



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "DR. IGNACIO CHÁVEZ"
MÉXICO, D.F.

***FACTORES QUE CONTRIBUYEN EN LA ADHERENCIA
Y NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN EL
PACIENTE HIPERTENSO***

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. EDMUNDO CAMPUZANO SILVA



ISSSTE

MÉXICO, D.F.

2011

NÚMERO DE REGISTRO: 194.2011



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).

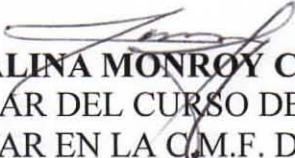
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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


**FACTORES QUE CONTRIBUYEN EN LA ADHERENCIA
Y NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN EL
PACIENTE HIPERTENSO**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DR. EDMUNDO CAMPUZANO SILVA**

AUTORIZACIONES:


DRA. CATALINA MONROY CABALLERO
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN LA C.M.F. DR. "IGNACIO CHÁVEZ"
DEL ISSSTE.


DR. MIGUEL ÀNGEL HERNÀNDEZ HERNÀNDEZ
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DE LA DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA UNAM.
ASESOR DE TESIS

MÉXICO, D.F.

2011

***FACTORES QUE CONTRIBUYEN EN LA ADHERENCIA
Y NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN EL
PACIENTE HIPERTENSO***

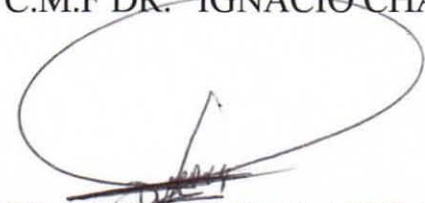
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DR. EDMUNDO CAMPUZANO SILVA**

AUTORIZACIONES:



DR. DAVID ESCOBEDO HERRERA
DIRECTOR DE LA C.M.F DR. "IGNACIO CHAVEZ" DEL ISSSTE.



DR. JESUS LUNA AVILA
JEFE ENSEÑANZA DE LA
CLÍNICA HOSPITAL
C.M.F. DR. "IGNACIO CHÁVEZ" DEL ISSSTE.

***FACTORES QUE CONTRIBUYEN EN LA ADHERENCIA
Y NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN EL
PACIENTE HIPERTENSO***

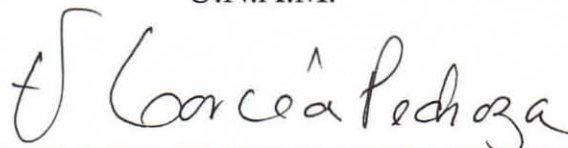
**TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DR. EDMUNDO CAMPUZANO SILVA**

AUTORIZACIONES:



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

AGRADECIMIENTOS

Doy Gracias a:

**Mí Dios y al destino*

**A mis Padres Edmundo y María Eugenia, que me dieron la vida, su amor y su apoyo.*

**A mis hermanos Esmeralda y Erick por su amor.*

**A mi abuela María Elena por sus consejos de sabiduría.*

**A mí maestro y amigo Dr. David González García por todo su apoyo.*

**A el Ing. José Manuel Díaz por sus consejos y apoyo.*

**A el señor Daniel Trejo y la señora Cecilia Aguilar por sus consejos y apoyo.*

**A mi amor y novia Reyna Cecilia por su apoyo y ejemplo, por ser el ángel en mi vida.*

**A el Dr. Miguel Ángel Hernández Hernández por su comprensión y apoyo.*

**A todos mis compañeros residentes por su comprensión.*

INDICE

Tema	Página
I. Marco Teórico	
1. Antecedentes del Problema	
1.1 Epidemiología	
1.2 Clasificación de la Hipertensión Arterial de acuerdo al JNC 7	
1.3 Técnica de Medición de la Presión Arterial	
1.3. a) Aspectos Generales	
1.3. b) Posición del paciente	
1.3. c) Equipo y Características	
1.3. d) Técnica	
1.4 Objetivos del tratamiento de la Hipertensión Arterial	
1.5 Modificaciones en Estilos de Vida	
1.6 El Apoyo Familiar en el paciente Hipertenso	
1.6. a) La familia como red de apoyo del paciente hipertenso	
1.7 Factores relacionados a la adherencia del tratamiento	
1.7. a) Adherencia	
1.8 El stress como factor de no adherencia en el tratamiento	
1.9 Valoración del apego al tratamiento	
1.9. a) Prueba Morisky-Green	
1.10 Valoración del nivel de conocimiento sobre la Hipertensión Arterial	
1.10 a) Test de Batalla	
1.11 Otros estudios realizados sobre adherencia y no adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial	
II. Planteamiento del problema	
III. Justificación	
IV. Objetivos	
4.1 Objetivo general	
4.2 Objetivos específicos	
V. Metodología	
5.1 Tipo de estudio	
5.2 Población Lugar y tiempo	
5.3 Tipo de muestra y Tamaño de la muestra	

	5.4	Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	
	5.5	Variables a recolectar: Tipo y escala de medición	
	5.6	Método de recolección de Datos	
	5.7	Manejo estadístico de las variables	
	5.8	Consideraciones éticas	
	5.8	a) Ley General de Salud en México con Respecto a los Estudios en Humanos	
	5.8	b) Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial	
VI. Resultados			
	6.1	Descripción de resultados	
	6.2	Tablas y gráficas	
VII. Discusión de los resultados			
VIII. Conclusiones			
Referencias bibliográficas			
Anexos			
	Anexo 1.	Cédula de detección	
	Anexo 2.	Cronograma de actividades	

I. MARCO TEORICO

1. Antecedentes del Problema

La Norma Oficial Mexicana define a la presión arterial, como la fuerza hidrostática de la sangre sobre las paredes arteriales, que resulta de la función de bombeo del corazón, volumen sanguíneo, resistencia de las arterias al flujo y diámetro del lecho arterial.¹

Se define a la Hipertensión Arterial Sistémica según la Norma Oficial Mexicana (NOM) al padecimiento multifactorial caracterizado por aumento sostenido de la presión arterial sistólica, diastólica o ambas, en ausencia de enfermedad cardiovascular, renal o diabetes $\geq 140/90$ mmHg, en caso de presentar enfermedad cardiovascular o diabetes $> 130/80$ mmHg y en caso de tener proteinuria mayor de 1.0 gr. e insuficiencia renal $> 125/75$ mmHg.¹

La Hipertensión Arterial Secundaria es la elevación sostenida de la presión arterial, por alguna entidad nosológica: ≥ 140 mmHg (sistólica) o ≥ 90 mmHg (diastólica).¹

La Hipertensión Descontrolada es la elevación sostenida de las cifras de presión arterial sistólica, diastólica o ambas, acompañada o no de manifestaciones menores de daño agudo a órganos blanco.¹

Hipertensión Arterial Resistente es la persistencia de valores de presión arterial por arriba de la meta (140/90 mmHg o 130/80 mmHg si tiene diabetes o nefropatía), a pesar de buena adherencia al tratamiento antihipertensivo apropiado, que incluya 3 o más fármacos de diferentes clases (incluyendo de preferencia un natriurético), en una combinación recomendada y a dosis óptima (individualizada), cumpliendo con las medidas conductuales en forma adecuada.¹

Casos con Diagnóstico conocido de Hipertensión Arterial en Tratamiento al conjunto de personas con diagnóstico conocido de HAS atendidos en el Sistema Nacional de Salud que cursan con presión arterial controlada en respuesta al tratamiento o continúan sin control a pesar del tratamiento.¹

Se considera como urgencia hipertensiva a la elevación sostenida de las cifras de presión arterial sistólica, diastólica o ambas, acompañada de manifestaciones mayores de daño a órganos blanco, atribuibles al descontrol hipertensivo; como encefalopatía hipertensiva, hemorragia intracraneal o infarto agudo del miocardio, requiere reducción inmediata de la presión arterial.¹

1.1 Epidemiología

La Hipertensión Arterial ocasiona una carga financiera importante del presupuesto mundial destinado a la salud: representa el 4.5% del total de la carga de enfermedad en el mundo, es el primer factor de riesgo más importante de enfermedad cardiovascular, ocasionando con ello hasta 7.1 millones de muertes prematuras cada año y actualmente es responsable del 62% de los casos de enfermedad vascular cerebral y del 49% de los infartos al miocardio.¹⁹

La Hipertensión Arterial afecta aproximadamente a 50 millones de personas en los Estados Unidos y a 1 billón en todo el mundo. Al aumentar la edad poblacional, la prevalencia de Hipertensión Arterial se incrementará más adelante a menos que se implementen amplias medidas preventivas eficaces. Recientes datos del Framingham Heart Study sugieren que los individuos normotensos mayores de 55 años tienen un 90% de probabilidad de riesgo de desarrollar Hipertensión Arterial. ²

En México al igual que en otros países emergentes y en la mayoría de los países desarrollados la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, o también denominadas Enfermedades Crónicas Esenciales del Adulto (ECEA), tales como Hipertensión Arterial Sistémica ha demostrado un crecimiento exponencial en las últimas dos décadas, llegando a superar la prevalencia de las enfermedades transmisibles en el adulto, ahora se reconoce a las Enfermedades Crónicas Esenciales del Adulto, como la primera causa mundial de morbimortalidad en el adulto. Su impacto económico–social es demoledor para cualquier sistema de salud en el mundo, ya que se trata de entidades no curables, con secuelas que en su mayoría serán incapacitantes.⁵

En México, la prevalencia identificada de Hipertensión Arterial Sistémica para el año 2000 fue del 30.05%, es decir, más de 16 millones de mexicanos entre los 20 y 69 años. Los estados del norte de la república, alcanzaron cifras aún mayores. La Encuesta Nacional de Salud 2000, mostró que lamentablemente el 61% de los hipertensos de este país desconocen ser portadores del mal, situación que es de extrema importancia ya que, en general, el paciente acude al médico cuando ya han transcurrido varios años desde su inicio y, probablemente, ya habrá en su mayoría daño a órgano blanco. ^{5,19}

Durante el año 2000 se realizó una encuesta nacional probabilística en 45,300 personas de toda la República sobre aspectos de enfermedades crónicas tales como Hipertensión Arterial, un total de 38,377 (98.8%) personas con edades entre los 20 y 69 años fueron incluidas para estimar la prevalencia de HTA, el resto fueron eliminadas por no tener la información adecuada. La prevalencia global para la república mexicana fue de 30.05%. La prevalencia en hombres fue de 34.2% y en la mujer de 26.3%. La prevalencia fue directamente proporcional a la edad. Así, después de 50 años, la prevalencia de HTA supera el 50%. La mujer alcanza y supera la prevalencia al hombre a partir de los 50 años. Los estados del norte de la república tuvieron prevalencia de HTA de –34%, mientras que en el sur se obtuvo –27%(p< 0.05). El 61% de toda la población con HTA fue detectada por la encuesta. Solo el 14.6% de los hipertensos se encontraron controlados.¹¹ Mientras que la prevalencia de hipertensión arterial por entidad federativa es menor en los estados del sur del país que en los del centro y norte, las entidades con las prevalencias más altas son: Nayarit, Zacatecas, Sinaloa, Coahuila, Baja California Sur, Durango y Sonora. ¹⁹

1. 2 Clasificación de la Hipertensión Arterial de acuerdo al JNC 7

Clasificación de acuerdo al Séptimo Informe del Comité Nacional sobre la Prevención, Detección, Evaluación y tratamiento de la Hipertensión Arterial (JNC 7)²

Clasificación PA	PAS mmHg	PAD mmHg	Estilos de Vida	Sin Indicación	Con Indicación
Normal	<120	<80	Estimular	No indicado tratamiento farmacológico	Tratamiento Indicado
Prehipertenso	120-139	80-89	Sí	No indicado tratamiento farmacológico	Tratamiento Indicado
HTA:Estadio 1	140-159	90-99	Sí	Tiazidas en la mayoría. Considerar IECAS,ARA II, BBs,BCC ó combinaciones	Farmacos según las indicaciones presentes. Otros antihipertensivos (diuréticos, IECAS, ARA IIBBs, BCC) según sea necesario.
HTA: Estadio 2	>160	>100	Sí	Combinación dos fármacos en la mayoría (usualmente tiazidicos, IECAS, o ARA II, BBs ó BCC)	Fármacos según las indicaciones presentes. Otros antihipertensivos (diuréticos, IECAS, ARA IIBBs, BCC) según sea necesario.

1.3 Técnica de Medición de la Presión Arterial

Preferentemente, se utilizará un esfigmomanómetro de columna de mercurio; también puede emplearse un esfigmomanómetro aneroide calibrado. Estos equipos se calibrarán dos veces al año. Se pueden emplear esfigmomanómetros electrónicos que registren sobre la arteria humeral y que ya hayan sido aprobados por organismos reguladores internacionales. No se recomiendan los que se aplican sobre la muñeca o de dedal. El valor de la presión arterial sistólica y diastólica que se registre, corresponderá al promedio de por lo menos dos mediciones hechas con un intervalo mínimo de dos minutos.¹

1.3.a Aspectos Generales

La medición se efectuará después de por lo menos, cinco minutos en reposo. El paciente se abstendrá de fumar, tomar café, productos cafeinados y refrescos de cola, por lo menos 30 minutos antes de la medición. No deberá tener necesidad de orinar o defecar. Estará tranquilo y en un ambiente apropiado.¹

1.3.b Posición del Paciente

La presión arterial se registrará en posición de sentado con un buen soporte para la espalda, y con el brazo descubierto y flexionado a la altura del corazón. En la revisión clínica más detallada y en la primera evaluación del paciente con HAS, la presión arterial debe ser medida en ambos brazos y, ocasionalmente, en el muslo. La toma se le hará en posición sentado, supina o de pie con la intención de identificar cambios posturales significativos.¹

1.3.c Equipo y Características

Preferentemente se utilizará el esfigmomanómetro mercurial, o en caso contrario un esfigmomanómetro aneroide recientemente calibrado. El ancho del brazalete deberá cubrir alrededor del 40% de la longitud del brazo y la cámara de aire del interior del brazalete deberá tener una longitud que permita abarcar por lo menos 80% de la circunferencia del mismo. Para la mayor parte de los adultos el ancho del brazalete será entre 13 y 15cm y, el largo, de 22.5-37cm.¹

1.3.d Técnica

El observador se sitúa de modo que su vista quede a nivel del menisco de la columna de mercurio. Se asegurará que el menisco coincida con el cero de la escala, antes de empezar a inflar. Se colocará el brazalete situando el manguito sobre la arteria humeral y colocando el borde inferior del mismo 2cm por encima del pliegue del codo. Mientras se palpa la arteria humeral, se inflará rápidamente el manguito hasta que el pulso desaparezca, a fin de determinar por palpación el nivel de la presión sistólica. Se desinflará nuevamente el manguito y se colocará la cápsula del estetoscopio sobre la arteria humeral. Se inflará rápidamente el manguito hasta 30 o 40 mmHg por arriba del nivel palpatorio de la presión sistólica y se desinflará a una velocidad de aproximadamente 2 mmHg/seg. La aparición del primer ruido de Korotkoff marca el nivel de la presión sistólica y, el quinto, la presión diastólica. Los valores se expresarán en números pares. Si las dos lecturas difieren por más de cinco mmHg, se realizarán otras dos mediciones y se obtendrá su promedio.¹

1.4 Objetivos del tratamiento de la hipertensión arterial

El objetivo último de la terapia antihipertensiva en salud pública es la reducción de la morbilidad y mortalidad cardiovascular y renal. Aunque la mayoría de los pacientes hipertensos, especialmente los mayores de 50 años, alcanzarán el objetivo de PAD después del PAS, el enfoque primario debe ser conseguir el objetivo de PAS. Tratar la PAS y la PAD hasta un objetivo de menos de 140/90 mmHg está asociado con un descenso en complicaciones cardiovasculares. En hipertensos diabéticos o enfermedad renales el objetivo de PA es < 130/80 mmHg. ²

1.5 Modificaciones en Estilos de Vida

La adopción de estilos de vida saludables por todos los individuos es imprescindible para prevenir la elevación de presión arterial y es indispensable como parte del manejo de los sujetos hipertensos. La modificación de los estilos de vida más importantes demostró disminuir la presión arterial, incluyendo reducción de peso en obesos y sobrepeso, la adopción de la dieta DASH, rica en potasio y calcio, reducción de sodio en la dieta, actividad física y moderación en consumo de alcohol. La modificación del estilo de vida reduce la presión arterial, aumenta la eficacia de los fármacos antihipertensivos y disminuye el riesgo cardiovascular. Por ejemplo, una dieta DASH de 1600 mg de sodio tiene un efecto similar a un tratamiento farmacológico simple. Combinaciones de dos o más cambios en el estilo de vida pueden significar mejores resultados. ²

1.6 El Apoyo Familiar en el paciente Hipertenso

1.6.a La familia como red de apoyo del paciente hipertenso

La familia contribuye como red de apoyo social favoreciendo el cumplimiento en el tratamiento, tanto desde el punto de vista de apoyo afectivo como material y también como el paciente de manera individual valora su papel dentro del grupo familiar. ¹⁴

La red social a la que pertenece el hipertenso tiene la función de incentivar actitudes personales que se asocian positivamente en el monitoreo de la salud, como el compartir informaciones, auxilio en momentos de crisis y cuidados con la salud en general, incluyendo cuidados con dieta, ejercicios físicos, sueño y adhesión al régimen medicamentoso. La presencia de la familia junto al enfermo es capaz de transmitirle tranquilidad, fuerza y coraje, lo que lo hace sentirse seguro y amparado en la convivencia con la enfermedad. ³

La familia representa, para la mayoría de las personas, una importante fuente de apoyo y seguridad, permitiendo el intercambio de amor, afecto, respeto y valor. ³

Las interacciones familiares pueden tener un efecto profundo sobre la salud o la enfermedad. ¿El paciente viene de una familia en la cual se valora la salud, en la cual el fumar no se tolera y el ejercicio se tiene en alta consideración?, ¿La familia descuida la salud y practica conductas de riesgo?, ¿La familia, de hecho, parece dar importancia a la enfermedad con quejas frecuentes debido a síntomas menores?. El modo como uno trata las enfermedades aparentes tiene sus raíces

en la familia y la cultura de la comunidad. En un ambiente, los síntomas son ignorados hasta que la función se deteriora y el paciente es literalmente forzado a solicitar atención médica.⁴

En una enfermedad aguda al paciente le es permitido asumir el "rol de enfermo"; por ello es dispensado de sus obligaciones, puede estar en la cama y se espera que otros miembros de la familia lo atiendan y muestren una preocupación adecuada. Sin embargo, también considera que el rol de enfermo consume recursos vitales de la familia: la energía usada para proveer el cuidado, el costo de la atención médica y la pérdida de ingresos del paciente y quizás de quienes lo cuidan.⁴

1.7 Factores relacionados a la adherencia del tratamiento

1.7.a Adherencia

El cumplimiento terapéutico o adherencia debe entenderse como una conducta en la que el paciente participa racionalmente en todas las recomendaciones dadas por el grupo de profesionales para tratar su enfermedad.⁷

La adherencia al tratamiento es definida y caracterizada cuando el consejo médico o de salud recomendado coincide con el comportamiento del individuo, en relación al hábito de usar medicamentos, es decir, seguir los cambios en el estilo de vida preconizados y comparecer a las consultas médicas.^{16, 17}

Esa definición expresa el sentido de *compliance*, en el idioma inglés, lo que implica en la concordancia del paciente con las recomendaciones, presuponiéndose que el paciente conozca las alternativas terapéuticas y participe de las decisiones sobre su tratamiento.¹⁶

No existe una dicotomía completa entre adhesión y no adhesión, y puede realmente tratarse de una medición que suele reportar distintos grados de un continuo; por ejemplo, un paciente puede mostrar gran adhesión al tomar los fármacos, pero no a asistir a las consultas médicas, o asistir a ellas, pero tomando los medicamentos a las horas y en las dosis incorrectas, el olvido, la falta de tiempo, la complejidad del tratamiento o el número de cambios que el paciente debe hacer para seguir el tratamiento pueden ser algunas de las variables involucradas a la adherencia del tratamiento.⁸

La adhesión puede ser definida como el grado de concordancia entre las recomendaciones del prestador de cuidados de salud y el comportamiento del individuo frente al régimen terapéutico. Varios son los factores para la no adhesión al tratamiento farmacológico como: factores relacionados a la persona bajo tratamiento, a la enfermedad, al tratamiento, a los servicios de salud y al apoyo social.²⁴

Un modelo teórico que permite entender esta conducta es el "Modelo de creencias en salud" (MCS), porque explica el proceso de toma de decisiones respecto a salud e identifica factores (motivacionales, subjetivos, elementos habilitantes o modificantes de la conducta) que actuarían como determinantes de una mayor o menor probabilidad de cumplir las prescripciones para tratar la enfermedad.^{7, 15}

En la adherencia al tratamiento podemos englobar a los factores que participan en la misma, en factores personales, factores relacionados con el tratamiento, factores institucionales.^{6, 8, 9, 10, 13, 14}

1.- Factores personales

La edad, las creencias en salud, la falta del autocuidado, las expectativas pobres o distorsionadas frente al tratamiento y la enfermedad, las creencias socioculturales, la aceptación realista.

2.- Factores relacionados con el tratamiento de la enfermedad

La toma de la medicación, la complejidad del régimen del tratamiento, como la cantidad de medicaciones distintas, los horarios de administración, los efectos secundarios así como el modo de administración.

3.- Factores institucionales

La continuidad o discontinuidad del cuidado médico, el intervalo entre consultas, la falta de asignación de tiempo para las mismas, el trato del personal, la disponibilidad del medicamento en la farmacia.^{6, 8, 9, 10, 13, 14}

1.8 El stress como factor de no adherencia en el tratamiento

Actualmente, las enfermedades cardiovasculares suponen uno de los principales índices de mortalidad en los países industrializados, incidiendo en un 45% del total de las muertes. Los factores clásicos de riesgo cardiovascular como pueden ser la Hipertensión Arterial, la dislipidemia o el tabaco han resultado insuficientes para explicar por qué se produce este tipo de enfermedades. Consiguientemente, ha sido necesario investigar otros posibles factores que impliquen la probabilidad de poner en riesgo la salud de los sujetos. Para la comprensión de la relación existente entre los nuevos factores de riesgo y la salud general, se plantea un modelo consistente en la mayor reactividad psicofisiológica que muestra las personas que puntúan alto en las variables psicológicas de riesgo.²⁷

1.9 Valoración del apego al tratamiento

El control de la Hipertensión Arterial Sistémica está directamente relacionado al grado de adhesión del paciente al régimen terapéutico⁶. En este sentido, Morisky y Green propusieron una medida de auto-reporte de cumplimiento de la medicación, esta prueba está integrada por cuatro preguntas para identificar las actitudes y comportamientos frente a la ingestión de medicamentos, que han demostrado ser útiles para la identificación de la adhesión del paciente al tratamiento.¹⁷

1.9.a Prueba de Morisky-Green

A mediados de la década de los 80, Morisky desarrolló junto con otros colegas un cuestionario breve para ayudar a los profesionales de la salud a predecir de manera prospectiva la adherencia a medicamentos antihipertensivos (Morisky, 1983). Luego, el instrumento fue validado en una serie de estudios y demostró poseer buenas cualidades psicométricas. Investigadores independientes extendieron la aplicación de este instrumento a otras enfermedades, incluida la diabetes y la

enfermedad de obstrucción pulmonar crónica (Simpson, 2002; Gregiore, 2002; Knobel, 2002; Ren, 2002; Matthees, 2001; Pratt, 2001; Gao, 2000; Sen, 2000; Miller, 1997).¹²

Esta prueba valora la actitud del paciente ante el cumplimiento terapéutico. La prueba de Morisky-Green consta de las siguientes preguntas: 1.- ¿Alguna vez se ha olvidado de tomar su medicamento? 2.- ¿Toma la medicación a la hora indicada? 3.- Cuando se encuentra bien, ¿Deja alguna vez de tomar la medicación? 4.- Sí alguna vez se siente mal ¿Deja de tomar la medicación?, de acuerdo con la prueba de Morisky-Green, para calcular el puntaje de la Escala de Morisky, se asigna un 1 a las respuestas contestadas de forma correcta considerándose como cumplidor. Por lo tanto, el rango de puntuación posible va de 0 a 4. Se predice que los pacientes con puntaje más alto presentan mayor adherencia a las terapias con medicación prescrita, los pacientes son considerados adherente al tratamiento, cuando obtengan la máxima puntuación de 4 puntos, y los pacientes son considerados no adherentes, cuando obtengan 3 puntos o menos.^{12, 17, 18}

¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Toma los medicamentos a la hora indicada?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

1.10 Valoración del nivel de conocimiento sobre la Hipertensión Arterial

1.10.a Test de Batalla

Valora del nivel de conocimientos que tiene el paciente sobre sus enfermedades, ya sea Hipertensión Arterial Sistémica y diabetes, el cual está validado para el estudio de estas dos enfermedades. El test consiste en realizarle al paciente tres preguntas acerca de su enfermedad.

1.- ¿Es la hipertensión arterial una enfermedad para toda la vida?

2.- ¿Se puede controlar con dieta y medicación?

3.- Cite 2 o más órganos que se vean afectados por la elevación de las cifras de tensión arterial.

Se considera sin conocimiento sobre la enfermedad si falla alguna respuesta y con conocimiento si responde correctamente las 3 preguntas.²⁵

Morisky-Green fue adecuado para detectar adherencia y no adherencia (Sensibilidad= 32%, Especificidad= 94%, Valor Predictivo Positivo (VPP)= 91.6%, Valor Predictivo Negativo (VPN)= 42%). Con el test de Batalla resultó: Sensibilidad= 85%, Especificidad=33%, VPP= 70%, y VPN=54%.^{25,26}

Los test de Batalla y Morisky-Green, el de Batalla presenta una alta sensibilidad y el de Morisky-Green una alta especificidad; son dos métodos indirectos, fáciles de realizar por el breve tiempo que necesitan para ello, por lo que podrían aplicarse en consulta médica. Además como ningún método por sí sólo es capaz de valorar todos los aspectos del cumplimiento, es aconsejable combinarlos (uno de alta sensibilidad y otro de alta especificidad).²⁶

1.11 Otros estudios realizados sobre adherencia y no adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial

Un estudio realizado en la ciudad de Teresina Brasil, en el año 2005 en un centro integrado de salud, fueron recolectados los datos a través de la entrevista individualizada utilizando la técnica de incidente crítico, después del análisis del contenido se identificó que el elemento consecuencia obtuvo 146 referencias, siendo 58 positivas y 88 negativas, definiéndose cuatro categorías: Aspecto Familiar, Aspecto Financiero, Aspecto de Salud y Aspecto Emocional. De acuerdo con los relatos se puede inferir dificultades en las relaciones familiares, preocupación del hipertenso en relación a sus descendientes y poca participación de la familia en el plan del cuidado del enfermo. A través de la aplicación de la técnica del incidente crítico, teniendo en consideración su carácter flexible, se percibieron varios aspectos relacionados en el aspecto cotidiano del hipertenso lo que contribuyó para el análisis de la participación de sus familiares en su tratamiento, las subcategorías “Armonía en la familia”, “Mejoría financiera en la familia”, “Control de la presión arterial” y “Bienestar” recibieron solamente referencias positivas, mostrando, así, la influencia de la dinámica familiar y del alcance del control de la enfermedad en la percepción del paciente en relación a los cuidados necesarios para el tratamiento de la hipertensión arterial. “Preocupación con los hijos/ nietos”, “Relaciones con familiares/amigos”, “Alteración del estado de salud” y “Alteración emocional” formaron subcategorías que presentaron el mayor número de referencias negativas, sin embargo también recibieron consideraciones positivas, demostrando circunstancias de conflicto desagradable en el aspecto cotidiano de los pacientes y poca participación familiar en relación al control de la enfermedad.³

Categorías/Subcategorías	Positivo n	Negativo n	Total ³
Aspecto Familiar			
Armonía en la familia	05	—	05
Preocupación con hijos/nietos	05	08	13
Relaciones entre familiares/amigos	14	16	30
Muerte de parientes	—	02	02
Aspecto Financiero			
Mejoría financiera en la familia	07	—	07
Dificultad financiera	—	06	06
Aspecto de Salud			
Control de la presión arterial	06	—	06
Tratamiento de salud	03	07	10
Alteración del estado de salud	01	22	23
Aspecto Emocional			
Bienestar	16	—	16
Alteración emocional	01	20	21
Disturbio neurovegetativo	—	07	07
Total	58	88	146

Los estudios han demostrado que una edad más avanzada, bajo nivel educativo, ingresos bajos, y menos de 5 años de duración de la enfermedad están asociados con el abandono del tratamiento. ¹⁷

Seguir una prescripción o adherencia terapéutica es un proceso complejo que está influido por múltiples factores ampliamente estudiados tales como no adquirir la medicación prescrita, tomar dosis incorrectas, o en intervalos incorrectos, olvidar de tomar una o más dosis e incluso, interrumpir el tratamiento antes de tiempo. Se deben tener en cuenta los factores socioeconómicos y psicológicos, que la mayoría de las veces interfieren grandemente y no se les da la importancia que realmente ameritan.⁶ Los estudios han mostrado en forma reiterada, que la mayor escolaridad contribuye a mayores ingresos en el trabajo, mejor cuidado de salud y mejor crianza de los hijos, entre otros.³⁰ En relación con el comportamiento de la demanda de servicios de la población se encontró que los residentes de la zona urbana y los de mayor nivel socioeconómico y/o escolaridad, presentan un mayor interés por mantener conductas preventivas frente a su salud.²⁹

El régimen terapéutico constituye otra de las determinantes para el establecimiento de una adecuada adherencia terapéutica. Entre las características o aspectos que ejercen una mayor influencia tenemos: la complejidad, la dosificación y los efectos secundarios de los tratamientos. Mientras más complejo sea un tratamiento (si exige cambios en las actividades habituales de la vida cotidiana, varios medicamentos, diversos horarios), más dificultades proporcionará para las respuestas de adherencia del paciente. Cuatro estudios realizados sobre la dosificación, duración y efectos secundarios de los tratamientos y su relación con la conducta de cumplimiento, arrojaron que

los regímenes de medicación con monodosis dan lugar a mejores tasas de adherencia que los regímenes multidosis.¹⁰

En la adherencia terapéutica existen varios factores personales que influyen considerablemente, entre los que se mencionan: las creencias, las actitudes, las atribuciones, la representación mental de la enfermedad y el apoyo social.^{6, 8, 9, 10, 13, 14}

Estos factores psicosociales son mencionados en el artículo publicado en la revista Cubana de Salud Pública 2007 los cuales se relacionan, con las creencias del paciente asociadas a la percepción de severidad de la enfermedad, a la estimación de su propio riesgo de enfermarse o vulnerabilidad percibida, por otro lado, la creencia de la persona de ser capaz de ejecutar la respuesta necesaria y, por último la creencia de que la respuesta será más eficaz que los costos ocasionados por la conducta al igual que la implicación personal y la participación activa y voluntaria del paciente en el cumplimiento a partir de un conjunto de predisposiciones personales como son, ser disciplinado, el esfuerzo voluntario, el interés, la organización de la persona, la disposición de cumplimiento así la capacidad de autocontrol personal.^{6, 8, 9, 10, 13, 14}

Los pacientes que se adhieren al tratamiento consideraron como importantes aspectos institucionales, entre estos se destacó el hecho de que hay medicinas en la farmacia. Además consideraron que incide en el cumplimiento del tratamiento la relación positiva con su médico y enfermera, la adecuada comunicación con el profesional de la salud, tenían una buena valoración del trato y la atención recibida y destacaron como importante la garantía de asistencia médica cuando la necesiten.^{6, 8, 9, 10, 13, 14}

En otro estudio realizado por parte de la facultad de Psicología y la universidad autónoma de Madrid en donde se trató de identificar cuáles son los factores moduladores de la adherencia farmacológica en hipertensión arterial. La muestra del estudio se compuso de 104 pacientes menores de 75 años diagnosticados de Hipertensión Arterial. Los pacientes procedían de dos ámbitos sanitarios diferentes: 59 pacientes pertenecen al ámbito de la atención primaria y son seleccionados para el estudio a través del centro de la tercera edad del distrito de Usera en Madrid a partir del archivo médico de los pacientes registrados en el centro, recibiendo todos ellos tratamiento ambulatorio en centros de atención primaria de la zona; los 45 pacientes restantes son tratados de forma ambulatoria en la unidad de hipertensión, siendo reclutados en el Hospital 12 de Octubre de Madrid. La muestra procedente de atención primaria presenta las siguientes características: la edad media es de 63 años y 7 meses, con un rango entre 56 y 70 años. La duración media del trastorno es de 6 años y 10 meses. Un 69.5 % de los pacientes tienen establecido un régimen monodosis de tratamiento antihipertensivo y un 54.2 % de la muestra presenta un control arterial óptimo. Por otro lado, los pacientes procedentes de la unidad de hipertensión presentaron una edad media de 55 años y 5 meses, con valores comprendidos entre los 31 y 74 años; la duración media del trastorno es de 13 años y 8 meses. Sólo un 13.3% de los pacientes tienen establecido un régimen monodosis de tratamiento antihipertensivo y un 51.1% de la muestra presenta un control arterial óptimo. Las variables utilizadas en este estudio exploratorio han sido las siguientes:

- 1) Datos demográficos de cada paciente: sexo, edad y estado civil.
- 2) Tipo de tratamiento, fármaco, dosis y horario de tomas.
- 3) Cifras de tensión arterial. Se recogen los tres últimos registros que el paciente ha realizado previos a la toma de datos.
- 4) Adherencia farmacológica. Para la recogida de información se ha utilizado un auto informe diseñado específicamente para el estudio, con el cual cada paciente se autoevalúa su nivel de observancia farmacológica. Se recogen tres medidas:
 - a) adhesión en los tres últimos días
 - b) adhesión en general, y c) adhesión al horario.
- 5) Factores moduladores de la adherencia en el tratamiento. Para la recogida de información se diseñó un listado de variables que según los estudios revisados desarrollan un papel fundamental en el mantenimiento o ausencia de adherencia.

- 1) Variables de interacción médico-paciente.
- 2) Variables del régimen terapéutico.
- 3) Variables de la enfermedad: sintomatología.
- 4) Variables del paciente: a) olvido; b) expectativas de resultado (juicios individuales sobre las consecuencias del consumo de fármacos); c) amenaza percibida (amenaza que la persona cree que representa para ella la enfermedad), y d) actitud negativa hacia el consumo de fármacos.

Los resultados sobre adherencia farmacológica mostraron que en atención primaria un 89.8% de la muestra refiere haber consumido correctamente la medicación prescrita los tres días previos a la evaluación, frente al 100% de los pacientes con tratamiento ambulatorio en el ámbito hospitalario. En atención primaria un 38.6% de la muestra ha dejado en alguna ocasión de tomar la medicación antihipertensiva, mientras que en la muestra hospitalaria un 24.4% de los pacientes informan haber dejado de tomar la medicación en alguna ocasión. Con relación a la adherencia farmacológica en el horario de toma de medicación se observa que en atención primaria un 36.8% de la muestra no cumple correctamente el horario de toma de la medicación antihipertensiva, mientras que en la muestra hospitalaria un 48.9% de los pacientes no siguen correctamente el horario recomendado por su médico. Con respecto a las variables relacionadas con la falta de adherencia farmacológica, de acuerdo al auto informe de los propios sujetos, se observan los siguientes resultados. Dentro de los pacientes de atención primaria las causas reportadas sobre la falta de adherencia han sido, por ese orden, olvido (47.5%), falta de síntomas (20.3%), vacaciones (15.8%), estado de salud percibido aceptable (6.8%), pereza en obtener el fármaco (6.8%), falta de amenaza por la enfermedad (10.2%) y actitud negativa en la toma de fármacos (5.2%), mientras que en los pacientes de la unidad de hipertensión destaca la aparición de efectos secundarios (31.1%), olvido (24.4%), pereza en obtener el fármaco (15.6%), actitud negativa hacia el consumo de fármacos (15.2%), vacaciones (13%), baja expectativa en el resultado de la medicación (11.1%) y falta de amenaza por la enfermedad (6.7%).

II. Planteamiento del Problema

En la actualidad la Hipertensión Arterial Sistémica es una de las enfermedades crónicas degenerativas, que se ha ido incrementando en las últimas décadas. Esto de acuerdo a la modernidad de las sociedades. Esta enfermedad tiene una marcada relación de acuerdo a factores de predisposición genéticohereditarios, de alimentación, la edad, actividad física, factores económicos, sociales, culturales y ambientales. Debido al aumento del número de paciente hipertensos, estos han sido plenamente identificados en la literatura; en la práctica médica han aumentado el número de pacientes hipertensos y con ello la demanda de la atención médica para dicha enfermedad, saturando así el servicio de la consulta, en donde el tiempo es insuficiente para llevar un buen seguimiento de cada paciente y por consiguiente un adecuado control de la enfermedad. Lo cual a futuro se manifestara con la aparición de complicaciones y secuelas secundarias a la hipertensión lo que implica un mayor número de demanda de consulta, prolongando los tratamientos y generando gastos tanto para su familia, como para las instituciones. En la práctica médica se ha observado que los pacientes que acuden a consulta médica para el seguimiento y manejo de su Hipertensión Arterial no cuentan con un consultorio asignado por lo tanto con un médico familiar que lo conozca y que se haga responsable de sus enfermedades, y que les proporcione un seguimiento a su padecimiento y por consiguiente existe una falta del involucramiento del médico en turno hacia sus pacientes, una deficiente relación médico paciente, esto condicionaría probablemente una inadecuada adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial, si le agregamos a nivel Institucional, la sobredemanda provocaría disminución de medicamentos, la ausencia de los mismos obligue a algunos pacientes a comprarlos y por lo tanto estar controlados, sin embargo, otros pacientes debido los precios elevados, no están en posibilidad de comprarlos, hay otros factores que involucran al paciente, por ejemplo; los que llegan a trasgredir el horario de las tomas, ya sea por olvido o por la presencia de efectos secundarios del medicamento, existen también creencias distorsionadas sobre la enfermedad y su manejo, también influyen las relaciones intrafamiliares y /o el apoyo que reciban de la familia para el control de la Hipertensión Arterial, es por ello de sumo interés conocer cuáles son los factores que influyen o contribuyen para que se lleve a cabo dicha adherencia al tratamiento y por lo tanto un buen control de la misma por lo que nos hacemos la siguiente pregunta ¿Cuáles son los factores personales, familiares, institucionales, del médico o relacionados a los medicamentos que contribuyen en la adherencia y no adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso de la clínica Dr. "Ignacio Chávez" del ISSSTE en el periodo del 15 de marzo del 2011 al 30 de Abril del 2011.

III. Justificación del problema

Cinco de las 10 principales amenazas mundiales guardan relación con enfermedades no transmisibles, como la Hipertensión Arterial, En el mundo de hoy la mayoría de las muertes se deben a enfermedades no transmisibles (32 millones), y de éstas más de la mitad (16,7 millones) son imputables a las enfermedades cerebrovasculares; secundarias a la hipertensión arterial, más de una tercera parte de esas defunciones se dan en adultos de mediana edad. En los países desarrollados, las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares constituyen la primera y la segunda causa de defunción más importante entre los hombres y las mujeres. En algunos países en desarrollo las enfermedades cerebrovasculares también han pasado a representar, respectivamente, la primera y la segunda causa principal de defunción y son responsables de una tercera parte de la carga total de mortalidad.²⁰ En México en el año 2008 las enfermedades isquémicas del corazón ocuparon el segundo lugar y la enfermedad cerebrovascular ocupó el tercero de la mortalidad general según la Secretaria de salud. Por entidad federativa en el D.F las enfermedades isquémicas del corazón ocuparon el primer lugar de mortalidad y las enfermedades cerebrovasculares el cuarto.²¹

La Hipertensión Arterial Sistémica es uno de los principales problemas de salud pública, a nivel mundial, afecta a un billón de personas, ² y actualmente incrementa la morbilidad y mortalidad. La prevalencia de esta enfermedad en México se estima en más de 15 millones de hipertensos entre los 20 y 69 años de edad, más de la mitad de la población portadora lo ignora, de los ya diagnosticados, menos del 50% toma medicamento y de éstos el 20% está controlado¹¹.

La Encuesta Nacional de Salud del 2000, mostró que el 61% de los hipertensos desconocen ser portadores, en general el paciente acude al médico tardíamente cuando en la mayoría de los casos hay daño a órgano blanco. ^{5, 19}

Desde el punto de vista social cada año en el país se invierte gran parte del capital económico para el control y manejo de la Hipertensión Arterial Sistémica, generando grandes gastos para las instituciones de salud, debido a que no se lleva un seguimiento adecuado de los pacientes hipertensos y prolongando innecesariamente los tratamientos, presentando recaídas que podrían evitarse, al igual que el gasto que se genera para los pacientes y sus familias.

La clínica Dr. "Ignacio Chávez" del ISSSTE cuenta con un universo de pacientes hipertensos, por tanto es importante determinar los factores personales, familiares, institucionales o relacionados al medico y a los medicamentos que contribuyen a la adherencia y no adherencia al tratamiento, así como los beneficios del control de su enfermedad y del cumplimiento del mismo. Tratando de reducir los gastos que se generan, siendo posible la realización de este estudio en cuanto a tiempo, material y costo, contando con el apoyo de las autoridades del instituto, al igual que de la población de pacientes hipertensos derechohabientes a la unidad.

IV. Objetivos

4.1. Objetivo General

Identificar los factores que contribuyen en la adherencia y no adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso en la Clínica de Medicina Familiar Dr. "Ignacio Chávez" del ISSSTE del 15 de Marzo del 2011 al 30 de Abril del 2011

4.2. Objetivos específicos

- 1.- Clasificar a los pacientes hipertensos en grupo A controlados y grupo B descontrolados en base a la revisión del expediente clínico según la Norma Oficial Mexicana.
- 2.- Identificar los factores sociodemográficos del paciente como edad, sexo, estado civil, escolaridad y ocupación.
- 3.- Identificar la adherencia y no adherencia al tratamiento mediante la prueba de Morisky-Green.
- 4.- Identificar el conocimiento de la enfermedad por parte del paciente, mediante el Test de Batalla.
- 5.- Clasificar los factores Individuales, familiares, relacionados a los medicamentos y del médico o institucionales que participan en la adherencia y no adherencia al tratamiento, según la percepción del paciente.
- 6.- Registrar si el paciente conoce el nombre del tratamiento farmacológico que toma, al igual que la dosis, los miligramos y el horario.
- 7.- Registrar la frecuencia de las consultas del paciente.
- 8.- Identificar la disponibilidad del medicamento cuando acude a consulta.
- 9.- Conocer la opinión del derechohabiente con respecto a su relación médico paciente.
- 10.- Identificar la asociación de adherencia y no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes controlados y pacientes descontrolados.
- 11.- Asociar el conocimiento sobre la hipertensión (Test de Batalla) con pacientes controlados y descontrolados.
- 12.- Asociar adherencia y no adherencia al tratamiento con nivel de escolaridad.

Hipótesis (No necesaria en estudios descriptivos)

V. Metodología

5.1 Tipo de estudio

Descriptivo, Transversal, Retrospectivo Parcial, Cualicuantitativo

5.2 Población, lugar y tiempo de estudio

Pacientes derechohabientes de la unidad Dr. "Ignacio Chávez" del ISSSTE, los cuales refieran tener el diagnóstico establecido de Hipertensión Arterial Sistémica, la cual cuenta con una población aproximada de 2651 pacientes hipertensos, ubicada en la colonia Alianza Popular Revolucionara en la Delegación Coyoacán del Distrito federal, durante el periodo del 15 de Marzo del 2011 al 30 de Abril del 2011.

5.3 Tipo y tamaño de la muestra

No probabilística, por conveniencia

5.4 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de Inclusión

- 1.-Pacientes Hipertensos usuarios de la Unidad de Medicina Familiar Dr. "Ignacio Chávez" del ISSSTE
- 2.-Que deseen participar en el estudio de manera voluntaria
- 3.-Que sepan leer y escribir, sin discapacidad
- 4.-Que trabajen en grupo proporcionando su opinión desde su perspectiva y contesten la encuesta.

Criterios de Exclusión

1. Pacientes los cuales no sean derechohabientes a la unidad
2. Pacientes con Hipertensión Arterial Secundaria
3. Pacientes con diagnóstico de otra enfermedad crónica (diabetes, insuficiencia renal, Hiperaldosteronismo, Acromegalia, Síndrome de Cushing, Hipertiroidismo, etc.)
4. Pacientes con diagnóstico de una enfermedad psiquiátrica y trastornos mentales

Criterios de eliminación

1. Cuestionarios incompletos
2. Que las preguntas tengan más de dos respuestas (mal requisitados)
3. Entrevistas semiestructuradas con respuestas sin contestar.
4. Pacientes que cuenten con expedientes clínicos incompletos para el diagnóstico de Hipertensión Arterial

5. Opiniones y preguntas con respecto a otros temas que no sean de interés en la dinámica de grupo
6. Temas que despierten polémica en el grupo y fomente la inadecuada dinámica de grupo.

5.5 Variables a recolectar: Tipo y escala de medición

Nombre de Variable	Definición		Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable
	Conceptual	Operativa			
FICHA DE IDENTIFICACION					

CONTROL Y DESCONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA					
VALORACION DE LA HIPERTENSION ARTERIAL	Procedimiento para calcular las cifras detectadas en el paciente, sobre el padecimiento	Asignación de una categoría de acuerdo al valor de referencia para la enfermedad	Cualitativa	Nominal	1=Control 2=Descontrol
EDAD	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo a la fecha	Expresión en números arábigos del número de años cumplidos desde el nacimiento a la fecha de realización del estudio	Cuantitativa	Discontinua	Números Enteros
SEXO	Condición orgánica que distingue el macho de la hembra y les asigna una función específica en la generación	Características físicas que determinan a un ser humano en hombre o mujer	Cualitativa	Nominal	1=Femenino 2=Masculino
ESTADO CIVIL	La situación jurídica concreta que posee un individuo con respecto a la familia, el Estado o Nación a la que pertenece y que le da derechos y obligaciones civiles	Condición de una persona en relación a sus derechos y obligaciones civiles; casado, soltero, divorciado, separado, unión libre.	Cualitativa	Nominal	1=casado 2=soltero 3=divorciado 4=viudo 5=separado 6=unión libre

ESCOLARIDAD	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Grado de estudios de una persona en un centro de enseñanza. Primaria, Secundaria Técnicos, Preparatoria, licenciatura, Posgrado.	Cualitativa	Ordinal	0=Analfabetas 1= Sabe leer y escribir. 2= Primaria 3= Secundaria 4= Técnicos 5= Preparatoria 6=Licenciatura 7= Posgrado 8= otros
OCUPACIÓN	Empleo u oficio que desempeña una persona en el ejercicio de un trabajo determinado	Empleo u Oficio	Cualitativa	Nominal	1= Campesino 2= Obrero 3= Comerciante 4=Empleado Técnico 5= Profesionista

FACTORES PERSONALES: PRUEBA DE MORISKY-GREEN

APEGO TERAPÉUTICO AL TRATAMIENTO.	Interés y participación del paciente de forma racional en las recomendaciones dadas por el profesional de la salud para tratar su enfermedad.	¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos?	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No
		¿Toma los medicamentos a la hora indicada?	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No
		Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No
		Si alguna vez le sienta mal, el medicamento de la presión arterial ¿deja usted de tomarlo?	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No

Prueba de Morisky-Green: Se asigna un 1 a las respuestas contestadas de forma correcta considerándose como adherente el rango de puntuación posible que va de 0 a 4. Los pacientes con puntuación de 4 puntos, presentan mayor adherencia a las terapias con medicación prescrita y son considerados adherentes al tratamiento y los pacientes son considerados no adherentes, cuando obtengan 3 puntos o menos.

TEST DE BATALLA

CONOCIMIENTO DEL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD	Entendimiento y noción del enfermo con respecto a su padecimiento	¿Es la hipertensión arterial una enfermedad para toda la vida?	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No
		¿Se puede controlar con dieta y medicación?	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No
		Cite 2 o más órganos que se vean afectados por la elevación de las cifras de tensión arterial.	Cualitativa	Ordinal	1=Cerebro 2=Ojos 3=Corazón 4=Riñones 5=No sé

Test de Batalla: Valora del nivel de conocimientos que tiene el paciente sobre su enfermedad, se considera no conocedor sobre su padecimiento, si falla alguna respuesta y el tener conocimiento sobre su enfermedad, si responde correctamente las 3 preguntas.

FACTORES INSTITUCIONALES

CONSULTORIO ASIGNADO	Establecimiento fijo en el que el médico atiende a sus pacientes	¿Sabe cuál es el consultorio que usted tiene asignado para su atención?	Cualitativa	Ordinal	1=siempre 2= Regularmente 3=Algunas veces 4= Nunca
MEDICO FAMILIAR	Profesional de la salud que asiste generalmente a una familia.	¿Sabe el nombre de su médico familiar asignado?	Cualitativa	Ordinal	1=siempre 2= Regularmente 3=Algunas veces 4= Nunca
ATENCION MEDICO FAMILIAR	Servicio e interés que proporciona el profesional de la salud a una familia	¿Con qué frecuencia le atiende el mismo médico familiar?	Cualitativa	Ordinal	1=siempre 2= Regularmente 3=Algunas veces 4= Nunca
INDICACIONES DEL MEDICO FAMILIAR	Explicación mediante indicios y señales del profesional que practica una disciplina medica,	¿Considera usted que las indicaciones de su médico le han ayudado al control de su enfermedad?	Cualitativa	Ordinal	1=siempre 2= Regularmente 3=Algunas veces 4= Nunca

CONSULTA INSTITUCIONAL	Asesoría con respecto a la orientación proporcionada por la institución.	¿Usted considera que la institución, le facilita la obtención de la consulta?	Cualitativa	Ordinal	1=siempre 2= Regularmente 3=Algunas veces 4= Nunca
EXISTENCIA DE MEDICAMENTOS EN FARMACIA	Permanencia en el establecimiento de los fármacos con fin terapéutico,	¿Cuando acude a farmacia de la clínica encuentra el medicamento que le recetan?	Cualitativa	Ordinal	1=siempre 2= Regularmente 3=Algunas veces 4= Nunca

RELACION MEDICO PACIENTE

RELACIÓN MÉDICO PACIENTE	Relación interpersonal con connotaciones éticas, medicas, con respectos a temas de salud.	En su opinión la relación con su médico familiar es buena	Cualitativa	Ordinal	1=siempre 2=Regularmente 3=Algunas veces 4= Nunca
---------------------------------	---	---	-------------	---------	--

FACTORES PERSONALES

CREENCIAS EN SALUD	Aceptación y fe de la eficacia de la medicina	¿Usted sabe que se encuentra enfermo y considera que debe seguir su tratamiento?	Cualitativa	Ordinal	1=siempre 2= Regularmente 3=Algunas veces 4= Nunca
CONTINUIDAD DE LA CONSULTA POR EL MEDICO FAMILIAR	Seguimiento de la asesoría con respecto a la orientación proporcionada por el profesional de la salud	¿Acude a consulta con el médico familiar mensualmente?	Cualitativa	Ordinal	1=siempre 2= Regularmente 3=Algunas veces 4= Nunca
APOYO FAMILIAR	Proporcionar protección por parte de la familia a uno de sus integrantes.	¿Su familia contribuye para que usted lleve acabo el tratamiento de su Hipertensión (presión arterial alta)?	Cualitativa	Ordinal	1=siempre 2= Regularmente 3=Algunas veces 4= Nunca

CONOCIMIENTO SOBRE LOS MEDICAMENTOS DE LA HIPERTENSION ARTERIAL	Comprensión teórica o práctica con respecto los fármacos con fin terapéutico, en el padecimiento.	¿Sabe que medicamentos toma para el control de la presión arterial alta? diga la dosis, los mg y el horario	Cualitativa	Ordinal	1=Nombre, Mg y Horario 2=Nombre 3=Nombre y Mg 4=Nombre y Horario 5=Desconoce
--	---	---	-------------	---------	---

5.6 Método de recolección de Datos

En el presente estudio, previo a la realización del mismo, se solicitó el permiso de las autoridades de la clínica, al igual que del departamento de archivo, para la realización del estudio y detección de los pacientes, llevándose a cabo la identificación de los pacientes hipertensos controlados y descontrolados, detectándose a través de las hojas de la consulta diaria en los meses de Diciembre 2010, Enero a Abril del 2011, siendo pacientes hipertensos sin alguna otra patología agregada, posteriormente se prosiguió con la revisión del expediente clínico de cada paciente y se clasificó de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana, como pacientes hipertensos controlados y descontrolados, posteriormente se les realizó una invitación vía telefónica a los pacientes tanto controlados como descontrolados, para que asistieran a las sesiones que se llevaron a cabo en el aula principal de la clínica Dr. "Ignacio Chávez" del ISSSTE. El día 29 de Marzo del 2011 se realizó una prueba piloto en la cual participaron 6 pacientes de los cuales 2 fueron hombres y 4 mujeres descontrolados, el programa inicial se continuó en las siguientes sesiones las cuales se realizaron los días 05 de Abril del 2011, 12 de Abril del 2011 y 19 de Abril del 2011, con una duración aproximada de 2 horas y media, el programa fue el siguiente, se inició con la presentación de todos los participantes en cada una de las sesiones, prosiguiendo con el llenado de los cuestionarios semiestructurados, se repartió un cuestionario a cada paciente en donde se les pidió que contestaran de manera individual su propio cuestionario, continuando con el trabajo en grupo que consistió en la identificación desde la perspectiva del paciente de los factores que consideraban que habían influido en el control o descontrol de su padecimiento, estos factores se agruparían por parte nuestra como personales, familiares, relacionados a los medicamentos e institucionales o del médico, cada grupo eligió a un representante, el cual comentó al grupo en general sobre cuáles consideraban habían sido los factores que cada grupo creía le habían ayudado a su control o participado en el descontrol del padecimiento y posteriormente se les dio una sesión sobre el tema de Hipertensión Arterial sistémica en donde se abordó la definición, epidemiología, factores predisponentes, cuadro clínico, tratamiento, técnica sobre la toma correcta de la Tensión Arterial y medidas preventivas para el padecimiento. Una vez aplicadas las encuestas se recolectaron los instrumentos requisitados, se revisaron en su integridad, ordenándose por folio, posteriormente se diseñó una base de datos en SPSS 15 (Statistical Package for the Social Sciences) para la captura de la información obtenida.

5.7 Manejo Estadístico de las variables

Se utilizó estadística descriptiva a través de tablas de frecuencia, medidas de tendencia central como media o promedio aritmético y mediana, así como medidas de dispersión como desviación estándar, en aquellas variables con nivel de medición escalar. Al igual que la utilización de las pruebas de Phi, V de Cramer, prueba de Coeficiente de Confiabilidad y prueba de correlación de Spearman, para realizar la asociación de las variables adherencia y no adherencia al tratamiento antihipertensivo, en pacientes controlados y descontrolados, al igual que la asociación del conocimiento sobre la hipertensión con pacientes controlados y asociación de la adherencia y no adherencia al tratamiento con el nivel de escolaridad.

Para conocer la adherencia y no adherencia al tratamiento al igual que el conocimiento del padecimiento por parte del paciente, se utilizó la prueba de Morisky-Green y Test de Batalla, se relacionaron las respuestas de cada paciente agrupándolas de acuerdo a los factores tanto personales o individuales, familiares, relacionados a los medicamentos y del médico o institucionales que participan en la adherencia o no adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso. Todo el análisis estadístico se realizó con el programa SPSS en su versión 15.

5.8 Consideraciones Éticas

El llenado del cuestionario se realizó de forma voluntaria, la información obtenida se maneja de forma confidencial.

5.8.a Ley General de Salud en México con Respecto a los Estudios en Humanos

En el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud determina los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud; debiendo atender aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación.

El artículo 13 manifiesta que en toda investigación en la que el ser humano sea objeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

En el artículo 14; propone en su punto 5to. y 6to. Que se contara en cada estudio con un consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación.

Las investigaciones son sin riesgo cuando los estudios empleen técnicas y métodos de investigación: documentales retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención que modifique intencionalmente las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio: entre los que se consideran cuestionarios, entrevistas y revisión de expedientes clínicos.

Artículo 113; la conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal, quien deberá ser un profesional de la salud y tener la formación académica y experiencia adecuada para la dirección del trabajo a realizar. ²²

5.8.b Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial

En su punto número 1 manifiesta que es una propuesta de principios éticos que sirve para orientar a los médicos y a otras personas que realicen investigaciones medicas en seres humanos.

En sus puntos 10 y 15, hace referencia que en la investigación medica es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

En su punto 21 y 22, manifiesta que debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación su integridad y la intimidad de los individuos.

Las personas deben ser informadas del derecho o no de participar en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias.

En el punto 27, manifiesta que deberán publicarse los resultados de su investigación, manteniendo la exactitud de los datos y resultados, teniendo que publicar los resultados positivos y negativos, citando las fuentes de financiamiento.²³

VI. Resultados

6.1 Descripción de resultados

Los resultados de la presente investigación buscan identificar los factores que contribuyen en el control y descontrol de la hipertensión arterial sistémica, la adherencia y no adherencia al tratamiento, así como conocimiento sobre la enfermedad.

En este estudio el grupo A estuvo integrado por 47 pacientes controlados conformado por 15 hombres y 32 mujeres correspondiente al 52.80% y el grupo B por 42 pacientes descontrolados; 14 hombres y 28 mujeres correspondiente al 47.19%, dando un total de 89 pacientes (100%), ver la gráfica 1, se encontró que la edad media de la población estudiada fue de 61.58 con un mínimo de 38 años y un máximo de 86 años, con una desviación estándar de 10.51, ver grafica 2. Con respecto a la variable sexo se encontró que el 86.24% son del sexo femenino y el 13.75% del sexo masculino ver gráfica 3, en el estado civil el 56.1 % de la población es primordialmente casada, seguido del 17.97% solteros y también el 17.97% viudos, ver la gráfica 4.

La escolaridad de la población estudiada se encuentra representada en la gráfica 5.El 25.84% tiene escolaridad de secundaria, seguido de un 23.59% de licenciatura y el 19.10% de preparatoria, la ocupación de la población estudiada con el 33.70% de empleado técnico, un 26.96% comerciante y 25.84% profesionista se encuentra representada en la gráfica 6.

De acuerdo al test Morisky-Green el 56.17% de los pacientes tienen un apego al tratamiento de su padecimiento, mientras el 43.82% no lo cumplen ver gráfica 7. El conocimiento de la enfermedad representado por el test de Batalla fue del 76.40% de los pacientes que conocían los hechos más sobresalientes de la Hipertensión Arterial contra un 23.59% que desconocen la enfermedad y los riesgos de la misma, ver gráfica 19.

En el trabajo de grupo los factores identificados por los pacientes controlados y descontrolados que contribuyen en la adherencia y no adherencia al tratamiento del paciente hipertenso, se muestra en la gráfica 21. El número de factores personales que detectaron los pacientes controlados para su adherencia fue un total de 36, mientras los pacientes descontrolados detectaron 18 factores personales de su no adherencia, ver tabla 1 y 2. Dentro de los factores familiares los pacientes controlados identificaron 3 factores que les han ayudado a tener apego al tratamiento y los descontrolados sólo un factor familiar de no adherencia en los factores institucionales o del médico los pacientes controlados identificaron 3 factores que contribuyen a su adherencia y los pacientes descontrolados detectaron 7 factores que han intervenido en su no adherencia al tratamiento de su enfermedad, en los factores relacionados a los medicamentos por parte de los pacientes controlados no se identificó ningún factor, mientras los descontrolados identificaron 1 factor de no adherencia, ver tabla 1 y 2.

En este estudio se encontró que sólo el 41.57% de los pacientes conocen el medicamento que toman, al igual que los miligramos y el horario, el 38.20% sólo conocen el nombre del medicamento y el horario, seguido de un 12.35% de pacientes que desconocen su tratamiento el resultado se muestra en la gráfica 18. La mayoría de los pacientes se saben enfermos y consideran que deben seguir su tratamiento en un 84.26% pero sólo el 60% de los pacientes acuden a consulta de forma mensual, ver gráficas 15 y 16. Una tercera parte respondió que regularmente encuentra el medicamento que le prescriben en la farmacia ver gráfica 13, el 60.67% de los pacientes encuestados consideraron que la relación con su médico es buena, ver gráfica 14.

Se encontró que sólo la mitad de los pacientes conoce cuál es el consultorio que tienen asignado para su atención ver gráfica 8, menos de la mitad el 41.57% de los pacientes saben el nombre de su médico familiar ver gráfica 9, la frecuencia con que a los pacientes les toca ser atendidos por el mismo médico es una tercera parte ver gráfica 10, el 69.66% de los pacientes reconoce que las indicaciones proporcionadas por su médico familiar les han ayudado a mantener el control de su enfermedad ver gráfica 11, pero sólo la tercera parte de los pacientes consideraron que la institución les facilitaba la obtención de la consulta ver gráfica 12, en el estudio sólo el 58.42% de los pacientes determinó que reciben algún tipo de contribución de su familia para el tratamiento de su Hipertensión Arterial, ver gráfica 17.

En la asociación de de la adherencia y no adherencia al tratamiento con el control y descontrol de la enfermedad, la aplicación de la prueba de Phi, prueba de V de Cramer y prueba de coeficiente de confiabilidad, se obtuvo un valor de correlación de .16 y un valor de significancia de .124.

En la asociación del conocimiento en el control y descontrol de la enfermedad, en la aplicación de la prueba Phi, prueba de V de Cramer, prueba de coeficiente de confiabilidad, se obtuvo un valor de correlación de .11 y un valor de significancia de .296 y con la prueba de correlación de Spearman (r_s) un valor de correlación de .11 y un valor de significancia de .301

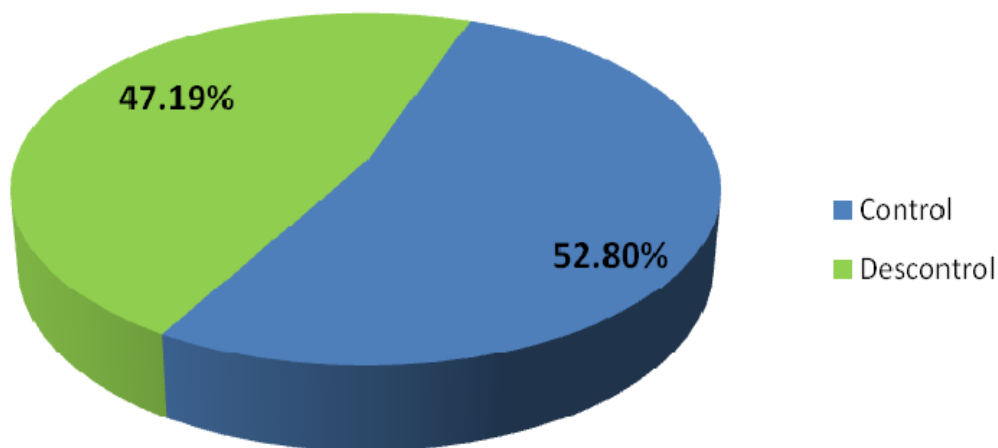
En la asociación de la adherencia y no adherencia al tratamiento con relación al nivel de escolaridad en la aplicación de la prueba de Phi y prueba de V Cramer se obtuvo un valor de correlación de .207 y un valor de significancia de .575, en la prueba de coeficiente de confiabilidad con un valor de

correlación de .203 y un valor de significancia de .575, en la prueba de Spearman (r_s) un valor de correlación de -.102 y un valor de significancia de .345.

Relacionando el apego al tratamiento con la escolaridad se obtuvo que el 56.17% de los pacientes en total tienen apego al tratamiento de su padecimiento, de este porcentaje el 15.73% fue de nivel licenciatura, seguido de un 14.60% de nivel secundaria y un empate del 10.11% con nivel preparatoria y de primaria, por lo tanto los pacientes que tuvieron mayor apego al tratamiento son los de nivel licenciatura, ver grafica 20.

6.2 TABLAS Y GRAFICAS

GRAFICA 1. Control y Descontrol de la enfermedad

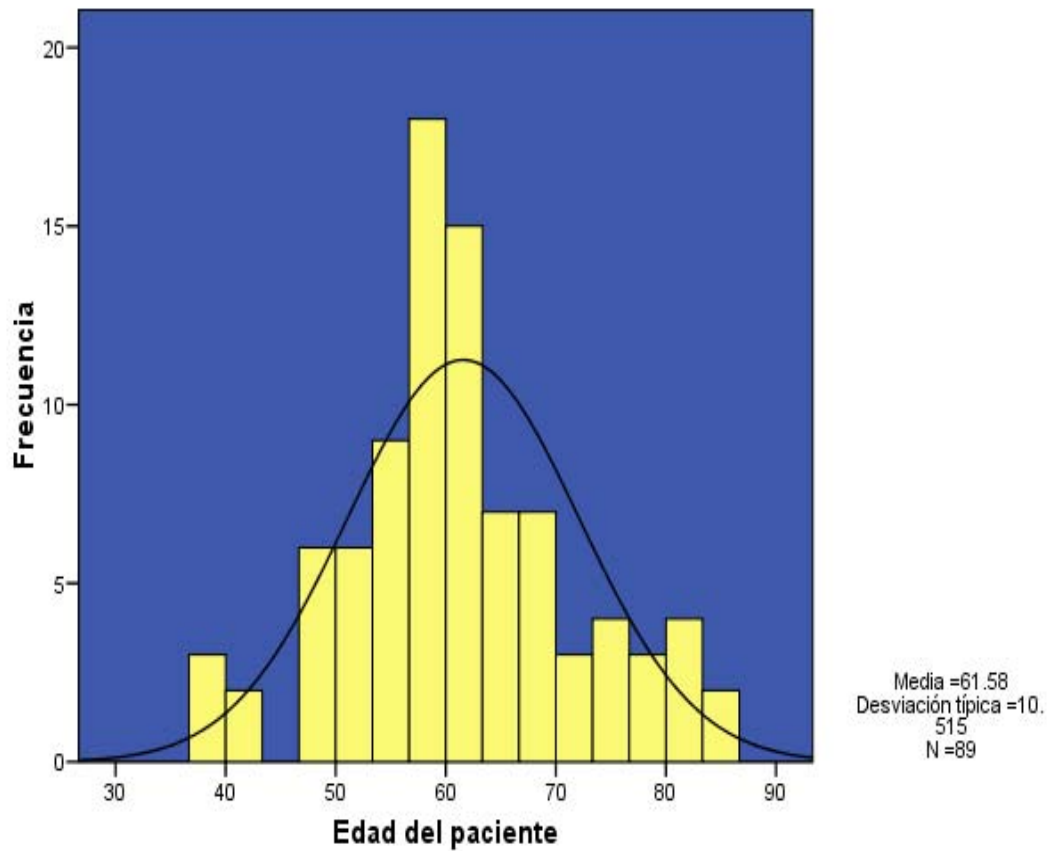


Fuente: Cédula de factores que contribuyen a la adherencia y no adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso, aplicadas en la Clínica del ISSSTE Dr. Ignacio Chávez 2011 México. DF.

GRAFICA 2

EDAD DE LA POBLACION

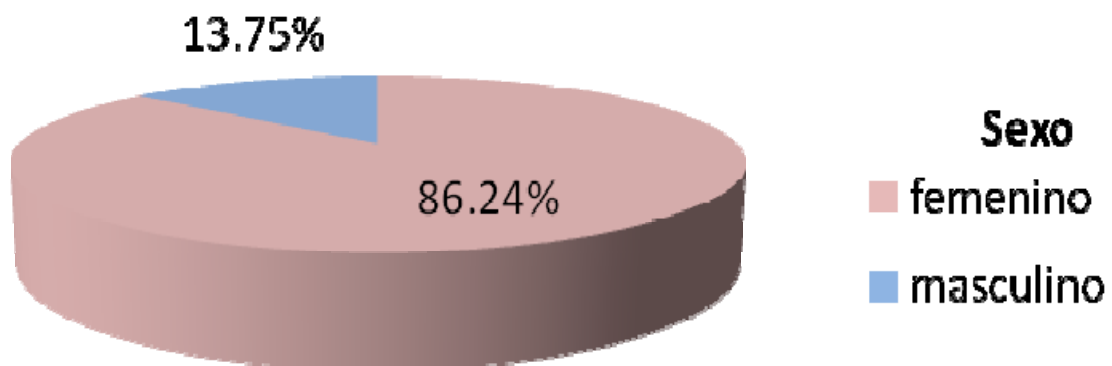
Histograma



Fuente: Cédula de factores que contribuyen en la adherencia y no adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso, aplicadas en la Clínica del ISSSTE Dr. Ignacio Chávez 2011 México. DF.

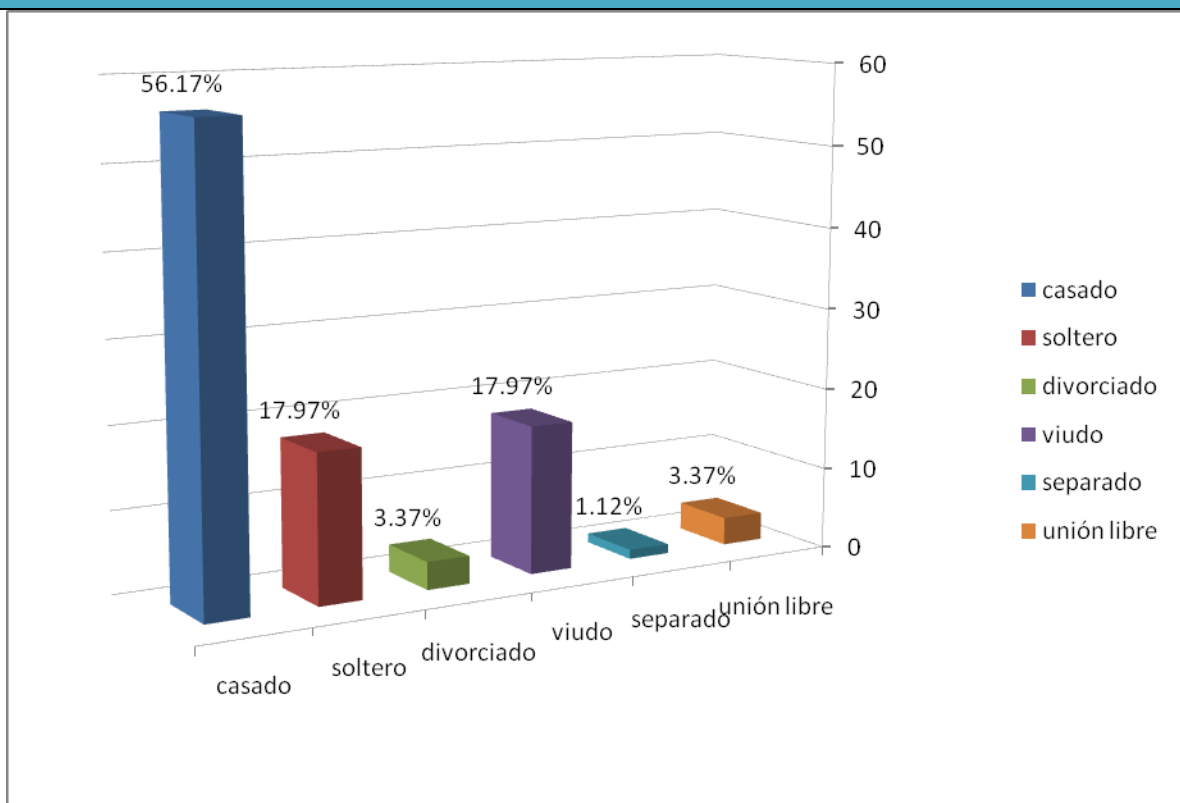
GRAFICA 3

SEXO DE LA POBLACION



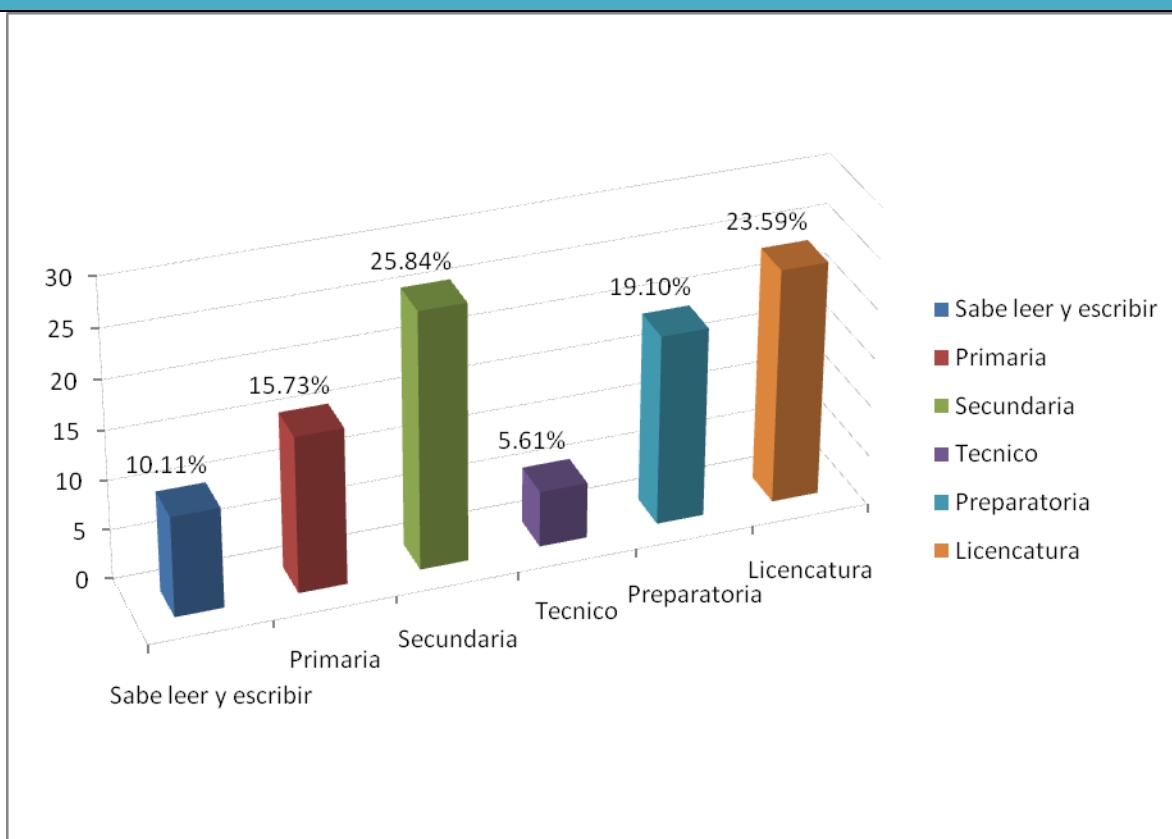
Fuente: Cédula de factores que contribuyen en la adherencia y no adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso, aplicadas en la Clínica del ISSSTE Dr. Ignacio Chávez 2011 México. DF.

GRAFICA 4. EDO CIVIL DE LA POBLACION



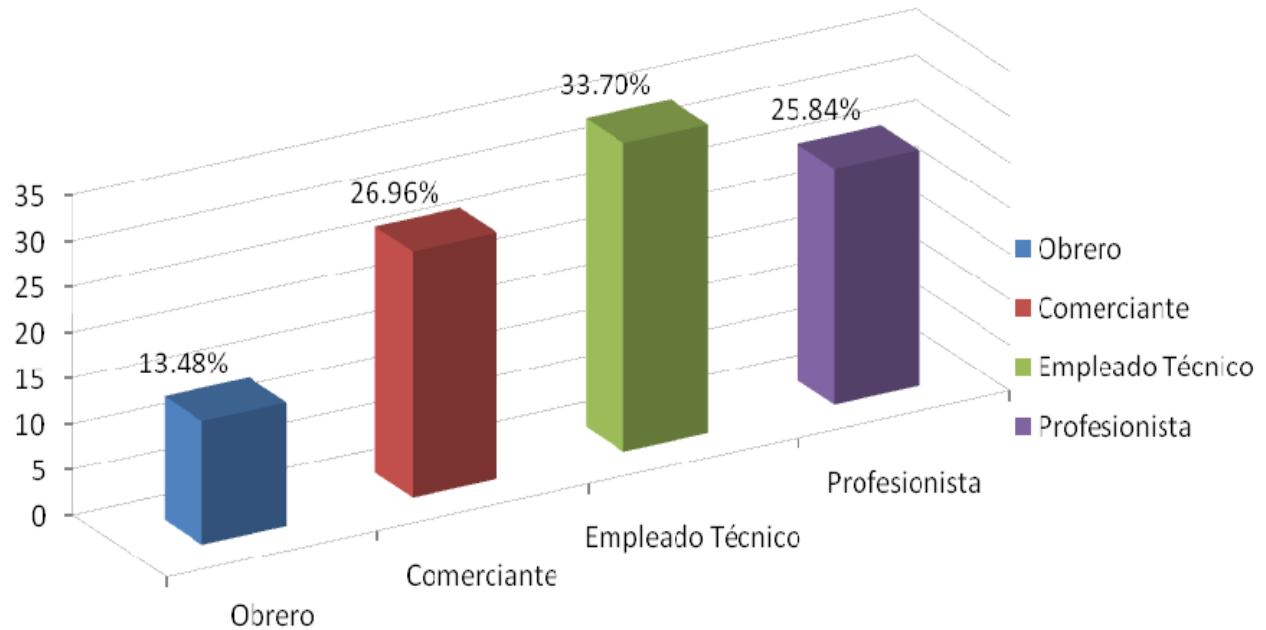
Fuente: Cédula de factores que contribuyen en la adherencia y no adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso, aplicadas en la Clínica del ISSSTE Dr. Ignacio Chávez 2011 México. DF.

GRAFICA 5. ESCOLARIDAD DE LA POBLACION



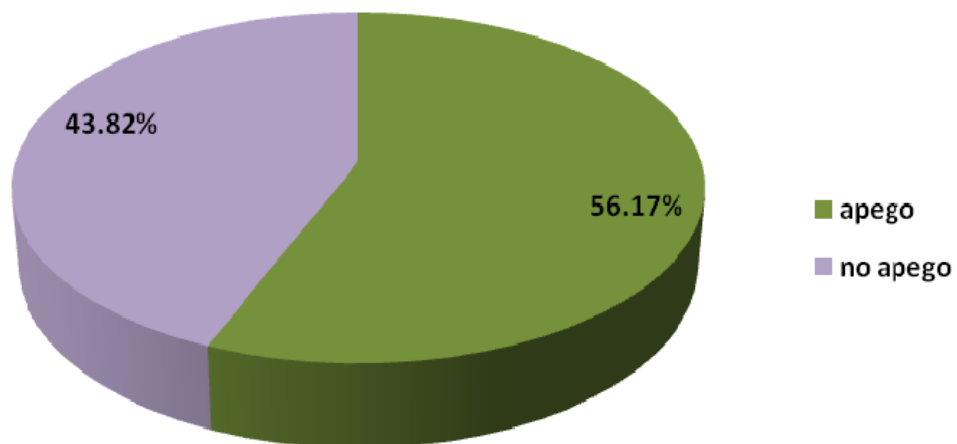
Fuente: Cédula de factores que contribuyen en la adherencia y no adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso, aplicadas en la Clínica del ISSSTE Dr. Ignacio Chávez 2011 México. DF.

GRAFICA 6. OCUPACION DE LA POBLACION



Fuente: Cédula de factores que contribuyen a la adherencia y no adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso, aplicadas en la Clínica del ISSSTE Dr. Ignacio Chávez 2011 México. DF.

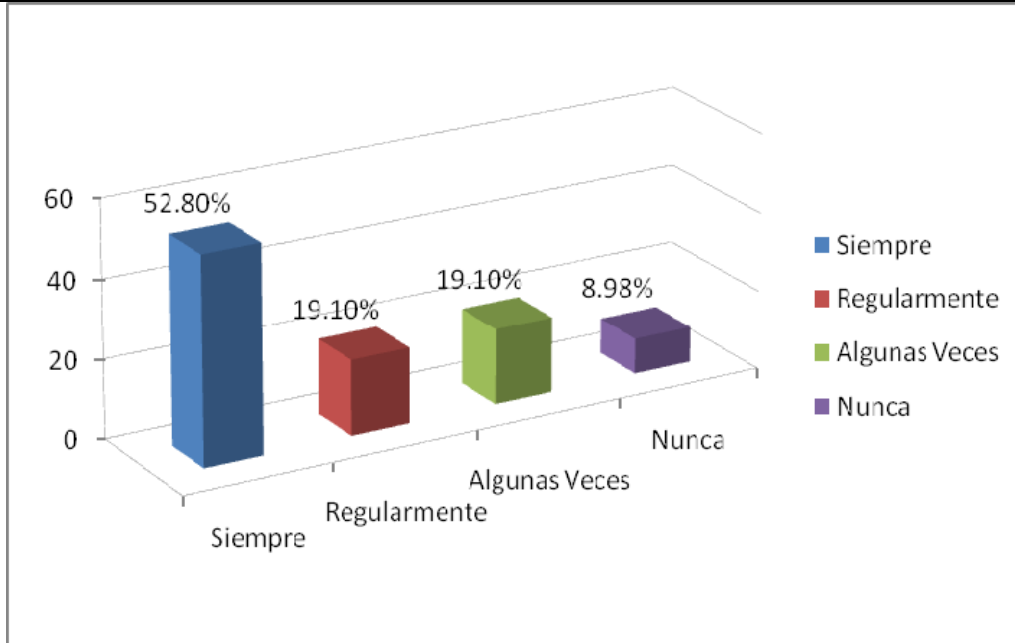
GRAFICA 7. Apego al tratamiento según cuestionario



Fuente: Cédula de factores que contribuyen a la adherencia y no adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso, aplicadas en la Clínica del ISSSTE Dr. Ignacio Chávez 2011 México. DF.

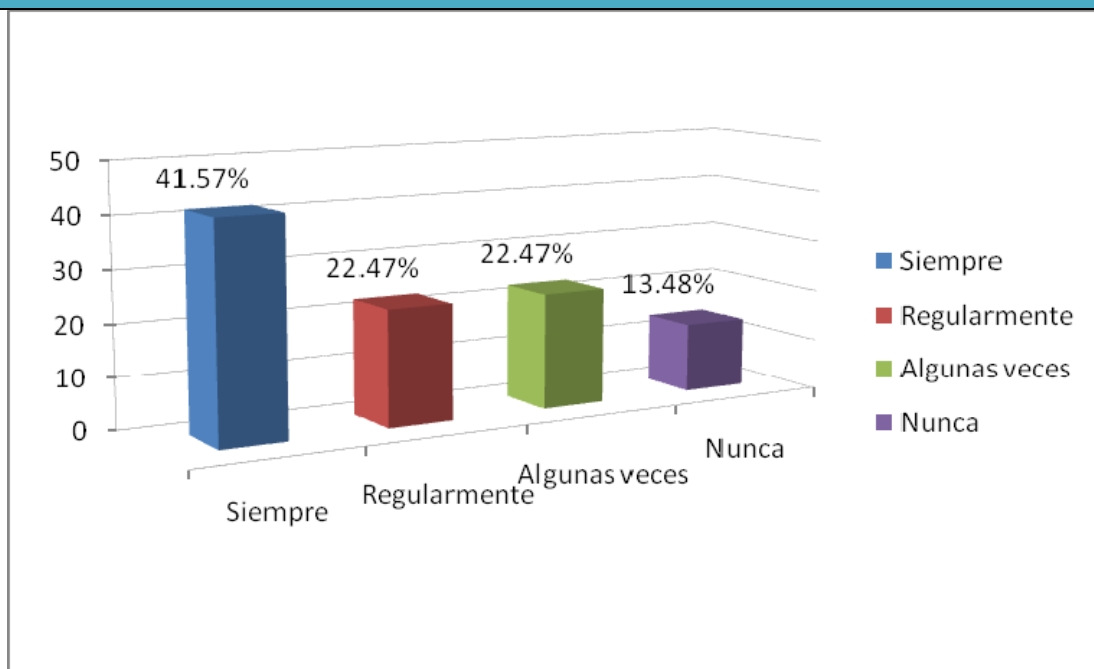
GRAFICA 8

¿Sabe cuál es el consultorio que usted tiene asignado para su atención?



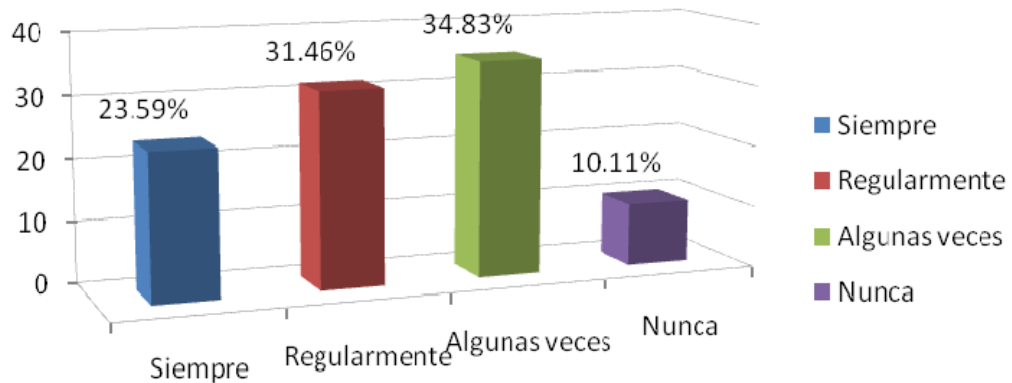
Fuente: Cédula de factores que contribuyen a la adherencia y no adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso, aplicadas en la Clínica del ISSSTE Dr. Ignacio Chávez 2011 México. DF.

GRAFICA 9. ¿Sabe el nombre de su médico familiar asignado?



Fuente: Cédula de factores que contribuyen a la adherencia y no adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso, aplicadas en la Clínica del ISSSTE Dr. Ignacio Chávez 2011 México. DF.

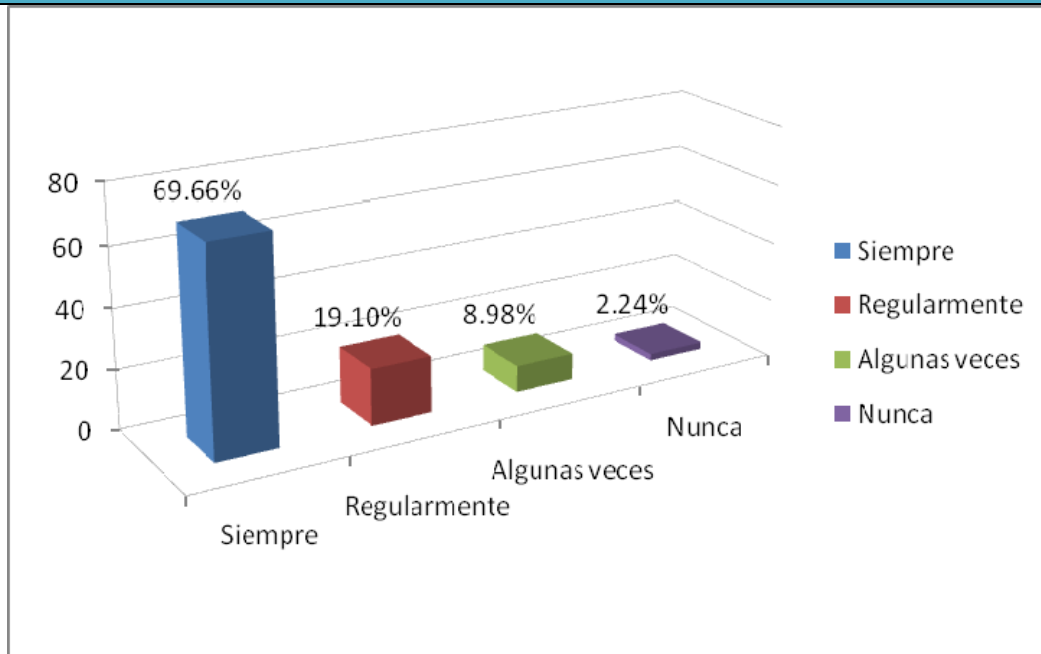
GRAFICA 10. ¿Con que frecuencia le atiende el mismo médico familiar?



Fuente: Cédula de factores que contribuyen a la adherencia y no adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso, aplicadas en la Clínica del ISSSTE Dr. Ignacio Chávez 2011 México. DF.

GRAFICA 11

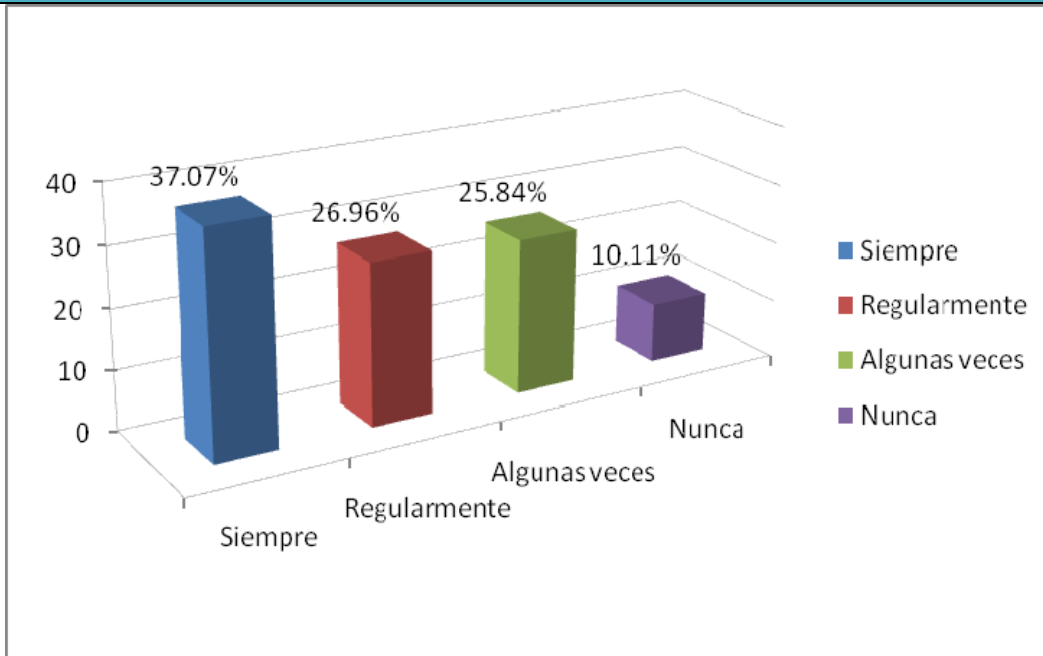
¿Considera usted que las indicaciones de su médico le han ayudado al control de su enfermedad?



Fuente: Cédula de factores que contribuyen a la adherencia y no adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso, aplicadas en la Clínica del ISSSTE Dr. Ignacio Chávez 2011 México. DF.

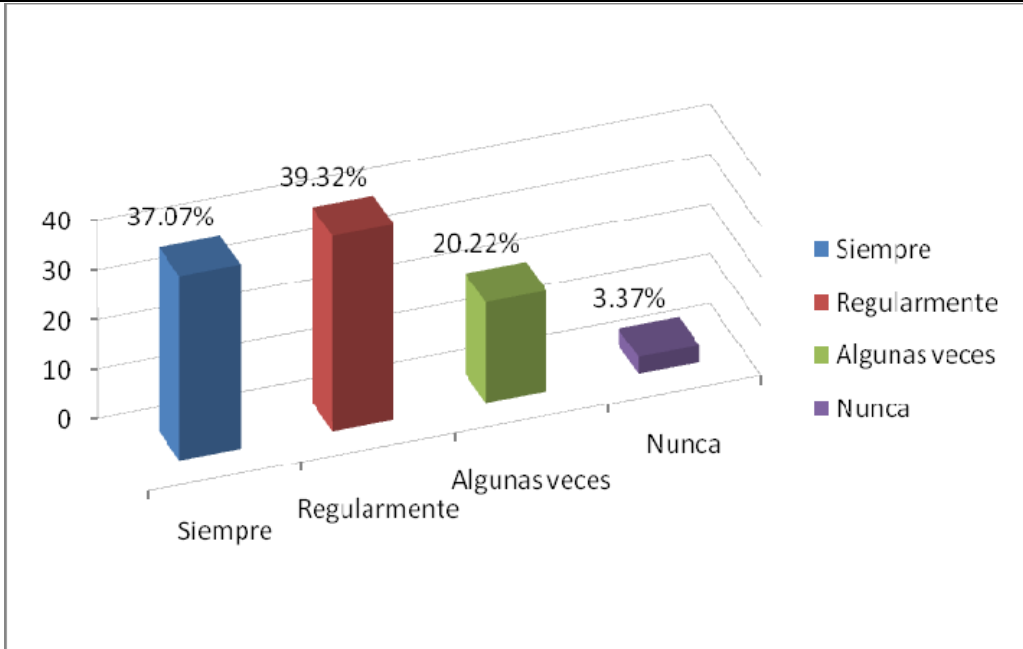
GRAFICA 12

¿Usted considera que la institución, le facilita la obtención de la consulta?



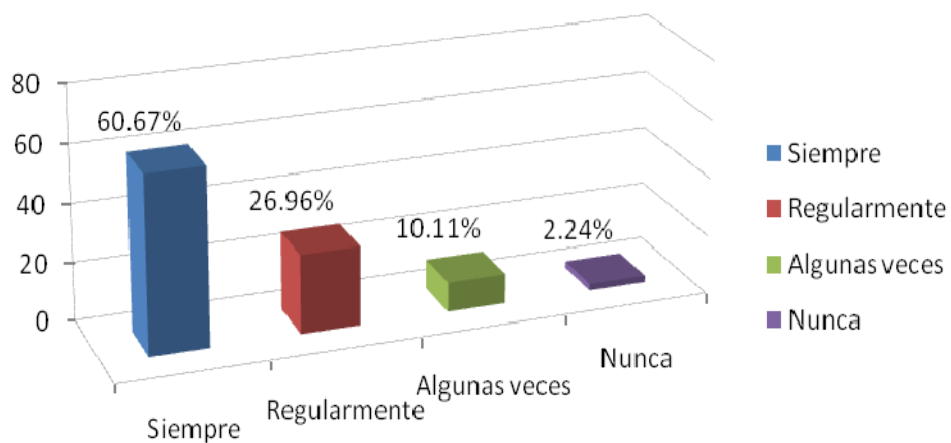
Fuente: Cédula de factores que contribuyen a la adherencia y no adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso, aplicadas en la Clínica del ISSSTE Dr. Ignacio Chávez 2011 México. DF.

GRAFICA 13. ¿Cuándo acude a la farmacia de la clínica encuentra el medicamento que le recetan?



Fuente: Cédula de factores que contribuyen a la adherencia y no adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso, aplicadas en la Clínica del ISSSTE Dr. Ignacio Chávez 2011 México. DF.

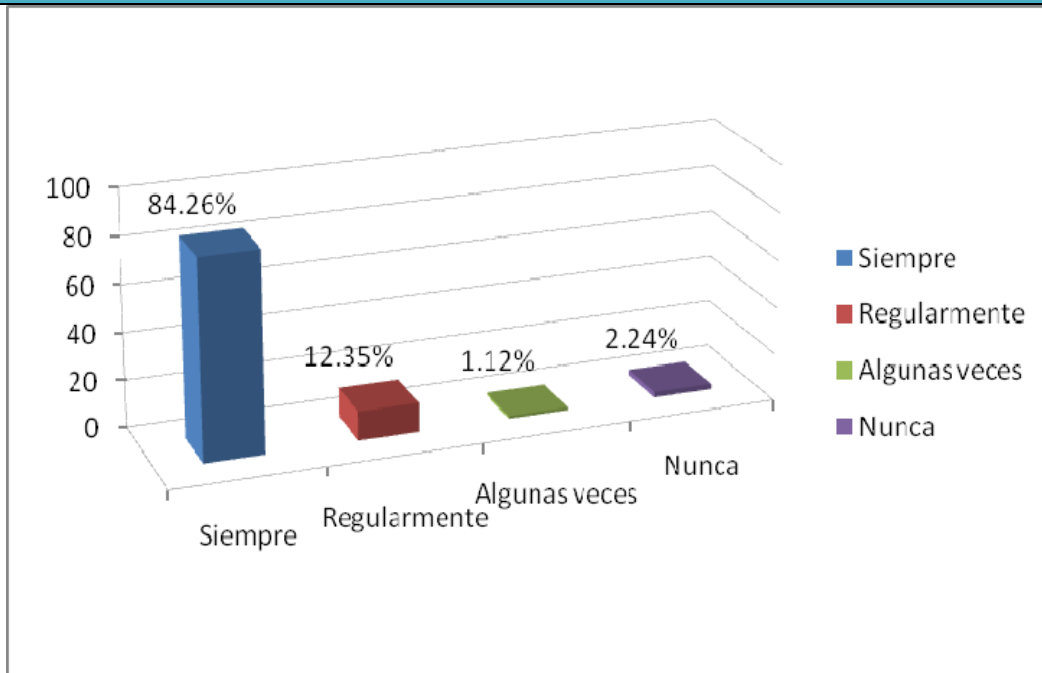
GRAFICA 14. En su opinión la relación con su médico familiar es buena



Fuente: Cédula de factores que contribuyen a la adherencia y no adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso, aplicadas en la Clínica del ISSSTE Dr. Ignacio Chávez 2011 México. DF.

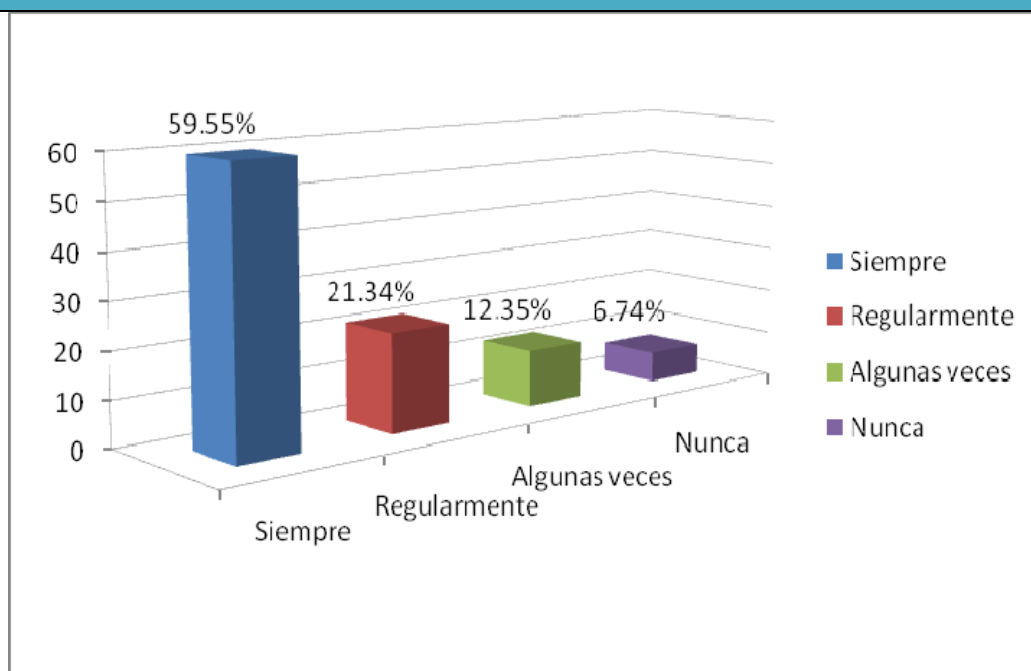
GRAFICA 15

¿Usted sabe que se encuentra enfermo y considera que debe seguir su tratamiento?



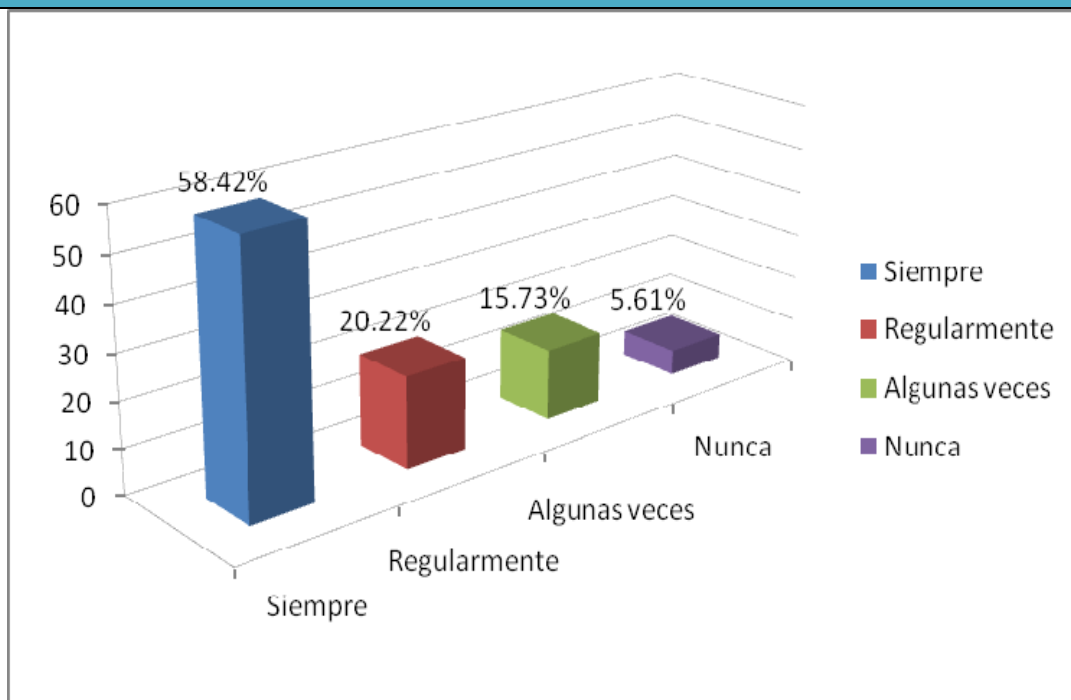
Fuente: Cédula de factores que contribuyen a la adherencia y no adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso, aplicadas en la Clínica del ISSSTE Dr. Ignacio Chávez 2011 México. DF.

GRAFICA 16. ¿Acude a consulta con el médico familiar mensualmente?



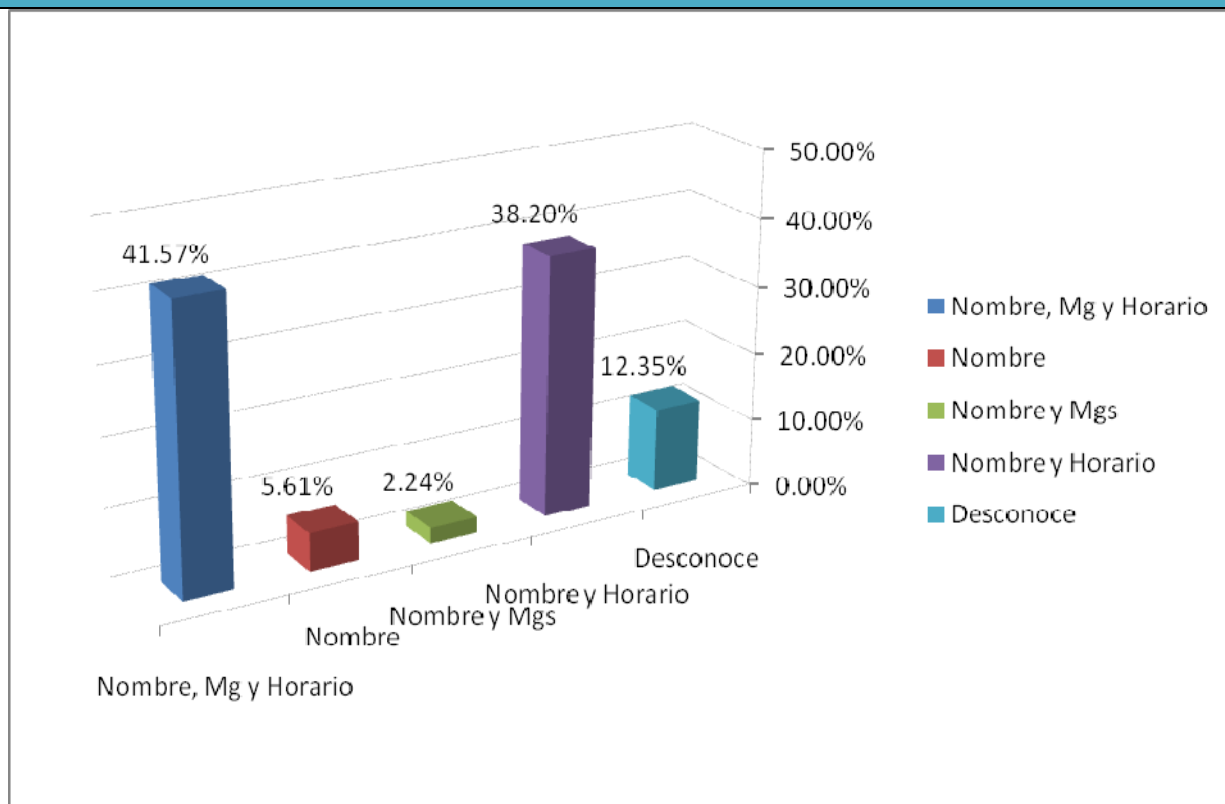
Fuente: Cédula de factores que contribuyen a la adherencia y no adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso, aplicadas en la Clínica del ISSSTE Dr. Ignacio Chávez 2011 México. DF.

GRAFICA 17. ¿Su familia contribuye para que usted lleve a cabo el tratamiento de su Hipertensión (presión arterial alta)?



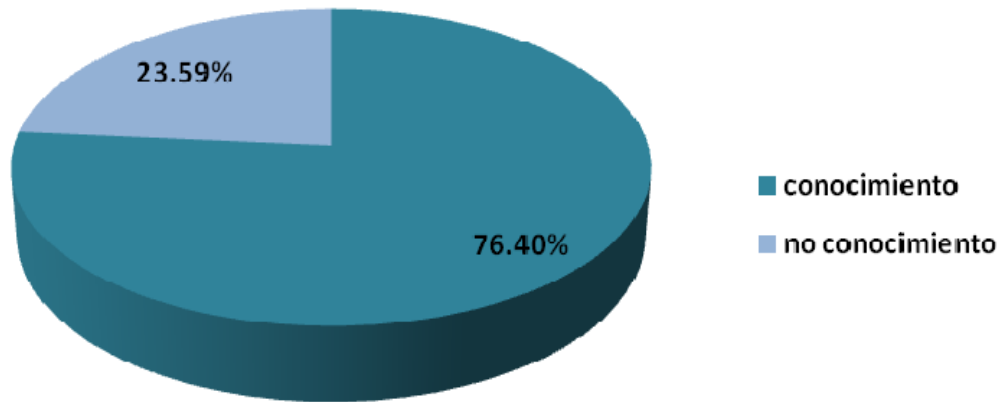
Fuente: Cédula de factores que contribuyen a la adherencia y no adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso, aplicadas en la Clínica del ISSSTE Dr. Ignacio Chávez 2011 México. DF.

GRAFICA 18. Registro del conocimiento sobre el tratamiento farmacológico que toman los pacientes



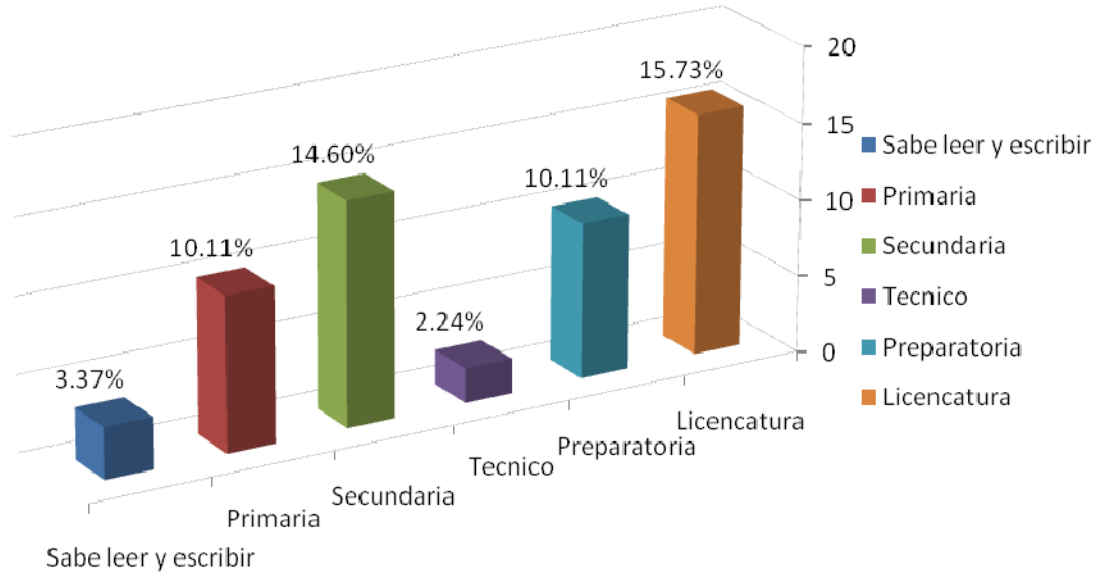
Fuente: Cédula de factores que contribuyen a la adherencia y no adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso, aplicadas en la Clínica del ISSSTE Dr. Ignacio Chávez 2011 México. DF.

GRAFICA 19. Conocimiento del padecimiento según cuestionario



Fuente: Cédula de factores que contribuyen a la adherencia y no adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso, aplicadas en la Clínica del ISSSTE Dr. Ignacio Chávez 2011 México. DF.

GRAFICA 20. Apego al tratamiento relacionado con la escolaridad



Fuente: Cédula de factores que contribuyen a la adherencia y no adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso, aplicadas en la Clínica del ISSSTE Dr. Ignacio Chávez 2011 México. DF.

TABLA 1. Factores de Adherencia y no Adherencia detectados en las sesiones por parte de los grupos de pacientes descontrolados

PACIENTES DESCONTROLADOS

FACTORES PERSONALES O INDIVIDUALES

-No seguir una dieta, ni un plan de ejercicio fijo

-Mala alimentación, exceso de grasas, desvelarme

-Recibir noticias preocupantes

-Nerviosismo, Problemas o preocupaciones

-No asistir regularmente a control

-Si no hay malestar no voy al médico

-Apatía para tomar el medicamento

-No tomo ningún medicamento

-El recurrir a la automedicación naturista

-Por la afluencia de tráfico me preocupa llegar tarde y que de ser así pierdo la cita

-Tomar vino o no tomar la medicación

-Falta de ejercicio

-Haber subido de peso

-Comer sal

-Seguir fumando

FACTORES FAMILIARES

-Falta de apoyo familiar

FACTORES RELACIONADOS A LOS MEDICAMENTOS

- Que no me ha hecho efecto la pastilla (efecto ineficaz del medicamento)

FACTORES INTITUCIONALES O DEL MEDICO
-Por falta de atención medica compro mi medicamento por mi cuenta en similares y yo pienso que no tienen la misma consistencia por eso es que se me sube la presión.
-Venir a las 4:30 de la mañana para sacar consulta estando en el frío
-Sí llama uno por teléfono lo dejan colgado o simplemente no le contestan a uno
-Están limitando las citas por el teléfono y nadie de mi casa puede venir a ver si me dan una cita
-La cita regularmente no la dan con el mismo doctor
-Falta del medicamento en farmacia
-Mí enfermedad no la controlo por falta del medicamento
Fuente: Cédula de factores que contribuyen a la adherencia y no adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso, aplicadas en la Clínica del ISSSTE Dr. Ignacio Chávez 2011 México. DF.

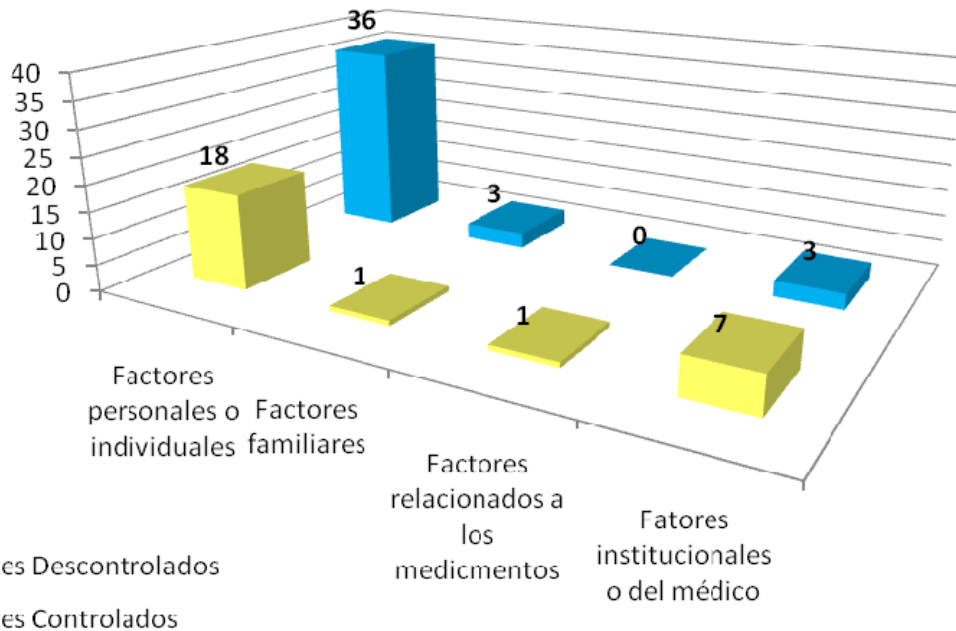
TABLA 2. Factores de Adherencia y no Adherencia detectados en las sesiones por parte de los grupos de pacientes controlados

<u>PACIENTES CONTROLADOS</u>
FACTORES PERSONALES O INDIVIDUALES
-Tomar conciencia de la enfermedad y aceptación de la misma
-Checarse la presión periódicamente
-Asistir al médico regularmente
-Acudir a atención médica, orientación, educación de la enfermedad
-Asistir cada mes a consulta para en caso de que no haya medicamento, cuente uno con reserva de estos.
-Seguir las indicaciones del médico
-Informarse sobre el tema
-Apego al tratamiento

-Toma de medicamentos diario como lo indica el doctor
-Asistir con la nutrióloga
-Comer sanamente y tomar mis medicamentos
-Comer frutas, verduras, carnes blancas (pescado y pollo)
-Ingesta de licuados de verduras crudas (chayote, xoconostle, nopal, apio, piña y linaza)
-Ingesta de mucha agua natural y ejercicio
-No consumir grasas, carnes rojas y mariscos
-Alimentos guisados con poca sal
-Evitar consumir enlatados y embutidos
-Evitar consumir alcohol
-No tomar café
-No fumar
-Hacer ejercicio, caminar por lo menos media hora diaria, 40 minutos de trote
-No caer en el sedentarismo
-Me gusta caminar
-Bajar de peso
-Dejar las preocupaciones, controlar las emociones, reír, divertirme, hacer dieta, tomando el medicamento y ser feliz
-No estar nervioso
-No tener pensamientos negativos
-Control mental
-Decir todo lo que pienso bueno y malo
-Meditar y oración
-Darse tiempo para viajar y disfrutar
-Evitar la tensión, el stress y los corajes

-Evitar el cansancio extremo
-Realizar actividades recreativas grupales
-Asistir a terapias psicológicas en caso de necesitarlo
-No seguir consejos de personas no autorizadas
FACTORES FAMILIARES
-Apoyo familiar, recordándonos lo que debemos hacer
-Consumir lo mismo que el enfermo
-Comprando el medicamento por fuera
FACTORES RELACIONADOS A LOS MEDICAMENTOS
- No se detecto
FACTORES INTITUCIONALES O DEL MEDICO
-Contratación de médicos para una mayor atención
-Exigir que se surta el medicamento en la clínica
-Que los análisis clínicos ordenados por el médico no estén tan a largo plazo.
Fuente: Cédula de factores que contribuyen a la adherencia y no adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso, aplicadas en la Clínica del ISSSTE Dr. Ignacio Chávez 2011 México. DF.

GRAFICA 21. Número de factores identificados por los pacientes controlados y descontrolados que contribuyen en la adherencia y no adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso



Fuente: Cédula de factores que contribuyen a la adherencia y no adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso, aplicadas en la Clínica del ISSSTE Dr. Ignacio Chávez 2011 México. DF.

VII. Discusión de los Resultados

En el presente estudio se encontró que los pacientes cuentan con edades de 38 a 86 años, en donde la edad media de la población estudiada es de 61 años, comparable a los resultados, con los reportados por Parra y Verdejo en su artículo, en donde los pacientes hipertensos detectados contaban con edades de 20 a 69 años.^{5,19}

Con respecto al sexo se encontró que el 86.24% son del sexo femenino y el 14% del sexo masculino, esto es debido a que las mujeres son las que acuden con mayor frecuencia a la consulta médica, al igual que lo reportado en el estudio de García y Fernández en donde el género fue del sexo femenino en un 75.9%.^{5,19}

En nuestro estudio se detecto que el estado civil fue del 56.1% en donde la población es primordialmente casada, esto también encontrado en el estudio de Parra y Verdejo y Vinaccia y Quiceno.^{8,19,26}

En este estudio con respecto a la escolaridad, el 25.84% tiene escolaridad de secundaria, seguido de un 23.59% de licenciatura y el 19.10% de preparatoria, la mayoría de la población estudiada

cuenta con este nivel de escolaridad, teniendo en cuenta que se trata de pacientes de la tercera edad y es por ello que en el pasado las expectativas de superación variaban a las de la actualidad.

Encontramos en este estudio que la ocupación es del 33.70% como empleado técnico seguido de un 26.96% que se dedica al comercio, al parecer hay una mayor preocupación de la salud por parte de los pacientes que se desempeñan en alguna empresa, tal vez debido esto a que en el caso de presentar alguna enfermedad, involucraría la ausencia al trabajo de las empresas y con ello un descuento económico hacia el paciente, a diferencia de los que trabajan de forma independiente.

En el presente estudio de acuerdo al test Morisky-Green el 56.17% de los pacientes tienen un apego al tratamiento de su padecimiento, mientras el 43.82% no lo cumplen, los métodos basados en la entrevista clínica más utilizados son el test de Morinsky-Green, en la práctica clínica se recomienda en el cumplimiento auto comunicado, en el estudio realizado por García, Fernández y Crespo, la proporción global de pacientes que resultaron cumplidores del tratamiento fue del 76.8%.²⁶

El conocimiento de la enfermedad es representado por el test de Batalla y es del 76.40% de los pacientes que conocen los hechos más sobresalientes de la Hipertensión Arterial, contra un 23.59% que desconocen la enfermedad y los riesgos de la misma, en el estudio realizado por García, Fernández y Crespo, la proporción global de pacientes que resultaron tener conocimiento de la enfermedad, mediante este método fue del 15.6%.²⁶

En el presente estudio se determinaron factores personales o individuales, factores familiares, factores relacionados a los medicamentos y factores institucionales, dentro de los factores personales o individuales la mayoría de los pacientes se saben enfermos y consideran que deben seguir su tratamiento en un 84.26% y el 60% de los pacientes acuden a consulta de forma mensual. Esto es comparable al estudio de Dra. Agámez y el Dr. Hernández, Vinaccia y Quiceno que en su artículo mencionan que en la adherencia al tratamiento participan los factores de los pacientes, relacionados a la adherencia en el tratamiento de la Hipertensión Arterial como son las creencias en salud, la aceptación de la enfermedad y todas sus implicaciones, la historia previa de adhesión, las creencias socioculturales. Haciendo un comentario de esta situación observamos todavía, una inadecuada atención primaria, tanto promoción a la salud, en la medicina preventiva, la educación y en el tratamiento, esto es importante, para lograr que los pacientes acudan a su valoración médica, haya una aceptación de la enfermedad, conocimientos sobre la misma enfermedad y lleven a cabo las indicaciones proporcionadas por el profesional de la salud.^{6, 8, 9, 10, 13, 14, 28}

En este estudio realizado se encontró dentro de los factores institucionales que sólo la mitad el 52.80% de los pacientes conoce cuál es el consultorio que tienen asignado para su atención, menos de la mitad el 41.57% de los pacientes saben el nombre de su médico familiar, la frecuencia con que a los pacientes les toca ser atendidos por el mismo médico es en una tercera parte el 34.83%, y sólo el 37.07% de los pacientes consideraron que la institución les facilitaba la obtención de la consulta y el 39.32% respondió que regularmente encuentra el medicamento que le prescriben en la farmacia. La Dra. Agámez y el Dr. Hernández, Vinaccia y Quiceno en su artículo mencionan también a los factores institucionales relacionados a la no adherencia como la continuidad o discontinuidad del cuidado médico, insatisfacción con el profesional de salud, el intervalo entre las consultas, la falta de

asignación de tiempo para las mismas, el trato del personal y la no disponibilidad del medicamento en la farmacia. Analizando los datos anteriores entendemos que la institución cuenta con un elevado número de pacientes, para los cuales el servicio de la consulta se encuentra saturado, se les otorgan 15 minutos de tiempo, que son insuficientes para que expresen todas sus inquietudes con respecto a su enfermedad o incluso la manifestación de otra problemática, que pudiera estar influyendo en el descontrol de la Hipertensión Arterial, si se le agrega que no hay continuidad por un mismo médico y que este para conocerlo requiere de una anamnesis completa y exploración física detallada, con los 15 minutos que se le proporcionan debe cumplir con la atención del paciente, por lo que se origina una inadecuada atención a los pacientes, que se agrava cuando llega a la farmacia y no hay medicamentos, dando por consecuencia que no se cumplan las metas institucionales de satisfacer los niveles de bienestar integral de los derechohabientes, con el otorgamiento eficiente de los servicios médicos.^{6, 8, 9, 10, 13, 14, 28}

Encontramos en este estudio que el 69.66% de los pacientes consideran que las indicaciones de su médico les han ayudado en el control de su enfermedad, haciendo mención a este hecho, se observa una participación positiva por parte de los pacientes para el cuidado de su enfermedad.

En el presente estudio el 58.42% de los pacientes determino que reciben algún tipo de contribución de su familia para el tratamiento de su Hipertensión Arterial, Martín y Bayarre Veá, mencionan en su artículo a la familia como un factor de red de apoyo social favoreciendo el cumplimiento en el tratamiento, tanto desde el punto de vista de apoyo afectivo como material y también en el paciente de manera individual, por ello el médico familiar debe de tratar al paciente de forma integral, trabajando en los aspectos familiares¹⁴.

En nuestro estudio relacionando el apego al tratamiento con la escolaridad se obtuvo que el 56.17% de los pacientes en total tienen apego al tratamiento de su padecimiento, en donde el mayor porcentaje de apego es a nivel licenciatura en el 15.73% y secundaria el 14.60%, mientras los que mostraron no adherencia tuvieron menor escolaridad, se interpreta que a mayor escolaridad existe mayor apego, ya que existe un interés por mantener conductas preventivas frente a la salud.

En este estudio se encontró que sólo el 41.57% de los pacientes conocen el medicamento que toman, al igual que los miligramos y el horario, el 38.20% sólo conocen el nombre del medicamento y el horario, seguido de un 12.35% de pacientes que desconocen su tratamiento. La Dra. Agámez y el Dr. Hernández en su artículo mencionan que la adherencia terapéutica es un proceso complejo influido por factores tales como el tomar las dosis incorrectas, o en intervalos incorrectos, olvidar tomar una o más dosis e interrumpir el tratamiento antes de tiempo, al igual que el estudio de la Dra. García y el Dr. Xiomel, en su estudio se comenta que la mayor parte de los pacientes conocen parcialmente el nombre de los diferentes fármacos que consumen, al preguntarles el nombre, estos daban una vaga información, esta falta de dominio acerca del tratamiento influye en que este no se pueda realizar de una forma regular ni correcta, reflejándose más esto en pacientes mayores de 60 años.^{6, 8, 9, 10, 13, 14}

En nuestro estudio referente a la categoría de factores familiares, en el trabajo de grupo se detectaron 3 factores positivos como la participación de la familia con respecto al recordatorio en la

ingesta del medicamento por parte del paciente, participación en la dieta del enfermo, apoyo económico para la adquisición del medicamento de manera particular y de los factores que no contribuyen a la adherencia se identificó 1 factor que es la presencia de falta del apoyo familiar. En el estudio de Dos Santos y Tolstenko, en la categoría de aspecto familiar y sus subcategorías, las cuales fueron la armonía en la familia, preocupación con hijos/nietos, relación entre familiares/amigos y muerte de parientes, se detectaron 24 factores positivos y 26 factores negativos, así observamos la importancia de la familia para favorecer el cumplimiento en el tratamiento.³

En el presente estudio durante las sesiones de grupo los pacientes detectaron dentro de los factores personales que contribuyen a la adherencia al tratamiento, la preocupación del paciente por su salud como el tomar conciencia de la enfermedad y aceptación de la misma, la realización del monitoreo de la presión periódicamente, asistir al médico con regularidad, acudir a la atención médica, contar con la orientación y educación de la enfermedad, el asistir cada mes a consulta, seguir las indicaciones del médico, llevar a cabo el apego al tratamiento, tomar el medicamentos de forma constante como lo indica el doctor, mientras los factores de no adherencia fueron la apatía para tomar el medicamento, no asistir regularmente al médico. En el estudio de Dos Santos y Tolstenko, en la categoría de aspecto de salud y sus subcategorías como el control de la presión arterial, en tratamiento de salud y alteración del estado de salud se detectaron 10 factores positivos y 29 factores negativos.³

En el estudio de la clínica Dr. "Ignacio Chávez", dentro de los factores personales positivos se detectaron los siguientes factores, no tener pensamientos negativos referentes a la enfermedad, controlar las emociones, evitar el stress y los corajes, realizar actividades recreativas grupales, asistir a terapias psicológicas en caso de ser necesario y el evitar el cansancio extremo, en los factores negativos se detectó la presencia de stress, el realizar corajes y el desvelo. En el estudio de Dos Santos y Tolstenko en la categoría de aspecto emocional con sus subcategorías de bienestar, alteración emocional y disturbio neurovegetativo se identificaron 17 factores positivos y 27 factores negativos para su apego.³

En este estudio se encontró con respecto al cuestionario que evalúa apego al tratamiento el 56.17% de los pacientes cumplen con la adherencia al tratamiento. De acuerdo a Vinaccia y Quiceno en el cual se aplicó una encuesta semiestructurada que mide adherencia al tratamiento y hábitos de salud, en donde los formatos fueron auto diligenciados en una única sesión, bajo la ayuda y supervisión del entrevistador, con una duración aproximada de 30 minutos, se observó en la encuesta semiestructurada que mide adherencia al tratamiento antihipertensivo, en la subescala que evalúa adhesión al tratamiento farmacológico, que la adhesión al tratamiento se dio en lo correspondiente a la ingesta de medicamentos⁸.

En el estudio realizado en la clínica Dr. "Ignacio Chávez", se logró identificar que el apego al tratamiento es de un 56.17% y el no apego del 43.82%, En el estudio de García, Xiomel y Carrión, respecto a la valoración del cumplimiento terapéutico el cual fue un estudio descriptivo transversal, para valorar si cumplían el tratamiento de forma regular y del no cumplimiento en el tratamiento farmacológico, al igual que los conocimientos sobre los fármacos que consumen y de las complicaciones de la hipertensión, se encontró que el 38% cumplían el tratamiento de forma regular

y el 61.9% de los pacientes llevaba un tratamiento de forma irregular. En el presente estudio, con referencia al conocimiento del tratamiento el 41.57% de los pacientes conocen el nombre, horario y miligramos de su tratamiento, un 38.20% sólo conocen nombre y horario y el 12.35% desconoce su tratamiento, en el estudio de García, Xiomel y Carrión, el conocimiento de los pacientes sobre los medicamentos que deben consumir en su tratamiento, es el 34.2% que conocen el nombre de todos los medicamentos que consumen, el resto tienen un desconocimiento parcial en el 62.3% o total del 34.2% de los pacientes. En este estudio el conocimiento de los pacientes con referencia a la enfermedad fue del 76.40%, mientras el 23.59% no tienen conocimiento de la enfermedad, en el estudio de García, Xiomel y Carrión, se detectó que el 96.1% pacientes conocían sobre la enfermedad y sus complicaciones, mientras que solamente 3.8% de estos tenían desconocimiento referente a la enfermedad y sus complicaciones⁹.

Referente a la asociación de la adherencia y no adherencia al tratamiento en pacientes controlados y descontrolados, se encontró que no hay diferencia estadísticamente significativa entre los individuos que tiene adherencia y no adherencia al tratamiento y su control o descontrol de la Hipertensión Arterial Sistémica, esto debido al tamaño de la muestra que es relativamente mediana y también a la probabilidad de que los pacientes no hayan contestado de manera sincera a las preguntas realizadas.

Con relación a la asociación del conocimiento de la enfermedad, con el control y descontrol, al igual que la asociación de la adherencia y no adherencia al tratamiento con el nivel de escolaridad, se encontró que no hay diferencia estadísticamente significativa entre los individuos que tienen conocimiento del padecimiento y su control o descontrol de la Hipertensión Arterial sistémica, y de la adherencia y no adherencia al tratamiento con el nivel de escolaridad y esto también se debe al tamaño de la muestra que es relativamente mediana y también a la probabilidad de que los pacientes no hayan contestado de manera sincera a las preguntas realizadas.

VIII. Conclusiones

La Hipertensión Arterial Sistémica es hoy en día una de las enfermedades que afectan a una gran mayoría de la población a nivel mundial y que se encuentra relacionada con factores económicos, sociales, culturales y ambientales. De acuerdo al estudio realizado en la Clínica Dr. "Ignacio Chávez" del ISSSTE se identificaron los factores que contribuyen en la adherencia y no adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso, de las cuatro categorías, los factores personales o individuales fueron los que tuvieron una mayor aportación por parte de los pacientes, por lo cual se concluye que gran parte de la adherencia y no adherencia al tratamiento es un factor personal, en donde se ven involucrados el compromiso del paciente con respecto a su auto cuidado modificando hábitos alimenticios, realización de actividad física, asistencia al servicio médico, cumplimiento de las indicaciones medicas y un mejor control del stress. A nivel familiar se encontró que es importante la participación de esta, para que el paciente tenga un mejor control, apegándose a la dieta baja en sal, apoyando para la asistencia al control médico, supervisando la toma de medicamentos e inclusive la adquisición de los mismos, cuando no hay existencia institucional.

Existe la necesidad de otorgar de manera eficiente los servicios por el médico, por lo cual se necesita, seguir trabajando en la importancia de proporcionar una adecuada orientación sobre la

enfermedad, para lograr crear conciencia sobre la enfermedad, esto para que se realicen cambios en los estilos de vida, modificando los hábitos dietéticos, como la evitación de la ingesta de alcohol y tabaco y promoviendo la realización de la actividad física y evitar la obesidad, e involucrando a todos los miembros de la familia a que participen en la modificación de los estilos de vida, para prevenir la aparición de la Hipertensión Arterial Sistémica.

Por otra parte es importante el difundir el apoyo familiar, ya que el involucramiento de la familia es indispensable, para llevar una adecuada adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso. Sugiero la creación de grupos de ayuda por parte del servicio de trabajo social, en donde acudan cada uno de los miembros, portadores de esta enfermedad y sus familiares, con la intención de involucrar a la familiar en el tratamiento del paciente hipertenso y conformar una red de apoyo.

Con relación a los factores institucionales, es importante que las diferentes instituciones de salud manifiesten la necesidad de ampliar el servicio y la atención al paciente hipertenso, aumentando el número de tiempo de la consulta, para satisfacer la demanda de los derechohabientes portadores de esta enfermedad, proporcionando un seguimiento a su padecimiento y un involucramiento del médico en turno hacia sus pacientes, logrando una eficiente relación médico paciente, esto condicionaría una adecuada adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial Sistémica, al igual que ampliando la existencia de los módulos de orientación por parte del servicio de enfermería y de trabajo social, para los pacientes y sus familiares, con la intención de capacitarlos con respecto a la enfermedad, para que difundan la información a sus familiares y conocidos.

Es importante la conformación de un adecuado programa de distribución de medicamentos en cada una de las farmacias de las diferentes instituciones de salud, para evitar el mayor número de medicamentos faltantes en la farmacia y abastecer la demanda poblacional.

Como propuestas de solución se sugiere lo siguiente:

1.- Promoción y educación para la salud a pacientes hipertensos y familiares a través de los médicos, enfermeras, nutriólogos, trabajadoras sociales, residentes de medicina familiar, médicos internos de pregrado y estudiantes de medicina, no sólo en consultorio sino también en las salas de espera o incluso en las aulas con tiempos exclusivos para ello.

2.- Creación de grupos de apoyo, en donde los pacientes controlados de su hipertensión compartan sus experiencias con los pacientes no controlados, contando con el apoyo de sus médicos familiares, psicólogos o terapeutas familiares.

3.- A nivel institucional se propone retomar que el médico familiar cuente con una población fija a su consultorio, con ampliación de tiempos de consulta, que cuente con expedientes clínicos electrónicos para optimizar su labor, autorización para dar educación para la salud. Finalmente que se cuente con un abasto suficiente de medicamentos.

Referencias Bibliográficas

- 1.- Proyecto de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial; para quedar como Norma Oficial Mexicana, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. PROY-NOM-030-SSA2-2007.
- 2.-Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7) Traducción de la Versión original en ingles publicada en 2003.
- 3.-Dos Santos CR, Tolstenko NL. Contribución Familiar en el Control de la Hipertensión Arterial. Rev. Latino-am Enfermagem.2008 Sep./Oct; 16(5).
- 4.-Taylor R.B MD, Conceptos Centrales en Medicina Familiar. Rev. Libros Virtuales IntraMed. [Serie en internet] 2005 Noviembre; [citado 2005 Nov. 25] [aprox 5 p]. Disponible en: <http://www.intramed.net>.
- 5.-Rosas PM, Lara EA, Pastelín HG, Re-encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENAHTA): Consolidación Mexicana de los Factores de Riesgo Cardiovascular. Cohorte Nacional de Seguimiento. Arch. Cardiol. Méx. 2005. Jan./Mar;75:1.
- 6.-Agámez AP, Hernández RR, Cervera EL, Rodríguez GY. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. Rev. Archivo Médico de Camagüey. 2008 Sep./Oct. 12:1-5.
- 7.-Mendoza PS, Muñoz PM, Merino EJ, Factores Determinantes de Cumplimiento Terapéutico en Adultos Mayores Hipertensos. Rev. Médica de Chile.2006 Enero.134:1.
- 8.-Vinaccia S. Quiceo JM. Fernández H. Apoyo social y Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en Pacientes con Diagnostico de Hipertensión Arterial, Rev. Informes Psicológicos Medellín Colombia.2006 Ene./Dic. 8: 89-106.
- 9.-García CM, Portuondo PJ, Carrión W, Incumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes con Hipertensión Arterial. Rev. Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso.Santiago De Cuba. 2007 Octubre.40:2-8.
- 10.-Ginarte AY, La adherencia Terapéutica. Rev. Cubana Médica General Integral. 2001Sep./Oct.17:5.
- 11.-Grupo ENSA 2000, Hipertensión arterial en México: resultados de la encuesta nacional de salud (ENSA) 2000 Diabet Hoy Med Sal 2002; 3: 771-785.
- 12.-Pautas Emitidas por la Case Management Society of América para Mejorar la Adherencia del Paciente a las Terapias con Medicación. Pautas de Adherencia en la Gestión de Casos.2006 Junio.1:1-25.
- 13.-Crespo TN, Rubio FV, Casado MM. Factores moduladores de la adherencia farmacológica en hipertensión arterial. Rev. Hipertensión. 2000. 17: 1-4.

- 14.-Martín AL, Bayarre VH, La Rosa MY. Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. Rev. Cubana Salud Pública 2007. 33:3.
- 15.-Moreno SE, Rosales NJ. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. Rev. Internacional de Psicología y Terapia Psicológica.2003 Octubre. 3: 91-109.
- 16.-Dosse C, Bernardi CC, Vilela MJ. Factores asociados a la no adhesión de los pacientes al tratamiento de hipertensión arterial. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009 Mar./Apr.17: 2-8.
- 17.-Aparecida MM, Pierin A, Décio MM. La influencia de la Conciencia del Paciente Sobre la Presión Arterial Alta y la Actitud del Paciente Ante la Enfermedad de Controlar la Ingesta de la Medicina. Arch. Cardiol. Sao Paulo. 2003 Octubre. 81:4.
- 18.-Nogués SX, Sorli RL, Villar GJ. Instrumentos de Medida de Adherencia al Tratamiento. Rev. An. Med. Interna. Madrid. 2007 Marzo. 24: 3.
- 19.-Parra CJ, Verdejo PJ, Lemus CE. Costo-Efectividad del Tratamiento Farmacológico de la Hipertensión Arterial Sistémica. Rev. Méx. Cardiol. 2009 Jul./Sep. 20: 141-148.
- 20.-World health Organization [base de datos en internet]. US: Chapter 6: Neglected Global Epidemics: three growing threats.2003 [citado en 02 Jan. 2011] [aprox. 3 p]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2003/chapter6/es/index1.html>. actualización semanal.
- 21.-Sistema Nacional de Información en Salud [base de datos en internet]. México: Mortalidad: Información Tabular.2007 [citado en 01 Abr. 2011] [aprox. 4 p]. Disponible en: <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad>. actualización semanal.
- 22.-Presidencia de la Republica [base de datos en internet]. México: Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. 1984 [citado en 13 Feb. 2010] [aprox. 5 p]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>.
- 23.-Asociación Médica Mundial [base de datos en internet]. Filandia: Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. 1964 [citado en 01 Mar. 2002] [aprox. 4 p]. Disponible en: <http://www.bioetica.uchile.cl/doc/helsink.htm>.
- 24.-Rodríguez da Silva CA, Aparecida SR Dantas, Martinelli PF, Almeida CI. Adaptación y validación de una medida de adhesión a la terapia de anticoagulante oral. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2010 May./Jun.2: 7-10.
- 25.-Márquez CE. Cumplimiento Terapéutico en la HTA. Rev. Actualizaciones.2004 Abril.1.1-6.
- 26.-García PA, Fernández FL, Crespo FM, García RA. ¿Cómo Diagnosticar el Cumplimiento Terapéutico en Atención Primaria?. Rev. Medicina de Familia. 2000 Junio.1: 1-10.
- 27.-Universitat jaume [base de datos en internet]. Factores psicosociales y riesgo coronario [citado en 15 Feb. 1995] [Núm. de ventanas 2]. [aprox. 5 p]. Disponible en: <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi2/factores.pdf>

28.-Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [base de datos en internet]. Misión del ISSSTE. [citado en Ene. 2011] [aprox. 6 p]. Disponible en: http://www.issste.gob.mx/issste/mision_.html. actualización semanal.

29.-Estudio Nacional de Salud Bucal. [base de datos en internet]._Resultados del III Estudio Nacional de Salud Bucal.[citado en Abr. 2010] [aprox. 7 p]. Disponible en: http://www.acfo.edu.co/Memorias/9_pub/pub_3c.html.

30.-World Health Organization. [base de datos en internet]. La Educación. [citado en Sep. 2000] [aprox. 5 p]. Disponible en: <http://www.fundacionpobreza.cl/EditorFiles/File/Umbrales/cap2.pdf>.

Anexos.

Anexo 1. Cédula de Detección



CLINICA MEDICA FAMILIAR DR. IGNACIO CHAVEZ

ISSSTE

CEDULA DE IDENTIFICACION DE FACTORES QUE CONTRIBUYEN EN LA ADHERENCIA Y NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE HIPERTENSO.

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACION VOLUNTARIA

LA INFORMACIÓN QUE SE OBTENDRA DE ESTA ENCUESTA SERA UTILIZADA CON FINES DE INVESTIGACION, Y PARA TRATAR DE MEJORAR LOS SERVICIOS QUE SE OTORGA A LOS DERECHOHABIENTES DEL ISSSTE, SIENDO ESTA DE CARACTER CONFIDENCIAL Y OBTENIDA DE MANERA VOLUNTARIA.

FOLIO: _____

FICHA DE IDENTIFICACION

Edad_____	Sexo_____	Edo civil_____
Escolaridad_____	Ocupación_____	

No.	CONCEPTO	SI	NO
1.	¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos?		
2.	¿Toma los medicamentos a la hora indicada?		
3.	¿Cuando se encuentra bien, deja de tomar la medicación?		
4.	¿Sí alguna vez se siente mal, deja usted de tomarlo?		

No.	CONCEPTO	SIEMPRE	REGULARMENTE	ALGUNAS VECES	NUNCA
5	¿Sabe cuál es el consultorio que usted tiene asignado para su atención?				
6	¿Sabe el nombre de su médico familiar asignado?				
7	¿Con que frecuencia le atiende el mismo médico familiar?				
8	¿Considera usted que las indicaciones de su médico le han ayudado al control de su enfermedad?				
9	¿Usted considera que la institución, le facilita la obtención de la consulta?				
10	¿Cuando acude a la farmacia de la clínica encuentra el medicamento que le recetan?				

No.	CONCEPTO	SIEMPRE	REGULARMENTE	ALGUNAS VECES	NUNCA
11	En su opinión la relación con su médico familiar es buena				

No.	CONCEPTO	SIEMPRE	REGULARMENTE	ALGUNAS VECES	NUNCA
12	¿Usted sabe que se encuentra enfermo y considera que debe seguir su tratamiento?				
13	¿Acude a consulta con el médico familiar mensualmente?				
14	¿Su familia contribuye para que usted lleve acabo el tratamiento de su Hipertensión (presión arterial alta)?				

15. ¿Sabe que medicamentos toma para el control de la presión arterial alta? diga la dosis, los mg y el horario

16. ¿Es la Hipertensión Arterial una enfermedad para toda la vida?
