los parientes, 78 (25.08%) lo hicieron con poca frecuencia y 233 (74.91%) con mucha frecuencia; de la red de apoyo en los amigos, 49 lo hicieron con poca frecuencia y 262 (84.24%) con mucha frecuencia. (Tabla y Gráfica 4.1)

Los resultados de cada una de las redes de apoyo familiar (conyugal, hijos, parientes y amigos), para la frecuencia, tipo de apoyo y grado de satisfacción fueron las siguientes:

- Para la red de apoyo conyugal:

En la frecuencia de la interacción social conyugal se encontró lo siguiente: en el grupo con hipertensión arterial controlada utilizaron la red de apoyo conyugal con poca frecuencia en un número de 4 (1.28%) y con mucha frecuencia 198 (63.66%). Los pacientes hipertensos no controlados utilizaron la red de apoyo conyugal con poca frecuencia 38 (12.21%) y con mucha frecuencia 4 (1.28%). (Tabla y Gráfica 4 y 4.1)

En el tipo de apoyo de la red conyugal en los pacientes hipertensos controlados fue de tipo emocional en 201 pacientes (64.63%) y de tipo instrumental en 117 (37.62%) y en 116 (37.29%)

pacientes se encontró que recibían tanto apoyo emocional como instrumental; en los pacientes no controlados el apoyo emocional de esta red se presentó en 13 pacientes (4.18%) y el tipo instrumental en 31 (9.96%) y solamente 2 (0.64%) pacientes contaban con apoyo emocional e instrumental simultáneamente. (Tabla y Gráfica 5 y 5.1)

En cuanto al grado de satisfacción para la red de apoyo conyugal fue de poca satisfacción en un número de 4 (1.28%) y de mucha satisfacción en 198 (63.66%) de los pacientes hipertensos controlados y en los no controlados fue de 38 (12.21%) en los que se encontró poca satisfacción y mucha en un número de 4 (1.28%). (Tabla y Gráfica 6 y 6.1)

- Para la red de apoyo en los hijos (filial):

En la frecuencia de la interacción social filial en el grupo de hipertensos controlados se encontró con poca frecuencia en un número de 4 (1.28%) y con mucha frecuencia 236 (75.88%); los pacientes hipertensos no controlados utilizan la red de apoyo filial con poca frecuencia 32 (10.28%) y con mucha frecuencia 28 (9.0%). (Tabla y Gráfica 4 y 4.1)

En relación al tipo de apoyo de la red filial en los pacientes hipertensos controlados fue de tipo emocional en 237 pacientes (76.20%) y de tipo instrumental en 245 (78.77%); en los pacientes hipertensos no controlados el apoyo emocional de esta red se presentó en 31 pacientes (9.96%) y el tipo instrumental en 58 (18.64%). (Tabla y Gráfica 5 y 5.1)

El grado de satisfacción para la red de apoyo filial fue poco en un número de 4 (1.28%) y de mucha satisfacción en 236 (75.86%) de los pacientes hipertensos controlados y en los no controlados fue de 60 (19.29%) en los que obtuvieron poca satisfacción y de en los que obtuvieron mucha 1 (0.32%). (Tabla y Gráfica 6 y 6.1)

- Para la red de apoyo en los parientes (parental)

Los pacientes hipertensos controlados utilizan la red de apoyo parental con poca frecuencia en un número de 24 (7.71%) y con mucha frecuencia 221 (71.06%); los pacientes hipertensos no controlados utilizan la red de apoyo parental con poca frecuencia 54 (17.36%) y con mucha frecuencia 12 (3.85%). (Tabla y Gráfica 4 y 4.1)

Utilizaron el tipo emocional en 243 pacientes (64.63%) y de tipo instrumental en 42 (37.62%) en los pacientes hipertensos controlados y en los pacientes no controlados el apoyo emocional de esta red se presentó en 53 pacientes (17.04%) y el tipo instrumental en 29 (9.32%). (Tabla y Gráfica 5 y 5.1)

Para el apoyo parental el grado de satisfacción fue poco en un número de 3 (0.96%) y de mucha satisfacción en 47 (15.11%) de los pacientes hipertensos controlados y en los no controlados fue de 50 (16.07%) en los que obtuvieron poca satisfacción y de en los que obtuvieron mucha 16 (5.14%). (Tabla y Gráfica 6 y 6.1)

- Para la red de apoyo en amigos:

En cuanto a la frecuencia de la interacción social con amigos, se encontró que los pacientes hipertensos controlados utilizaron esta red de apoyo con poca frecuencia en un número de 8 (2.57%) y con mucha frecuencia 237 (76.2%); los pacientes hipertensos no controlados utilizaron esta red de apoyo con poca frecuencia 41 (13.18%) y con mucha frecuencia 25 (8.03%). (Tabla y Gráfica 4 y 4.1)

El tipo de apoyo de la red de amigos en los pacientes hipertensos controlados fue de tipo emocional en 244 pacientes (78.45%) y de tipo instrumental en 98 (31.51%); en los pacientes no controlados el apoyo emocional de esta red se presentó en 66 pacientes (21.22%) y el tipo instrumental en 2 (0.64%).(Tabla y Gráfica 5y 5.1)

El grado de satisfacción para la red de apoyo en amigos fue poco en un número de 2 (0.64%) y de mucha satisfacción en 242 (77.81%) de los pacientes hipertensos controlados y en los no controlados fue de 40 (12.86%) en los que obtuvieron poca satisfacción y de en los que obtuvieron mucha 27 (8.68%).(Tabla y Gráfica 6 y 6.1)

Se calculó el riesgo observado por medio de la razón de momios (OR) para cada uno de los factores asociados, entre el grupo de hipertensos controlados y no controlados (Tabla 7).

Con respecto a el género masculino como factor de riesgo para un descontrol hipertensivo se encontró un OR de 1.033, con un intervalo de confianza del 95% de 0.56-1.78, χ^2 de 0.00006 y una p de 0.98.

La variable del estado civil viudo, soltero, o separado como factor de riesgo para un descontrol hipertensivo se encontró un OR 3.1, con un intervalo de confianza de 1.74- 5.54, χ^2 de 14.1 y una p de 0.0002.

En cuanto al apoyo conyugal como red de apoyo social se tomó como factor de riesgo para una hipertensión arterial no controlada a la poca frecuencia de esta red calculándose un OR de 470, con un intervalo de confianza del 95% de 116-1906, con una χ^2 de 184.92 y una p de 0.0000.

En esta red se tomó la falta de apoyo instrumental y emocional como un factor de riesgo para la hipertensión no controlada, calculando un OR de 1.03 y 22.84 respectivamente con un intervalo de confianza del 95% de 0.6-1.77 y 11.1- 46.6 para cada uno, χ^2 cuadrada de 0.0006 para el apoyo instrumental y 99.41 para el apoyo emocional y una p de 0.9797 y 0.0000 respectivamente.

También se tomó en cuenta un bajo grado de satisfacción con la red social conyugal para el descontrol hipertensivo calculando un OR de 470, con un intervalo de confianza del 95% de 116-1906, una χ^2 de 184.92 y una p de 0.0000.

En la red de apoyo filial se tomaron como factor de riesgo para una hipertensión arterial no controlada a la poca frecuencia calculándose un OR de 67.14, con un intervalo de confianza del 95% de 23-195, con una χ^2 de 116.2 y una p de 0.0000.

Se tomó la falta de apoyo instrumental y emocional como un factor de riesgo para la hipertensión no controlada, calculando un OR de 5.49 y 33.44 respectivamente con un intervalo de confianza del 95% de 1.91-15.77 y 14.42- 77.3 para cada uno, χ^2 cuadrada de 9.17 para el instrumental y 103.93 para el emocional y una p de 0.0025 y 0.0000 respectivamente para la red de apoyo filial.

El factor de riesgo de poco grado de satisfacción en esta red se encontró un OR de 3481, con un intervalo de confianza del 95% de 454-24173, una χ^2 de 264 y una p de 0.0000.

La poca frecuencia del apoyo en parientes se tomó como factor de riesgo para una hipertensión arterial no controlada a de calculándose un OR de 41.43, con un intervalo de confianza del 95% de 19.6- 87.4, con una χ^2 de 139.72 y una p de 0.0000.

La falta de apoyo instrumental y emocional como un factor de riesgo para la hipertensión no controlada también fue tomada como factor de riesgo, calculando un OR de 0.263 y 28.8 respectivamente con un intervalo de confianza del 95% de 0.146-0.473 y 6.53-135 para cada uno,

xi cuadrada de 19.69 para el apoyo instrumental y 36.36 para el apoyo emocional y una p de 0.0000 en ambos casos.

El bajo grado de satisfacción en la red social con los parientes también se tomó como factor de riesgo para el descontrol hipertensivo calculando un OR de 252 con un intervalo de confianza del 95% de 74.22-842.38, una χ^2 de 199.06 y una p de 0.0000.

La red de apoyo social en amigos se tomó como factor de riesgo para una hipertensión arterial no controlada a la poca frecuencia de esta red calculándose un OR de 48.58, con un intervalo de confianza del 95% de 20.75-113.31, con una χ^2 de 131.29 y una p de 0.0000.

La falta de apoyo instrumental y emocional como un factor de riesgo para la hipertensión no controlada encontró un OR de 21.33 y 3.75 respectivamente con un intervalo de confianza del 95% de 5.61-80.7 y 0.231-60.82 para cada uno, χ^2 cuadrada de 30.9 para el apoyo instrumental y 0.0172 para el apoyo emocional y una p de 0.0000 y 0.8957 respectivamente.

También se tomó en cuenta un bajo grado de satisfacción en la red social de amigos para el descontrol hipertensivo calculando un OR de 179.25, con un intervalo de confianza del 95% de 41.02- 783.36, una χ^2 de 151.02 y una p de 0.0000.

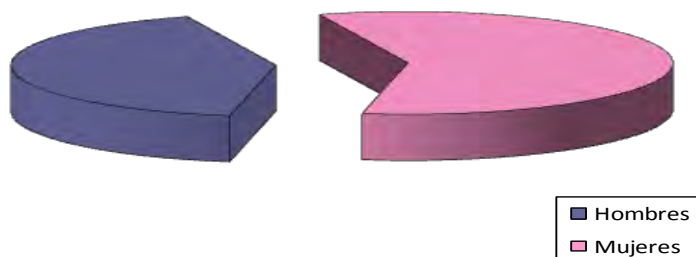
TABLAS Y GRAFICAS

TABLA 1: Distribución por género del total de los pacientes adultos mayores de la UMF 33 que participaron en la encuesta.

Género	Pacientes	Porcentajes
Femenino	181	58.%
Masculino	130	42%
Total	311	100%

Fuente: Encuesta de Recursos Sociales en Ancianos de Díaz-Veiga de la UMF 33.

GRAFICA 1: Distribución por género del total de los pacientes adultos mayores de la UMF 33 que participaron en la encuesta.



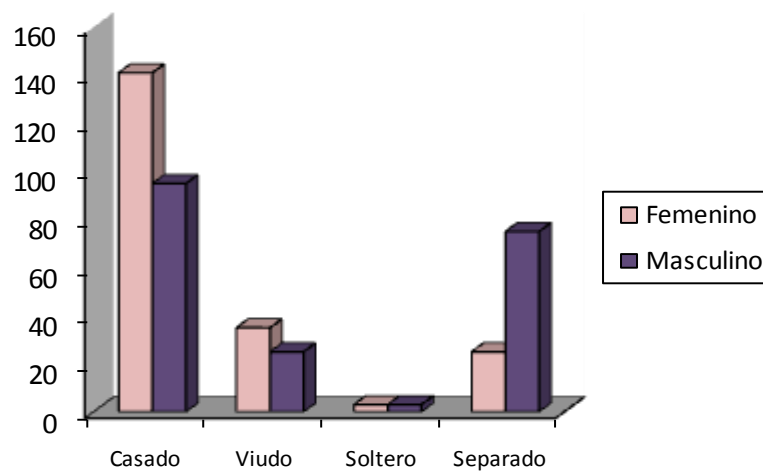
Fuente: Encuesta de Recursos Sociales en Ancianos de Díaz-Veiga de la UMF 33.

TABLA 2: Distribución por género y estado civil de pacientes adultos mayores de la UMF 33 que participaron en la encuesta.

Género	Estado civil							
	Casado		Soltero		Viudo		Separado	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Femenino	141	59.7	3	50	35	57.4	2	25
Masculino	95	40.3	3	50	25	42.6	6	75
Total	236	75.9	6	1.9	61	19.6	8	2.6

Fuente: Encuesta de Recursos Sociales en Ancianos de Díaz-Veiga de la UMF 33.

GRAFICA 2.1: Distribución por género y estado civil de los pacientes adultos mayores de la UMF 33 que participaron en la encuesta.



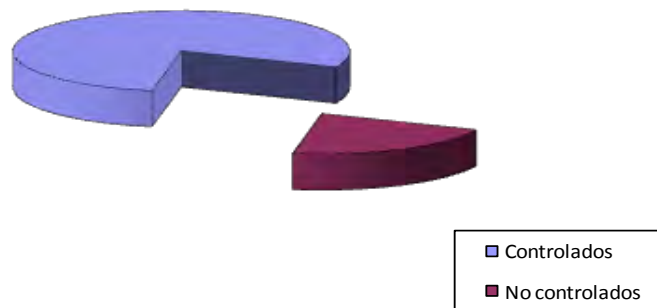
Fuente: Encuesta de Recursos Sociales en Ancianos de Díaz-Veiga de la UMF 33

TABLA 3: Distribución según el control o no control hipertensivo del total de los pacientes adultos mayores de la UMF 33 que participaron en la encuesta.

	Pacientes	Porcentaje
Controlados	245	78.78%
No Controlados	66	21.225
Total	311	100%

Fuente: Encuesta de Recursos Sociales en Ancianos de Díaz-Veiga de la UMF 33.

TABLA 3: Distribución según el control o no control hipertensivo del total de los pacientes adultos mayores de la UMF 33 que participaron en la encuesta.



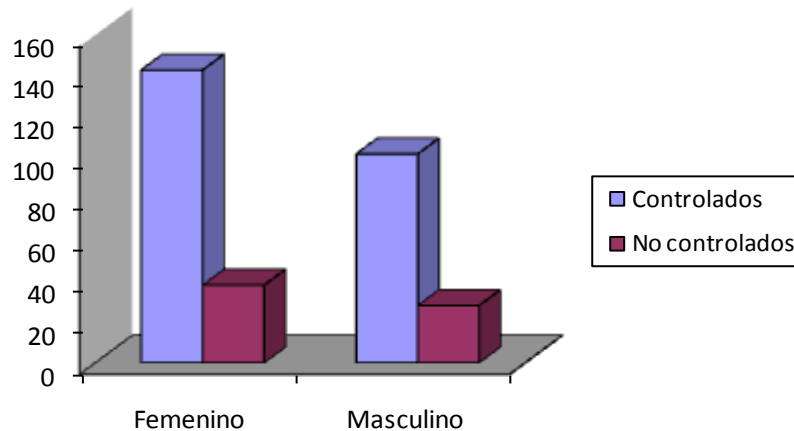
Fuente: Encuesta de Recursos Sociales en Ancianos de Díaz-Veiga de la UMF 33.

TABLA 3.1: Distribución según el control o no control hipertensivo del total de los pacientes adultos mayores de la UMF 33 que participaron en la encuesta en relación con el género.

Género	Controlados	Descontrolados	Porcentaje
Femenino	143	38	78.78%
Masculino	102	28	21.225
Total	245	66	100%

Fuente: Encuesta de Recursos Sociales en Ancianos de Díaz-Veiga de la UMF 33.

TABLA 3.1: Distribución según el control o descontrol hipertensivo del total de los pacientes adultos mayores de la UMF 33 que participaron en la encuesta en relación con el género.



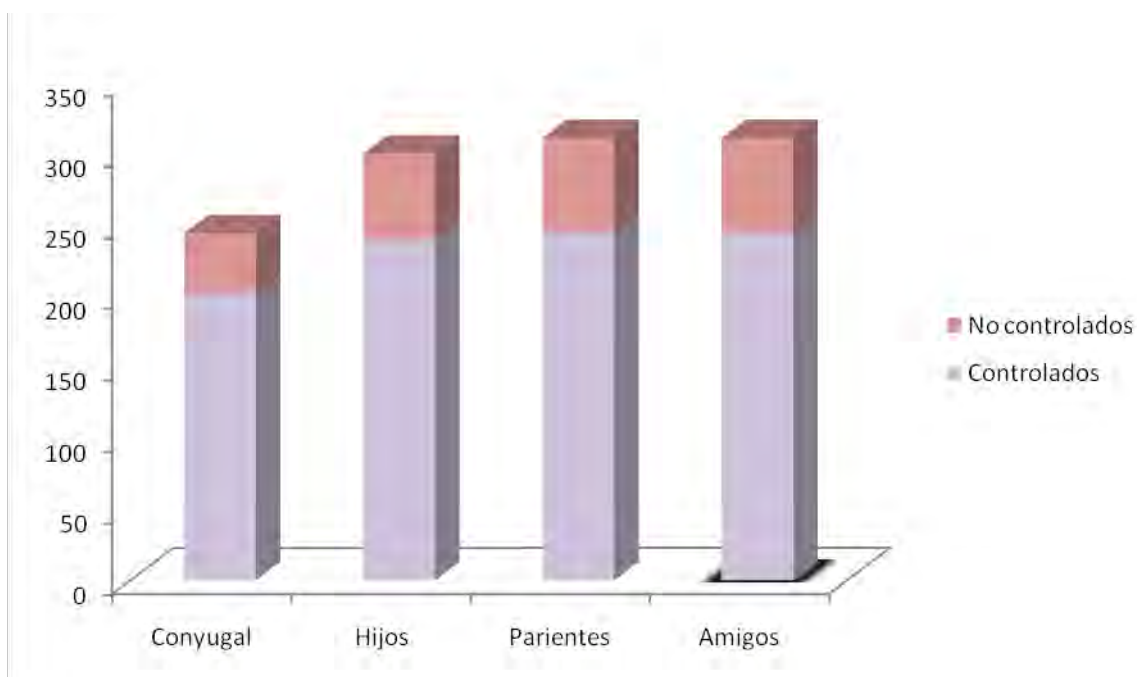
Fuente: Encuesta de Recursos Sociales en Ancianos de Díaz-Veiga de la UMF 33.

TABLA 4: Distribución del tipo de apoyo utilizado en pacientes hipertensos controlados y no controlados de la UMF 33.

Tipo de Apoyo	No Controlados	Porcentaje	Controlados	Porcentaje	Total
Conyugal	42	13.5%	202	64.95%	244
Hijos	60	19.29%	240	77.17%	300
Parientes	66	21.22%	245	78.77%	311
Amigos	66	21.22%	245	78.77%	311

Fuente: Encuesta de Recursos Sociales en Ancianos de Díaz-Veiga de la UMF 33.

GRAFICA 4: Distribución del tipo de apoyo en pacientes hipertensos controlados y no controlados de la UMF 33.



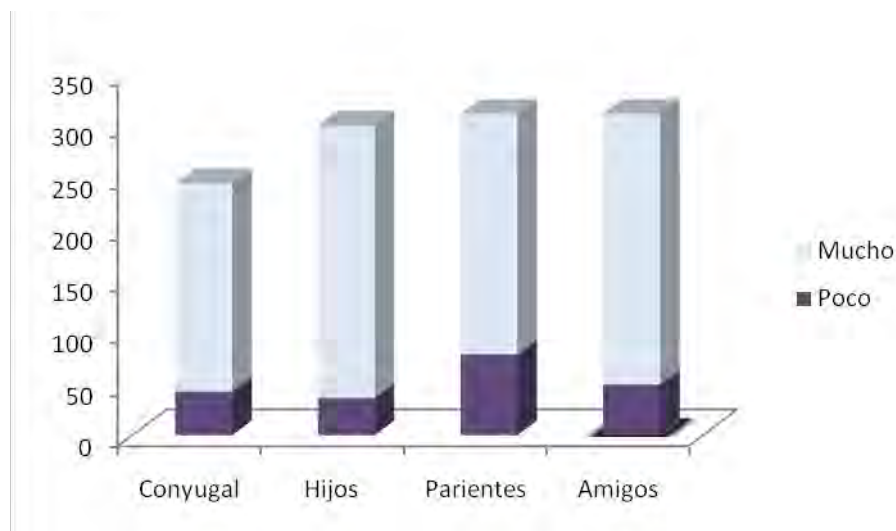
Fuente: Encuesta de Recursos Sociales en Ancianos de Díaz-Veiga de la UMF

TABLA 4.1: Distribución de la frecuencia y el tipo de apoyo utilizado en el total de los pacientes hipertensos adultos mayores de la UMF 33.

Tipo de Apoyo Social	Poco	Mucho	Total	Porcentaje
Conyugal	42	202	244	78.45%
Hijos	36	264	300	96.46%
Parientes	78	233	311	100%
Amigos	49	262	311	100%

Fuente: Encuesta de Recursos Sociales en Ancianos de Díaz-Veiga de la UMF 33.

GRAFICA 4.1: Distribución del tipo de apoyo utilizado en el total de los pacientes hipertensos adultos mayores de la UMF 33.



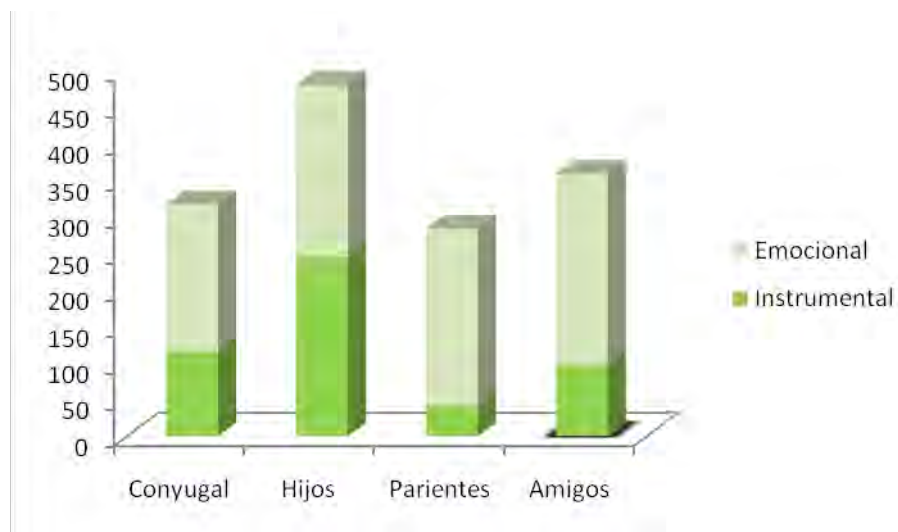
Fuente: Encuesta de Recursos Sociales en Ancianos de Díaz-Veiga de la UM

TABLA 5: Distribución del apoyo instrumental y emocional en las diferentes redes de apoyo social en los pacientes adultos mayores con hipertensión arterial controlada de la UMF 33.

Tipo de Apoyo Social	Apoyo Instrumental	Apoyo emocional
Conyugal	117	201
Hijos	245	237
Parientes	42	243
Amigos	98	244

Fuente: Encuesta de Recursos Sociales en Ancianos de Díaz-Veiga de la UMF 33.

GRAFICA 5: Distribución del apoyo instrumental y emocional en las diferentes redes de apoyo social en los pacientes adultos mayores con hipertensión arterial controlada de la UMF 33.



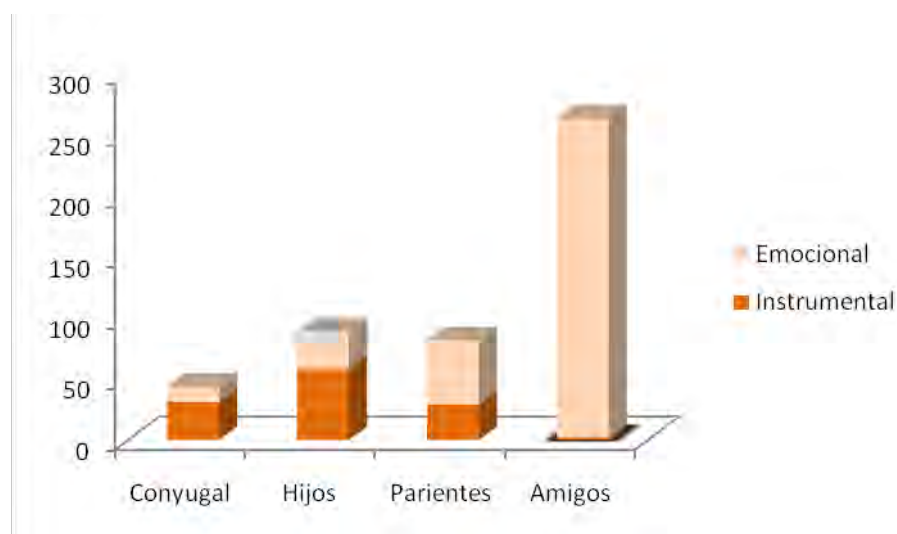
Fuente: Encuesta de Recursos Sociales en Ancianos de Díaz-Veiga de la UMF 33.

TABLA 5.1: Distribución del apoyo instrumental y emocional en las diferentes redes de apoyo social en los pacientes adultos mayores con hipertensión arterial no controlada de la UMF 33.

Tipo de Apoyo Social	Apoyo Instrumental	Apoyo emocional
Conyugal	31	13
Hijos	58	31
Parientes	29	53
Amigos	2	66

Fuente: Encuesta de Recursos Sociales en Ancianos de Díaz-Veiga de la UMF 33.

GRAFICA 5: Distribución del apoyo instrumental y emocional en las diferentes redes de apoyo social en los pacientes con hipertensión arterial no controlada de la UMF 33.



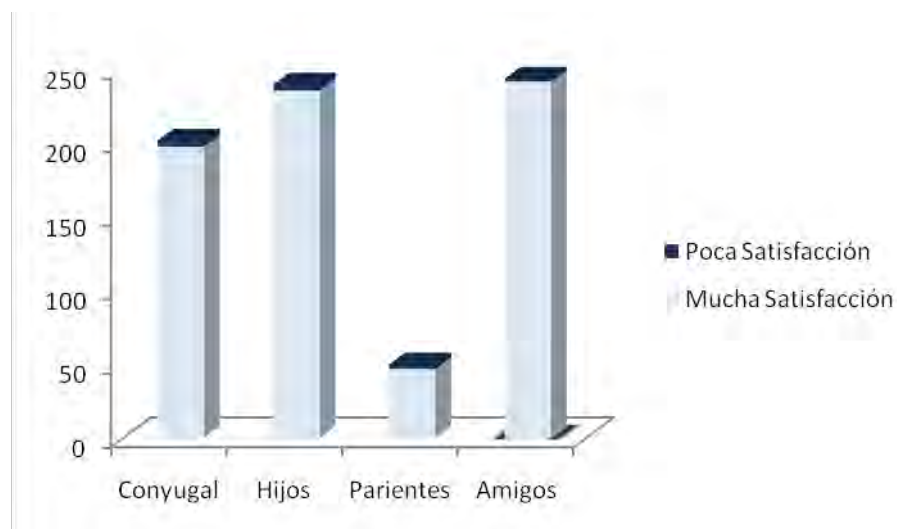
Fuente: Encuesta de Recursos Sociales en Ancianos de Díaz-Veiga de la UMF 33.

TABLA 6: Distribución del grado de satisfacción en las diferentes redes de apoyo social en los pacientes con hipertensión arterial controlada de la UMF 33.

Tipo de Apoyo Social	Poca Satisfacción	Mucha Satisfacción
Conyugal	4	198
Hijos	4	236
Parientes	3	47
Amigos	2	242

Fuente: Encuesta de Recursos Sociales en Ancianos de Díaz-Veiga de la UMF 33.

GRAFICA 6: Distribución del grado de satisfacción en las diferentes redes de apoyo social en los pacientes con hipertensión arterial controlada de la UMF 33.



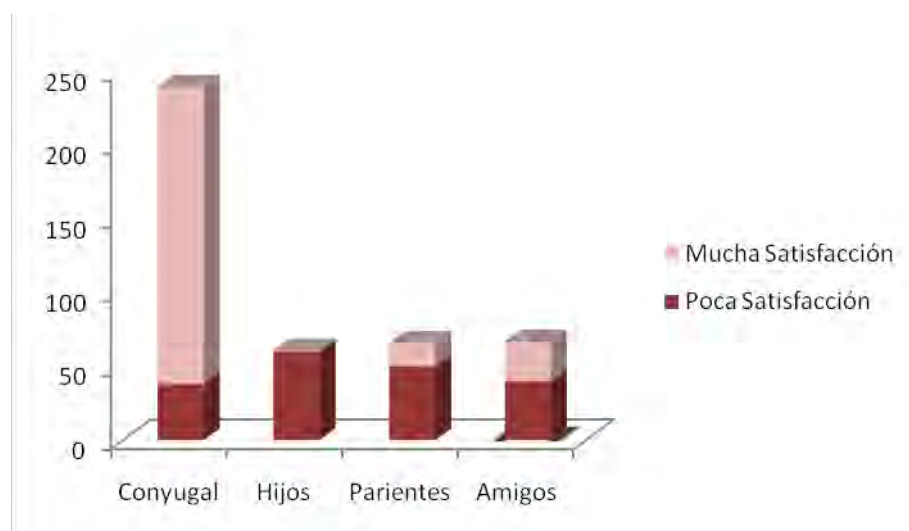
Fuente: Encuesta de Recursos Sociales en Ancianos de Díaz-Veiga de la UMF 33.

TABLA 6.1: Distribución del grado de satisfacción en las diferentes redes de apoyo social en los pacientes con hipertensión arterial no controlada de la UMF 33.

Tipo de Apoyo Social	Poca Satisfacción	Mucha Satisfacción
Conyugal	38	4
Hijos	60	1
Parientes	50	16
Amigos	40	27

Fuente: Encuesta de Recursos Sociales en Ancianos de Díaz-Veiga de la UMF 33.

GRAFICA 6: Distribución del grado de satisfacción en las diferentes redes de apoyo social en los pacientes con hipertensión arterial no controlada de la UMF 33.



Fuente: Encuesta de Recursos Sociales en Ancianos de Díaz-Veiga de la UMF 33.

TABLA 5: Factores sociodemográficos y redes de apoyo social asociadas al control y no control hipertensivo.

SIGNIFICANCIA CLÍNICA Y ESTADÍSTICA DE LOS FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL Y NO CONTROL HIPERTENSIVO.							
FACTOR ASOCIADO		HTA NO CONTROLADA	HTA CONTROLADA	OR	IC DEL 95%	X ²	P
Género	Masculino	28	102	1.033	0.59-1.78	0.0006	0.98
	Femenino	38	143				
Estado civil	Viudo/Soltero/Separado	28	47	3.10	1.74-5.54	14.10	0.0002
	Casado	38	198				
Frecuencia del apoyo conyugal	Poco	38	4	470	116-1906	184.92	0.0000
	Mucho	4	198				
Tipo de apoyo conyugal Instrumental	No	35	128	1.03	0.600-1.77	0.0006	0.9797
	Si	31	117				
Tipo de apoyo conyugal Emocional	No	55	44	22.84	11.1-46.6	99.41	0.0000
	Si	11	201				
Grado de satisfacción del apoyo conyugal	Poco	38	4	470	116-1906	184.92	0.0000
	Mucho	4	198				
Frecuencia del apoyo filial	Poco	32	4	67.42	23-195.8	116.49	0.0000
	Mucho	28	236				
Tipo de apoyo filial Instrumental	No	8	6	5.49	1.91-15.77	9.17	0.0025
	Si	58	239				
Tipo de apoyo filial Emocional	No	35	8	33.44	14.42-77.3	103.93	0.0000
	Si	31	237				
Grado de satisfacción del apoyo filial	Poco	59	4	3481	454-24173	264	0.0000
	Mucho	1	236				
Frecuencia del apoyo en parientes	Poco	54	24	41.43	19.6-87.4	139.72	0.0000
	Mucho	12	221				
Tipo de apoyo en parientes Instrumental	No	37	203	0.263	0.146-0.473	19.69	0.0000
	Si	29	42				
Tipo de apoyo en parientes Emocional	No	13	2	29.80	6.53-135	36.36	0.0000
	Si	53	243				
Grado de satisfacción del apoyo en parientes	Poco	50	3	252	74.22-842.38	199.06	0.0000
	Mucho	16	242				
Frecuencia del apoyo en amigos	Poco	41	8	48.58	20.75-113.31	131.29	0.0000
	Mucho	25	237				
Tipo de apoyo en amigos Instrumental	No	64	147	21.33	5.61-80.7	30.9	0.0000
	Si	2	98				
Tipo de apoyo en amigos Emocional	No	1	1	3.75	0.231-60.82	0.0172	0.8957
	Si	65	244				
Grado de satisfacción del apoyo en amigos	Poco	40	2	179.25	41.02-783-36	151.02	0.0000
	Mucho	27	242				

OR Razón de momios, IC 95% intervalo de confianza al 95%, P Probabilidad al 0.05

Fuente: Encuesta de Recursos Sociales en Ancianos de Díaz-Veiga de la UMF 33.

DISCUSIÓN

En el estudio realizado se evaluó la frecuencia del control y no control hipertensivo en los pacientes mayores de 60 años de la UMF No. 33 el Rosario, tomando en cuenta el último registro de la presión arterial en el expediente clínico de los pacientes participantes, se encontró una frecuencia de 78.78% de pacientes controlados y 21.22% de pacientes no controlados, al igual que lo encontrado por Mejía-Rodríguez y Cols. (Michoacán, 2009), quienes encontraron un 60.6% de pacientes bajo control, es decir por debajo de 140/90 mmHg y Huerta- Vargas (México 2005) donde se encontró 67.9% del sexo femenino y masculino de 32.1%. Aunque a nivel nacional (ENSA 2000) se maneja que solo el 19.4% de los pacientes hipertensos se encuentran bajo control, en Moragrega y Cols. (México, 2005) se encontró una frecuencia de 23.9% en pacientes controlados y a nivel internacional varían los resultados de un 5.4% en Corea a 58% en Barbados; 36.8% en Estados Unidos y Egipto y China 8%.

Además se encontró que la distribución por género de la enfermedad en este estudio fue de 58% femenino y 42% masculino, observando un predominio del sexo femenino al igual que en Mejía-Rodríguez y Cols. en el que se encontró un porcentaje de 67.5% para el sexo femenino y 32.5% para el masculino. La asociación que se estableció entre el género masculino como factor de riesgo para el no control hipertensivo no se encontró asociación por lo que en este estudio no resultó ser un factor ni clínicamente estadísticamente significativo para presentar descontrol hipertensivo.

En cuanto al estado civil se encontró que un en su mayoría se encontraban casados (75.9%) y en su minoría solteros (1.9%) viudos (19.6%) o separados (2.6%), al igual que en Huerta- Vargas (México 2005) en el que se encontró un 67.9% casados, 4.1% viudos, 23.2% divorciados y 2.4% unión libre; en Contreras-Patiño y cols. (Nueva León 1999) se encontró que un 87% de pacientes eran casados. La relación existente entre el estado civil soltero, viudo o separado como factor de riesgo para el no control hipertensivo, se observó en este estudio que si existe asociación tanto clínica como estadísticamente significativa, con un riesgo 2.1 mayor de un no control hipertensivo si no se cuenta con pareja. Como en Redondo-Sedino (España 2005) en donde se encontró que los sujetos que se encontraban casados o con pareja tenían menor descontrol hipertensivo que los que vivían solos o sin pareja con un OR de 1.02 a 1.12 con un intervalo de confianza del 96% y una $p < 0.05$.

Referente a las redes de apoyo social las asociaciones encontradas en relación con el control hipertensivo han sido presentadas en varios estudios que muestran que una peor red social se asocia con valores más altos de presión como en Redondo-Sedino y Cols. (España 2005) en el que se reporta un OR de 1.13 en el apoyo conyugal, apoyo en familiares un OR 1.21 y amigos y vecino un OR de 1.04 con intervalo de confianza del 95% y una $p < 0.05$ en todos los casos, además debido a la escasez de los servicios de salud los pacientes sobre todo adultos mayores dependen fundamentalmente de las redes de apoyo familiar y social.

En México no hay estudios que relacionen específicamente el control o no control hipertensivo con las redes de apoyo social, aunque si la relación evidente de la importancia de las redes de apoyo social con la vejez y el bienestar, el relación con trastornos psicológicos en la vejez (Aranda y Cols., Guadalajara, 2002).

En presente estudio se encontró una poca frecuencia en el tipo de apoyo conyugal de 78.45%, en hijos 96% en parientes 100% y en amigos 100%. Cada una de estas redes de apoyo obtuvo diferentes resultados en cuanto a la frecuencia del apoyo, el tipo de apoyo (instrumental y/o emocional) y el grado de satisfacción de la misma.

Referente a la frecuencia de la red de apoyo conyugal se encontró con poca frecuencia en un 13.5% y mucha frecuencia en un 64.95%. El factor asociado de poca frecuencia en el apoyo conyugal como factor de riesgo para el no control hipertensivo resulto ser, en este estudio clínica y estadísticamente significativo presentando 469 veces más la posibilidad de un descontrol hipertensivo en aquellos que presentan una baja frecuencia en el uso de esta red de apoyo social.

En cuanto al uso del apoyo social conyugal instrumental se encontró una falta de apoyo en un 52.4% y en la presencia de apoyo un 47.58%. El factor de riesgo de ausencia de uso de apoyo instrumental para el no control hipertensivo en la red de apoyo social conyugal resulto ser en este estudio clínicamente no significativo ni estadísticamente significativo.

Para el apoyo social conyugal emocional se encontró una ausencia de apoyo en un 31.83% y en la presencia de apoyo un 68.16%. El factor de riesgo para un no control hipertensivo de ausencia de uso de apoyo emocional en la red de apoyo social conyugal resulto ser clínicamente y estadísticamente significativo, presentando 21.8 veces más riesgo de tener una presión arterial no controlada si no se cuenta con una red de apoyo social conyugal emocional.

Con respecto al grado de satisfacción en la red de apoyo social conyugal se encontró poca satisfacción en un 13.5% y mucha satisfacción en un 64.95%. El factor asociado de poco grado de satisfacción en la red de apoyo social conyugal para el no control hipertensivo, en este estudio, fue clínicamente y estadísticamente significativo, al encontrarse 469 veces más la posibilidad de presentar un descontrol hipertensivo y el grado de satisfacción con la red de apoyo social conyugal es bajo.

En la red de apoyo social en hijos la frecuencia de la red se encontró con poca frecuencia en un 11.5% y mucha frecuencia en un 84.56%. El factor asociado de poca frecuencia en el apoyo en los hijos como factor de riesgo para el no control hipertensivo resulto ser, en este estudio clínica y estadísticamente significativo presentando 66.14 veces más la posibilidad de un descontrol hipertensivo en aquellos que presentan una menor frecuencia en el uso de esta red de apoyo social.

Para el uso del apoyo social en los hijos instrumental se encontró una falta de apoyo en un 4.5% y en la presencia de apoyo un 95.49%. El factor de riesgo de ausencia de uso de apoyo instrumental para el no control hipertensivo en la red de apoyo social en hijos resultó ser en este estudio clínicamente y estadísticamente significativo, con una posibilidad de 4.49 veces más riesgo de un descontrol hipertensivo si no se cuenta con la red de apoyo social instrumental en los hijos.

En la red de apoyo social en hijos de tipo emocional se encontró una ausencia de apoyo en un 13.82% y en la presencia de apoyo en un 86.17%. El factor de riesgo para el no control hipertensivo de ausencia de uso de apoyo emocional en la red de apoyo social en los hijos resultó ser clínicamente y estadísticamente significativo, presentando 32.4 veces más riesgo de tener una presión arterial no controlada si no se cuenta con una red de apoyo social en hijos emocional.

Haciendo referencia al grado de satisfacción en la red de apoyo social en los hijos se encontró poca satisfacción en un 20.25% y mucha satisfacción en un 76.20%. El factor asociado de poco grado de satisfacción en la red de apoyo social en los hijos para el no control hipertensivo, en este estudio, fue clínicamente y estadísticamente significativo, al encontrarse 3480 veces más la posibilidad de presentar un descontrol hipertensivo si el grado de satisfacción con la red de apoyo social en hijos es bajo.

También se evaluó la frecuencia de la red de apoyo social en parientes y se encontró con poca frecuencia a un 25.08% y mucha frecuencia en un 74.91%. El factor asociado de poca frecuencia en el apoyo en los parientes como factor de riesgo para el no control hipertensivo resultó ser, en este estudio, clínicamente y estadísticamente significativo presentando 40.43 veces más la posibilidad de un descontrol hipertensivo en aquellos que presentan una menor frecuencia en el uso de esta red de apoyo social.

Con respecto al uso del apoyo social en los parientes de tipo instrumental se encontró una falta de apoyo en un 77.1% y en la presencia de apoyo un 28.82%. El factor de riesgo de ausencia de uso de apoyo instrumental para el no control hipertensivo en la red de apoyo social en los parientes resultó ser en este estudio clínicamente no significativo, aunque presenta una P menor de 0.05.

La red de apoyo social en parientes de tipo emocional en este estudio encontró una ausencia de apoyo en un 4.82% y en la presencia de apoyo en un 95.17%. El factor de riesgo para el no control hipertensivo de ausencia de uso de apoyo emocional en la red de apoyo social en los hijos resultó ser clínicamente y estadísticamente significativo, presentando 28.8 veces más riesgo de tener una presión arterial no controlada si no se cuenta con una red de apoyo social emocional en parientes.

Con relación al grado de satisfacción en la red de apoyo social en parientes se encontró poca satisfacción en un 17.04% y mucha satisfacción en un 20.25%. El factor asociado de bajo grado de satisfacción en la red de apoyo social en los parientes para el no control hipertensivo, en este estudio, fue clínicamente y estadísticamente significativo, al encontrarse 251 veces más la posibilidad de presentar un descontrol hipertensivo si el grado de satisfacción con la red de apoyo social en parientes es bajo.

En la red de apoyo social en amigos se encontró con poca frecuencia en un 15.75 % y mucha frecuencia en un 84.24 %. El factor asociado de poca frecuencia en el apoyo en amigos como factor de riesgo para el no control hipertensivo resultó ser, en este estudio clínica y estadísticamente significativo presentando 47.58 veces más la posibilidad de un descontrol hipertensivo en aquellos que presentan una baja frecuencia en el uso de esta red de apoyo social.

En cuanto al uso del apoyo social en amigos de tipo instrumental se encontró una falta de apoyo en un 67.84 % y en la presencia de apoyo un 32.15%. El factor de riesgo de ausencia de uso de apoyo instrumental para el no control hipertensivo en la red de apoyo social en amigos resultó ser en este estudio clínicamente y estadísticamente significativo, presentando un riesgo mayor de 20.33 veces más de padecer un descontrol hipertensivo si no se cuenta con la red de apoyo social de tipo instrumental en los amigos.

Para el apoyo social en amigos de tipo emocional se encontró una ausencia de apoyo en un 0.64% y en la presencia de apoyo un 96.78%. El factor de riesgo para un no control hipertensivo de ausencia de uso de apoyo emocional en la red de apoyo social en amigos resultó ser ni clínicamente ni estadísticamente significativo.

Con respecto al grado de satisfacción en la red de apoyo social en amigos se encontró poca satisfacción en un 13.5% y mucha satisfacción en un 86.49%. El factor asociado de poco grado de satisfacción en la red de apoyo social en amigos para el no control hipertensivo, en este estudio, fue clínicamente y estadísticamente significativo, al encontrarse 178.25 veces más la posibilidad de presentar un descontrol hipertensivo cuando el grado de satisfacción con la red de apoyo social en amigos es bajo.

CONCLUSIONES

La frecuencia del control y no control hipertensivo en los pacientes adultos mayores de la UMF 33 el Rosario fue de 78.78% y 21.22% respectivamente, mayor a lo encontrado en estudios nacionales e internacionales, presentando porcentajes menores a lo encontrado en este estudio.

En relación a la asociación existente entre el género masculino como factor de riesgo para el descontrol hipertensivo, se encontró que el 42% de los pacientes en este estudio son del sexo masculino y no resultó ser un factor ni clínica ni estadísticamente significativo para presentar un descontrol hipertensivo.

Con respecto al estado civil de los pacientes hipertensos adultos mayores de la UMF 33. Se encontró que un 75.9% eran casados, y en su minoría solteros 1.9%, viudos 19.6% o separados 2.6%. El factor asociado sin pareja resulto ser, en este estudio, un factor de riesgo para presentar un mal control hipertensivo, que los que tienen pareja.

Referente al uso de las redes de apoyo social se encontró que en la red de apoyo social conyugal, la poca frecuencia de uso de esta red, la falta de apoyo emocional y el grado de satisfacción de esta red social si son un factores de riesgo para el control hipertensivo; la falta de uso de apoyo social conyugal instrumental no es estadísticamente significativo ni clínicamente.

En la red de apoyo social en los hijos se encontró que la poca frecuencia en el uso de esta red si representa un factor de riesgo para el control hipertensivo así como la falta de apoyo instrumental, emocional y el grado de satisfacción para esta red.

De acuerdo a la red de apoyo social en los parientes se encontraron como factores de riesgo para el no control hipertensivo a la poca frecuencia del uso de esta red, la falta de uso de tipo emocional y el grado de satisfacción, aunque el tipo de apoyo instrumental resulto ser clínicamente no significativo y estadísticamente significativo.

En cuanto a la red de apoyo social en amigos se encontraron como factor de riesgo para el no control de la presión arterial la baja frecuencia del uso de esta red, el tipo de apoyo instrumental y el bajo grado de satisfacción con esta red, presentando la red de apoyo emocional ausencia de significancia clínica y estadística.

Se concluye entonces que la frecuencia del no control de la presión arterial en pacientes adultos mayores de la UMF No. 33 es baja, sin embargo se debe poner mayor atención en los factores de riesgo en relación a las redes de apoyo social, conyugal, los hijos, parientes y amigos, así como el estado civil de los pacientes que se han visto relacionados con el descontrol de esta enfermedad crónica degenerativa.

La intervención en forma oportuna y el lograr la mejora del control de las cifras tensionales en estos pacientes es tarea no solo del médico familiar y el paciente sino de todo un equipo multidisciplinario que abarque todos los rubros que permitan echar mano de las herramientas viables para lograr el bienestar biopsicosocial del paciente, incluyendo por supuesto las redes de apoyo social con las que cuente el derechohabiente, por lo que se propone lo siguiente:

Sugerencias:

- 1) Planear estrategias para lograr el manejo multidisciplinario del paciente hipertenso (médico, psicólogo, trabajadora social, etc.).**
- 2) Planear estrategias para lograr una mayor participación de las diferentes redes de apoyo en el conocimiento de la hipertensión arterial y su control.**
- 3) Formar grupos de ayuda para el paciente hipertenso en los que se incorporen los diferentes miembros de las redes de apoyo social del paciente.**
- 4) En cuanto a la ausencia de redes de apoyo en pacientes descontrolados, crear un grupo de voluntarios para el apoyo de derechohabientes que no cuentan con éstas.**

BIBLIOGRAFIA

1. Kinsella K, Demographic dimensions of global aging. *J Fam Issues* 2000; 21(5):541-558.
2. Wong R, Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida, Instituto Nacional De Salud Pública, Primera Edición 2003, www.insp.mx.
3. Resano P E, Olaiz F G, Las Personas de 50 y más años, Instituto Nacional De Salud Pública, Primera Edición 2003, www.insp.mx.
4. Secretaría de gobernación, CONAPO, Comunicado de prensa 43 / 04, México, D. F., 27 de agosto de 2004.
5. Martínez D, Heinz C, Proyecto de investigación sobre el sistema institucional de protección social de la salud "con y para" los/las adultos mayores, Red de investigación en sistemas y servicios de salud en el cono sur, Centro internacional de investigaciones para el desarrollo, Marzo 2003.
6. Novelo De López H I, Situación Epidemiológica y Demográfica del Adulto Mayor en la última Década, Facultad De Salud Pública y Nutrición, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey Nuevo León, México. hinovel@hotmail.com.
7. Cárdenas L, Salas S, Huerta D y Cols., Aspectos Actuales de la Hipertensión Arterial, *Gac Med Mex* 1983; 119: 235-254.
8. Mejía Rodríguez, Paniagua Sierra, Valencia Ortiz, et. Al., Factores relacionados con la presión arterial, salud pública de México / vol. 51, no. 4, julio-agosto de 2009
9. Moragrega, y Cols. Definición, Clasificación, Epidemiología, Estratificación del Riesgo, Prevención Primaria, *Rev Mex Cardiol* 2005; 16 (1): 7-13.
10. Velázquez M O, Rosas P M, Lara E A, Pastelín H G, y cols., Hipertensión Arterial En México: Resultados De La Encuesta Nacional De Salud (ENSA), 2000.
11. Norma Oficial Mexicana, NOM 030-SSA2-1999, Para La Prevención, Tratamiento Y Control De La Hipertensión Arterial, México, 5 De Abril 2000.
12. Mendoza N, Aranda V M, Aspectos Psicosociales de las Enfermedades Crónicas en la Vejez, Instituto Nacional De Salud Pública, Primera Edición 2003, www.insp.mx.
13. Redondo Sedino, Guallar Castellón, Rodríguez Artalejo, Relación entre la red social y la hipertensión arterial en ancianos españoles, *Rev Esp Cardiol*. 2005;58(11):1294-301
14. House J S, *Work Stress and Social Support*, Addison-Weslwey 1981.
15. Thoits P A, Conceptual, Methodological, and Theoretical Problems in Studying Social Support as a buffer against life stress, *Journal of Health and Social Behavior* 1982: 23:145-149.

16. Rodríguez M J, *Psicología Social De La Salud*. Edit. Síntesis, Madrid, 1995.
17. Díaz-Veiga, P. Fernández B, y cols., *Evaluación E Intervención Psicológica En La Vejez*, Barcelona, Pp. 176-194).
18. Stewart M J, *Social Support Instrument Created By Nurse Investigators*. *Nursing Research*, 1989; 38(5): 268-275.
19. Barrón A, *Apoyo Social. Aspectos Teóricos Y Aplicaciones*, Ed. Siglo XXI de España Editores, Madrid, 1996.
20. Buendía J, *Envejecimiento Y Psicología de la Salud*, Ed. Siglo Veintiuno De España S.A. España, 1994.
21. Aldrete R, Pando M, Aranda B, *Acoso Psicológico en el Trabajo. ¿Un Problema de Género?, Enseñanza e Investigación en Psicología, Enero-Junio, Vol. 1, No. 001, Universidad Veracruzana, Xalapa, México, pp. 53-63.*
22. Huerta Vargas, Bautista Samperio, Irigoyen Coria, et. Al., *Estructura familiar y factores de riesgo cardiovascular en paciente con hipertensión arterial*, *Archivos en Medicina Familiar, An International Journal*, Volumen 7 (3), septiembre-diciembre 2005.
23. Heller K, Lakey B, *Percived Support and Social Interaction among Friends and Confidants*: En Barrón A. *Apoyo Social. Aspectos Teóricos Y Aplicaciones*. Ed. Siglo XXI De España Editores, Madrid, 1996.
24. La Rosa M, Martín A, Bayarre V, *Adherencia Terapéutica y Factores Psicosociales en pacientes Hipertensos*, *Rev Cubana Med Gen Integr* 2007; 23(1).
25. Aranda C, Pando M, Aldrete MG, *Jubilación, trastornos psicológicos y redes sociales de apoyo en el adulto mayor jubilado Guadalajara, Jal. México*, *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2002; 29(3):169-174.
26. Clemente M A, *Redes Sociales de Apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica. Interdisciplinaria, Vol. 20, No.1, Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines, Buenos Aires, Argentina PP. 31-60.*
27. Puga D, Rosero-Bixby L, Glaser K, y cols., *Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra*, *Población y Salud en Mesoamérica - Volumen 5, número 1, artículo 1, jul - dic 2007.*
28. Contreras Patiño, Puente González, García Elizondo, et.al., *Impacto de un programa educativo para el control del paciente hipertenso*, *Rev Enferm* 1999; 7 (2): 89-92
29. Rodríguez M J, *Apoyo social y salud*. En: *Psicología social de la salud*. Madrid: Editorial Síntesis S.A; 1995.

A N E X O S

- ANEXO 1: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FOLIO

Fecha _____

Por medio de la presente **acepto participar en el proyecto de investigación** titulado, **“ASOCIACIÓN ENTRE EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA Y LAS REDES DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE LA UMF. NO. 33 EL ROSARIO”**, inscrito ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC con el registro número

El objetivo del estudio es: 1) Determinar la asociación existente entre el control hipertensivo y las redes de apoyo social en los pacientes adultos mayores de la UMF No. 33 el Rosario.

Se me ha explicado que mi participación consiste en responder el cuestionario sobre las redes de apoyo social con las que cuento. Declaro que se me ha informado ampliamente que los resultados no afectarán en lo absoluto mi integridad como persona y derechohabiente del IMSS y que los resultados serán utilizados confidencial y anónimamente.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos a llevar a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi identidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Entiendo que, de considerarlo conveniente, conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento sin que ello afecte mi afiliación al instituto.

MÉDICO PARTICIPANTE

INVESTIGADOR

Dra. Gisela Monroy Pérez

Dra. Mónica Enríquez Neri 5399548

Nombre y firma

Nombre, firma y matrícula

ENCUESTADO (A)

Nombre y firma

• ANEXO 2: INVENTARIO DE RECURSOS SOCIALES EN ANCIANOS (DÍAZ VEIGA)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

FOLIO:

Nombre y Apellidos:

TA:

Edad: _____ Sexo: F M Estado civil: Casado(a) Soltero (a) Viudo (a) Separado(a)

Núm. de hijos: _____ Vivos: _____ Fallecidos: _____ Tiene usted parientes?: Hermanos Sobrino Primos

Nietos

CÓNYUGE

(1) ¿CON QUÉ FRECUENCIA VE Y HABLA USTED CON SU CÓNYUGE?

1. Menos de una vez al mes 2. Uno o dos veces al mes 3. Una vez a la semana

(2) ¿QUÉ TIPO DE APOYO O AYUDA LE PROPORCIONA LA RELACIÓN CON SU CÓNYUGE?

- a. Apoyo emocional (consejo, <<cariño>>) b. Apoyo instrumental (asistencia par actividades de la vida diaria, ayuda económica)

(3) ¿EN QUÉ GRADO ESTÁ USTED SATISFECHO DE LA RELACIÓN QUE TIENE CON SU CÓNYUGE?

1. Poco 2. Algo 3. Mucho

HIJOS

(1) ¿CON QUÉ FRECUENCIA VE Y HABLA USTED CON SU(S) HIJO (S)?

1. Menos de una vez al mes 2. Uno o dos veces al mes 3. Una vez a la semana

(2) ¿QUÉ TIPO DE APOYO O AYUDA LE PROPORCIONA LA RELACIÓN CON SU(S) HIJO(S)?

- a. Apoyo emocional (consejo, <<cariño>>) b. Apoyo instrumental (asistencia par actividades de la vida diaria, ayuda económica)

(3) ¿EN QUÉ GRADO ESTÁ USTED SATISFECHO DE LA RELACIÓN QUE TIENE CON SU(S) HIJO(S)?

1. Poco 2. Algo 3. Mucho

FAMILIARES NO PRÓXIMOS (PARIENTES)

(1) ¿CON QUÉ FRECUENCIA VE Y HABLA USTED CON SUS FAMILIARES O PARIENTES?

1. Menos de una vez al mes 2. Uno o dos veces al mes 3. Una vez a la semana

(2) ¿QUÉ TIPO DE APOYO O AYUDA LE PROPORCIONA LA RELACIÓN CON SUS FAMILIARES O PARIENTES?

- a. Apoyo emocional (consejo, <<cariño>>) b. Apoyo instrumental (asistencia par actividades de la vida diaria, ayuda económica)

b. ¿EN QUÉ GRADO ESTÁ USTED SATISFECHO DE LA RELACIÓN QUE TIENE CON SUS FAMILIARES O PARIENTES?

1. Poco 2. Algo 3. Mucho

AMIGOS

(1) ¿CON QUÉ FRECUENCIA VE Y HABLA USTED CON SUS AMIGOS?

1. Menos de una vez al mes 2. Uno o dos veces al mes 3. Una vez a la semana

(2) ¿QUÉ TIPO DE APOYO O AYUDA LE PROPORCIONA LA RELACIÓN CON SUS AMIGOS?

- a. Apoyo emocional (consejo, <<cariño>>) b. Apoyo instrumental (asistencia para actividades de la vida diaria, ayuda económica)

(3) ¿EN QUÉ GRADO ESTÁ USTED SATISFECHO DE LA RELACIÓN QUE TIENE CON SUS AMIGOS?

1. Poco 2. Algo 3. Mucho