



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 249, SANTIAGO TLAXOMULCO
TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO

**“APOYO FAMILIAR EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE
PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA
EN LA UNIDAD MEDICO FAMILIAR 249 DEL IMSS DE AGOSTO A OCTUBRE
DEL 2011”**

TRABAJO
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR
PRESENTA
MC. OSCAR ROJAS SANCHEZ

TOLUCA, MÉXICO

2012

**"APOYO FAMILIAR EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE
PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL
SISTEMICA EN LA UNIDAD MEDICO FAMILIAR 249 DEL IMSS DE AGOSTO
A OCTUBRE DEL 2011"**

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

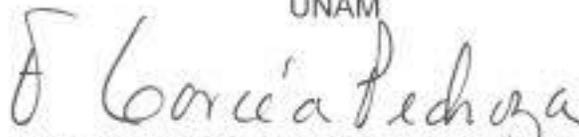
PRESENTA.

M.C. OSCAR ROJAS SANCHEZ

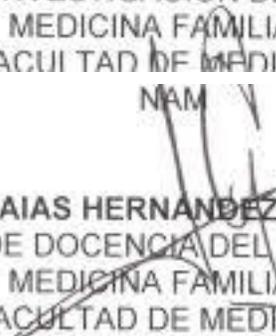
AUTORIZACIONES:



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM



DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM



DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

TOLUCA, MÉXICO

2012

**“APOYO FAMILIAR EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES
CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN LA
UNIDAD MEDICO FAMILIAR 249 DEL IMSS”**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA

MC.OSCAR ROJAS SANCHEZ

AUTORIZACIONES


DRA. ZITA MARIA DE LOURDES REZA GARAY
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
249, SANTIAGO TLAXOMULCO ESTADO DE MEXICO


DRA. BLANCA E. ARIZMENDI MENDOZA
DIRECTORA DE TESIS
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR


DR. ARMANDO SALAS ORTIZ
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DEL
H.G.R. 220

TOLUCA, MÉXICO.

-

DEDICATORIA

A DIOS, por permitirme llegar a este momento.

A MIS PADRES, Luis por ser un pilar fundamental, en mi educación, tanto académica como en la vida, Margarita por ese apoyo en los días difíciles y ese amor de madre que nos llena siempre.

A MI ESPOSA, Erika gracias por ser mi apoyo incondicional, tanto en los momentos felices como en los tristes. Lo logramos **TE AMO**.

A MIS HIJOS HERMOSOS, Iker y Eduardo, ustedes fueron la motivación de seguir adelante. **LOS AMO**.

A MI SUEGRA, Bertha gracias por entendernos en nuestros desvelos y cansancios de este proyecto que se logro.

INDICE

1. INTRODUCCION.....	6
2. MARCO TEORICO.....	8
Apoyo familiar.....	8
Adherencia al tratamiento.....	12
Hipertensión Arterial.....	16
Factores de riesgo.....	18
Clasificación de la hipertensión arterial.....	19
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
4. JUSTIFICACION.....	23
5. OBJETIVOS.....	25
6. HIPOTESIS.....	26
7. MATERIAL Y METODOS.....	27
Tipo de Estudio.....	27
8. UNIVERSO DE TRABAJO.....	28
9. TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	29
10. CRITERIOS DE SELECCION.....	30
11. VARIABLES.....	31
12. METODO.....	32
13. CONSIDERACIONES ETICAS.....	36
14. RESULTADOS.....	38
15. DISCUSION.....	47
16. CONCLUSIONES.....	49
17. SUGERENCIAS.....	50
18. ANEXOS.....	51
19. BIBLIOGRAFIA.....	56

1. INTRODUCCION

La hipertensión arterial demanda un gran apoyo familiar del paciente, tanto en su estilo de vida como la adherencia hacia su tratamiento farmacológico, y no farmacológico. Pero con mucha frecuencia las personas que conviven con un paciente hipertenso no tienen conciencia de su importante papel en ese sentido.

Por ejemplo, aunque el control adecuado de las cifras de presión arterial resulta indispensable para aumentar la esperanza de vida del hipertenso, abundan los casos en que ese control no se lleva a cabo, y los familiares cercanos hacen muy poco o nada para que se realice esta simple medición de forma periódica.

Mientras tanto, suele ocurrir que el individuo hipertenso se despreocupa de su control, pues la elevación de la presión arterial habitualmente no produce manifestaciones clínicas relevantes y se puede tener la falsa impresión de que se encuentra controlada. Esto es algo que los familiares deben comprender, para estimular a que la medición de la presión arterial se convierta en un hábito y en un asunto que esté siempre presente en la cariñosa preocupación hogareña.

Esa “cariñosa preocupación” resulta decisiva en este aspecto, y en muchos otros, para lograr que el enfermo crónico mantenga perpetuamente lo que los médicos llaman “adherencia al tratamiento”.

Por lo general, después de haberse detectado la hipertensión, el paciente trata de seguir el tratamiento, en lo que se refiere al control, a los medicamentos, e incluso a la dieta y a los cambios de su estilo de vida, pero también es común que luego de unos meses comience a percibir su enfermedad como un factor que lo minimiza ante su familia y que atenta contra la estabilidad y las aferradas costumbres hogareñas.

En esa situación, a menos que el ambiente familiar se modifique para comprenderlo y apoyarlo, el paciente gradualmente irá declinando su apego al tratamiento. Los médicos consideran como pacientes con adherencia al tratamiento a los que siguen regularmente las indicaciones prescritas.

Se considera como apoyo familiar necesario para estos casos la adecuación de los hábitos de vida de las personas más cercanas a ellos, con vistas a estimularlos en el cumplimiento de las orientaciones de su equipo de salud.

Si su familia y su grupo de amigos lo entienden y acompañan, el individuo hipertenso podrá disfrutar de la comida en grupo, salidas y reuniones, sin necesidad de lamentarse o sentirse “distinto” al no poder probar lo que todos comen, ni “divertirse” de la forma en que los demás lo hacen.

Y detrás de todo ese proceso de cambio en el estilo de vida, han de estar el médico familiar y enfermera de familia, quienes no deben ser nunca, como se ha

dicho más de una vez, “meros observadores de la conducta del enfermo, sino componentes importantes en las decisiones y la conducta del paciente”.

2. MARCO TEORICO

APOYO FAMILIAR

La familia es un grupo social primario, históricamente reconocido, en el que el individuo se inicia en el mundo y constituye la fuente principal de su felicidad. Sus miembros tienen en común una importante herencia biológica y cultural, donde se transmiten a las distintas generaciones normas, valores e identidades. Es el espacio donde se localizan las acciones de todas las instituciones sociales, por lo que las acciones dirigidas al mejoramiento de la vida deben tomar en consideración su importancia en el surgimiento, desarrollo y control de las enfermedades y alteraciones del bienestar biopsicosocial del hombre, sobre todo, aquellas que constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la mayoría de los países. En el reconocimiento general de un paciente debería ocupar un lugar absolutamente principal las diferentes relaciones que éste sostiene en el seno de su familia, en su trabajo, en su barrio y en su comunidad en general. Su salud será, digámoslo así, proporcional al grado de integración, participación y contribución al conjunto del organismo mayor que lo contiene.

La familia es un núcleo social y el primer sistema de formación del individuo que influye, de manera particular, en las interrelaciones con las otras estructuras sociales que conforman la sociedad (la comunidad, la iglesia, la escuela entre otras), ya que se transforma, constantemente, dadas sus características internas de variabilidad, así como por las condiciones socioculturales (económicas, educativas, geográficas, lingüísticas, entre otras) en que se encuentran inmersas.¹

En 1998 el Dr. Hortwitz describía la salud como **“un producto social que es la responsabilidad de todos”**. Se han realizado diferentes estudios que muestran que tanto la longevidad, como la gripe o las afecciones coronarias, no pueden entenderse ni comprenderse cabalmente sin apelar al estudio de las relaciones que las personas sostienen con las comunidades donde habitan. Los modos como se encaren las relaciones con los distintos ámbitos donde discurre nuestra vida, son determinantes para el desarrollo de la salud y para la aparición de distintos cuadros patológicos.²

Al hablar de salud tenemos que considerarla como un proceso donde es necesaria la participación activa del individuo, la familia y la comunidad y, por tanto, es una construcción colectiva, donde existen derechos y deberes.

Para las enfermedades crónicas –representadas fundamentalmente por las cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica–, la hipertensión arterial es un factor de riesgo relevante, en cuyo descontrol inciden diversos factores, como: falta de apoyo familiar, desconocimiento por la familia de aspectos de la enfermedad, no adherencia al tratamiento, inasistencia a consulta, escasa promoción de salud, tratamiento incorrecto y enfermedad concomitante.

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en algunos miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su condición. Por lo que se considera como una crisis, por la desorganización que se presenta e impacta en cada uno de sus miembros.³

La familia puede poner en marcha mecanismo de autorregulación que le permiten seguir funcionando, originando cambios en las interacciones familiares, que tienen un propósito específico, consciente e inconsciente y que puede llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del entorno familiar.

La enfermedad que tiende a la cronicidad o que incluso se convierte en terminal favorece que el paciente sea etiquetado como diferente ya sea por el tipo de expectativas que posee o por las nuevas necesidades de cuidados o alimentación por su aspecto físico, por su autoestima, por la capacidad de trabajo, que afectan el tipo de relación interpersonal que se tenía con la familia y con sus conocidos.⁴

La situación de cronicidad puede evolucionar a niveles de estrés crónico, en el sistema que no solo impactan el funcionamiento de la familia, sino también las condiciones de la propia enfermedad. Durante todo este proceso de enfermedad, la familia sufre al igual que el paciente, generando cambios en ocasiones catastróficos en la unidad familiar.

El personal de salud debe ser capaz de determinar cuáles son los elementos influyentes en la conducta del enfermo, para producir cambios positivos en los estilos de vida insanos, como el hábito de fumar, el sedentarismo, el alcoholismo, la dieta inadecuada y el estrés, los cuales favorecen el desarrollo de cifras tensionales elevadas, en cuyo control deben estar implicados los sistemas de salud, organizaciones y toda la sociedad, para lo cual se requiere la colaboración activa de toda la familia y la comunidad; por ello nos propusimos en este trabajo caracterizar el papel de la familia y la relación médico-familia en el control de la hipertensión arterial.

La familia es un sistema en transformación, que mantiene su continuidad y crecimiento a través de un equilibrio dinámico entre homeostasis y cambio (Andolfi, 1985). La estructura familiar se define como la organización de las interacciones familiares y debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian (Minuchin, 1979).⁵

Se ha observado que los pacientes que tienen una pareja aunque no estén casados, coincide con los trabajos de otros estudios, que al ser portadores de enfermedades crónicas, puedan sobrellevar su padecimiento, con su pareja como un medio protector y el resto del grupo familiar ayudan a solventar las limitaciones, que puedan derivarse de la enfermedad (aparición de fallas en la dieta, desajuste emocional). Sin apoyo estos pacientes no están en la mejor disposición para coexistir con su patología.

Se hace el comentario en relación con el apoyo familiar y la salud que un bajo nivel de apoyo (influencia de la familia y de las relaciones interpersonales), lo mismo que se adhieren al tratamiento y cumplimiento de la terapia integral en general.

La influencia que tiene el cónyuge es importante en el cumplimiento del tratamiento en las enfermedades crónicas.

Cuando se presenta una enfermedad en la familia, se modifica su estructura y dinámica; se alteran las jerarquías, las fronteras, los roles y los estilos de relación, en donde quedan vacíos en las funciones familiares, lo que genera un desequilibrio en la familia.

Se propone un modelo sistémico de la enfermedad, bajo el supuesto de que se crea un sistema complejo a partir de la interacción de la enfermedad con el individuo, la familia y los sistemas biopsicosociales; aborda áreas del funcionamiento familiar en donde se puede evaluar el impacto de la enfermedad crónica.

La confrontación de un diagnóstico de cáncer, o su reaparición, crea dentro de la familia un nuevo sistema de demandas y restricciones en el comportamiento, con la necesidad de desarrollar otras habilidades y capacidades frente a problemas no conocidos hasta entonces por la familia.

La familia en el contexto natural para crecer y recibir apoyo, que a lo largo del tiempo va elaborando sus propias pautas de interacción, las cuales constituyen la estructura familiar. Este se define como la forma que tiene la familia de organizar la manera de interactuar de sus miembros de acuerdo con las demandas funcionales que tenga y a las pautas repetitivas de interacción. Ante los cambios de ciclo vital, o ante los sucesos estresantes que ocurren a lo largo de la vida, las familias se modifican y los enfrentan de acuerdo con diferentes estilos de funcionamiento familiar.⁶

Mientras más funcional sea la familia, tendrá mayor posibilidad de enfrentar mejor el diagnóstico de una enfermedad crónica. Cuando se padece una enfermedad crónica y/o degenerativa, como el cáncer, se afectan los dominios del funcionamiento emocional, instrumental y social de la familia; lo que pondrá a prueba la efectividad de la familia para reorganizarse, adaptarse y utilizar los recursos que estén a su disposición.

En la actualidad existe una alta incidencia en las enfermedades crónico-degenerativas. Dichos padecimientos ocupan en la población general, los primeros lugares de causa de muerte en México.

Los servicios de salud realizan diversas intervenciones frente a la enfermedad. Debido a la falta de prevención y diagnóstico oportuno los retos para brindar atención tanto individual como familiar son mayores.

Es importante señalar que la familia juega un rol central, trabajar psicoeducativa y terapéuticamente con ella mejora en mucho la atención del enfermo mitigando el dolor de ambos. Es necesario realizar intervenciones psicoterapéuticas orientadas a conseguir que las familias encuentren los recursos necesarios para enfrentar los retos que impone la enfermedad, con la finalidad de facilitarles la adquisición de las habilidades necesarias para enfrentarlos y resolverlos.

El disponer de instrumentos que permitan identificar desde un inicio las áreas de dificultad en las familias con un miembro que padece una enfermedad crónica, como la hipertensión arterial brinda la posibilidad de intervenir oportunamente en las áreas donde se requiere apoyo terapéutico.

La alta prevalencia de incumplimiento terapéutico encontrada en el grupo de estudio, puede ser explicada por la capacidad que tiene la "Escala en conductas en salud" de Miller en indagar rigurosamente el comportamiento terapéutico que adopta el paciente en todas las actividades de su vida diaria y coincide con el bajo porcentaje de éxito <30% que se tiene en el país para obtener que la población hipertensa alcance cifras tensionales iguales o inferiores a 140/90 mmHg.

Son las mujeres las que tienen menos probabilidades de ser cumplidoras al llegar a la tercera edad, situación que podría explicarse por los roles diferenciados de género que se adoptan en el cuidado de la salud de la familia o en la pareja. Si un hombre es hipertenso, el cuidado de la mujer aumenta sus probabilidades de cumplir un tratamiento, pero si es la mujer la hipertensa, ¿quién la apoya en el cuidado de su salud?

El enfoque de la atención sanitaria orientado a la familia incluye y amplía el tradicional enfoque biomédico, aunque en ocasiones difiere de él. Supone una especie de mirada "desde otro lado", posición desde la que no está familiarizado el profesional pues está preparado para responder con el enorme arsenal que la ciencia le ha proporcionado.

Para la realización del seguimiento del apoyo familiar se considero, el cuestionario de apoyo familiar y amigos AFA, el cual evalúa las dos dimensiones el apoyo familiar y el apoyo social, en este caso de amigos. El cual consta de 15 preguntas 8 de apoyo familiar y 7 de apoyo en amigos. Donde se suman las preguntas con un recorrido de 15 a 75 puntos, entre mayor puntaje mejor apoyo.

Donde las unidades de medición van de 1 a 5 en todas las preguntas. De forma descriptiva, Nunca=1, Muy pocas veces=2 Algunas veces=3, Muchas veces=4 y Siempre=5.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La OMS define el cumplimiento o adherencia terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones médicas, pero quizás la ya clásica definición de Haynes y Sackett sea más completa al definirlo como la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por su médico; siendo por tanto el incumplimiento el grado en que no se realizan estas indicaciones. Seguir una prescripción, la adherencia terapéutica, es un proceso complejo que está influido por múltiples factores ampliamente estudiados, existiendo factores relacionados con el paciente, con el profesional, con el sistema sanitario, con la enfermedad y con los propios fármacos.⁷

La magnitud de la falta de adherencia terapéutica se estima cercana al 50% en los pacientes que padecen enfermedades crónicas. Al menos en la mitad de estos, los beneficios potenciales de la terapia prescrita se ven mermados a causa de esta falta de adherencia según las patologías la variabilidad de los datos encontrados es significativa: 75% de incumplimiento en enfermedad psiquiátrica, 70% en asmáticos, 50% en hipertensos, diabéticos y dislipidemicos, 30-40% en patología aguda.⁸

Medir la adherencia al tratamiento, es necesario si se quiere optimizar el manejo terapéutico de las enfermedades, las herramientas para ello son múltiples sin embargo no cumplen a la perfección su cometido.⁹

Los medicamentos son uno de los principales recursos terapéuticos para cuidar la salud, sin embargo sus beneficios pueden verse alterados por diversas causas que van desde su prescripción hasta falta de apoyo en la familia. Teniendo como consecuencias: empeoramiento de la calidad de vida del paciente, impedimento de un buen control del paciente, generan una mayor probabilidad de complicaciones, aumento de los recursos de salud en las unidades.

Se estima que la motivación de logro, tiene una influencia en la adherencia mayor que los factores demográficos y metabólicos. Se sugiere que el conocimiento (información) resulta esencial para la adherencia del paciente, no obstante, la información por sí sola, parecería no ser suficiente para promover los cambios conductuales requeridos como parte del manejo de la enfermedad.¹⁰

Existen además las barreras a la adherencia: desconocimiento de la enfermedad, dificultad para entender las instrucciones del médico familiar, miedo a posibles efectos adversos, no sentir ni percibir el riesgo que representa para su salud, bajas expectativas de mejora, escasa implicación en la toma de decisiones acerca de su salud.

En los médicos se puede llegar a encontrar: la dificultad para adaptarse a las necesidades del paciente, escaso tiempo para la atención del paciente en la consulta.

En los sistemas de salud: escasas medidas para poder obtener una mejor adherencia.

En los tratamientos; la complejidad de los tratamientos que en ocasiones se convierten en polifarmacia, fracaso en tratamientos previos, cambios en la terapéutica.

De esto podemos llegar a encontrar los errores más frecuentes en los pacientes, como no tener bien definido un horario para la ingesta del medicamento, llegar a tomar más de dos mas medicamentos, desconociendo la cantidad del mismo, repitiendo dosis.

La adherencia engloba dos conceptos, cumplimiento de dosis y forma de administración y persistencia en la duración del tratamiento prescrito. Esto realmente sería sencillo de llevar si el paciente al momento de su entrevista con el médico familiar realmente dijera la verdad, al cuestionarse si realmente toma el medicamento, pero en ocasiones el mismo paciente o no recuerda si lo ha tomado, o por la sensación o sentimiento de culpa solo afirma como si a las preguntas realizadas.

Existe el cuestionario ya validado conocido como el de Morinsky-Grenn validado en su versión para Latinoamérica y habla hispana, siendo utilizado en numerosos estudios para medicamentos antihipertensivos, antirretrovirales, siendo utilizado para demostrar la adherencia al tratamiento.

Una adherencia baja a los fármacos produce disminución de la efectividad del fármaco en la población general. La medición de la adherencia no es fácil y en muchas ocasiones se precisa de varios métodos para evitar la sobreestimación, un método muy utilizado es el cuestionario de Morisky-Green que, combinado con el recuento de comprimidos, permite una buena aproximación al resultado.

Su importancia, desde un punto de vista de la práctica clínica y con referencia a patologías crónicas, viene dada por dos aspectos fundamentales; su frecuencia y su repercusión en el seguimiento y control de dichos procesos. Son múltiples los estudios, tanto en el ámbito internacional como en el nacional, que sitúan el grado de incumplimiento farmacológico en cifras que oscilan entre el 30% y el 70%, existiendo datos de procesos como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, asma bronquial, etc.

También son abundantes los referentes a la importante repercusión que esta falta de adherencia tiene sobre la práctica clínica, habiéndose detectado repercusiones en términos tan diversos como falta de control del proceso, aumento de los costes sanitarios y no sanitarios, etc.

Conocidas su frecuencia y sus repercusiones, es innegable la necesidad de su detección en la práctica clínica diaria, existiendo para ello diferentes métodos de

detección. Estos *métodos* son clásicamente divididos en *directos* (determinación del fármaco o sus metabolitos en sangre, orina u otro fluido) e *indirectos* (interrogatorio, cuestionarios, control del proceso).

La hipertensión arterial, es un padecimiento frecuente y constituye uno de los principales problemas de salud pública. En la población urbana de México su prevalencia se estima en 25%.

Al realizar un control adecuado de las cifras tensiionales, en los pacientes que cuentan con el diagnóstico de hipertensión arterial, podemos aumentar su esperanza de vida, sin embargo algunos de los problemas a los cuales nos enfrentamos en la consulta de medicina familiar, es la falta de manera habitual de manifestaciones clínicas relevantes, por lo que el paciente puede mostrar una falsa impresión de la enfermedad.

El fracaso que se ha observado en la terapia antihipertensiva es común y muchas de las ocasiones se ha relacionado, con la falta de apego al tratamiento, la falta de apoyo familiar y el conocimiento de los datos clínicos en etapa temprana y en etapa tardía.

La hipertensión arterial es la enfermedad crónica más frecuente en nuestro país, afecta a sujetos en las etapas más productivas de la vida. La importancia del padecimiento radica en su repercusión en la esperanza y calidad de vida, de quien tiene este padecimiento.

A pesar de ser una enfermedad de fácil diagnóstico en el consultorio con las herramientas comunes propias de misma atención médica, (baumanómetro y estetoscopio), muchas de las ocasiones pasan desapercibidas por el paciente o sus familiares hasta que se encuentra ya con complicaciones.

Actualmente la etiología de la hipertensión arterial es poco clara, sin embargo hay avances en el conocimiento de participación del endotelio vascular, los nexos fisiopatológicos con otras entidades como la diabetes mellitus, la obesidad a través de la resistencia de la insulina.

Tradicionalmente se consideraba a la hipertensión arterial como el proceso hemodinámico en el cual las resistencias al flujo sanguíneo se encuentran elevadas, en la actualidad se define como la pérdida del tono de vasodilatación del sistema circulatorio.

Las cifras de tensión arterial están definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Sociedad Internacional de Hipertensión y el Comité para la detección Evaluación y Tratamiento de los Institutos de Salud de los Estados Unidos de Norteamérica (CDETH), son: < 90mmHg como diastólica y sistólica inferior a 140mmHg y constituye hipertensión arterial, valores por arriba de los normales, registrados por lo menos en dos determinaciones en días distintos.

Es ampliamente conocido que la hipertensión arterial incrementa entre tres y cuatro veces el riesgo de cardiopatía isquémica, entre dos y tres veces el riesgo cardiovascular general. La incidencia del accidente cerebro vascular aumenta entre tres y ocho veces según el tipo de hipertensión arterial, estimándose que el 40% de los casos de infarto agudo del miocardio o de accidente cerebro vascular son atribuibles a la hipertensión arterial, y esta se asocia a un mayor riesgo de insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal y demencia.

Las complicaciones y la mortalidad asociadas a la hipertensión arterial, traen como consecuencia altos costos económicos y sociales. A nivel económico generan un alto gasto asistencial y farmacéutico al enfermo, además de los costos e implicaciones para las instituciones empleadoras y entidades de salud, igualmente, la comorbilidad de la hipertensión arterial genera discapacidades que deterioran, no solo la calidad de vida de los individuos, sino también la de las familias.

Debido a la alta prevalencia de la hipertensión arterial y la morbilidad asociada a esta, su control constituye un importante reto para la medicina familiar, se han logrado avances en el desarrollo de medicamentos antihipertensivos, dichos fármacos son cada vez más eficaces, según lo demuestran múltiples estudios que resaltan entre los logros terapéuticos la disminución del riesgo de accidentes cerebro vasculares, de infartos del miocardio, de insuficiencia cardiaca y demencia, así como la preservación de la función renal.

Adicionalmente se han desarrollado e implementado diferentes intervenciones no-farmacológicas.

Sin embargo a pesar de la existencia de fármacos antihipertensivos potentes, existe la preocupación por el pobre control de la hipertensión arterial.

Existen grandes dificultades con el cumplimiento del tratamiento por las personas que padecen hipertensión arterial, donde algunos estudios han informado que entre el 24% y 30% de los hipertensos abandonan el tratamiento farmacológico, en otros se mostraron que la mitad de los pacientes que comienzan con terapia antihipertensiva, interrumpen el tratamiento antes del año y que un porcentaje de los que lo mantienen reducen la medicación hasta un punto, en el cual, la reducción beneficiosa de la presión arterial no se alcanza.

Se adoptó como definición de adherencia terapéutica, la implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento aceptado de mutuo acuerdo con su médico. Esta definición a partir de un análisis de su contenido estuvo compuesta inicialmente por cuatro categorías, las que orientaron desde el punto de vista conceptual la construcción de un cuestionario.

Se escogió el cuestionario elaborado de autorreporte, corto y sencillo, de fácil aplicación y cómodas posibilidades de respuesta por parte del paciente, como la

mejor vía para la evaluación rápida del nivel de adhesión o no que tiene el paciente al tratamiento médico indicado.

Donde están confeccionados los ítems en forma de 12 afirmaciones que recorren las categorías que se considera conforman la definición operacional de adherencia terapéutica. Se le da al paciente la opción de respuesta en una escala Lickert compuesta por 5 posibilidades que van desde Siempre hasta Nunca, marcando con una X la periodicidad que considera ejecuta lo planteado. El cuestionario recoge además, los datos generales del paciente (nombre, edad, sexo, ocupación, años de diagnosticada la enfermedad e información acerca del tratamiento médico que tiene indicado: medicamentos y/o higiénico-dietético.¹⁰

Su calificación se estableció a partir de la estimación de un puntaje que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente considerando como:

Adheridos totales	38 a 48 puntos
Adheridos parciales	18 a 37 puntos
No adheridos	0 a 17 puntos

De modo que se puede cuantificar con rapidez la respuesta del paciente y determinar los tres tipos o niveles de adherencia al tratamiento.

Total
Parcial
No adherido

HIPERTENSION ARTERIAL

A la hipertensión arterial sistémica se le conoce como el padecimiento multifactorial caracterizado por un aumento sostenido de la Presión arterial sistólica, diastólica o ambas, en ausencia de enfermedad cardiovascular renal o diabetes >140/90 mmHg y 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.¹¹

La hipertensión arterial sistémica es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras $\geq 140/90$ mmHg (NOM-030-SSA2-2009). Es producto del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico.¹²

El crecimiento desmesurado en la prevalencia de las enfermedades crónicas esenciales del adulto, tales como la hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias y aterosclerosis entre otras, han permitido que esta

entidades nosológicas hayan empatado e incluso superado la prevalencia de enfermedades transmisibles.

A esta transformación que está ocurriendo en muchos países desarrollados y en vías de desarrollo se le ha aplicado el termino de transición epidemiológica, pero tal vez el mayor valor de este concepto como problema de salud pública mundial es que ahora se reconoce a las enfermedades crónicas esenciales del adulto (ECEA) como la primera causa mundial de morbimortalidad en el adulto.

En México no fue sino hasta el año 1991 cuando se llevo a cabo la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas, la cual reporto una prevalencia de HAS de alrededor del 24.6%. Para el año 2000 la Encuesta Nacional de Salud (ENSA), identificó una media nacional para HAS de 30.5% donde los estados del Norte del país presentaron las cifras de presión arterial mas elevadas.¹³

El impacto económico-social de las ECEA es devastador para cualquier sistema de salud en el mundo, ya que se tratan de entidades no curables, con secuelas que en su mayoría son incapacitantes.

La hipertensión arterial es la enfermedad crónica esencial del adulto de mayor prevalencia mundial, en México en el año 2000 se informaba que entre los 20 y 69 años de vida era del 30.5% siendo más de 15 millones de mexicanos de estos grupos de edad. Los estados del Norte de la república, alcanzaron cifras de prevalencia mayores.¹⁴

Lamentablemente el 61% de los pacientes hipertensos detectados en la encuesta nacional desconocieron ser portadores de hipertensión arterial, situación que es de extrema importancia, ya que en general en México el paciente acude al médico cuando ya han transcurrido varios años desde el inicio de su padecimiento y probablemente ya habrá en su mayoría algún grado de daño a órgano blanco.

La prevalencia de hipertensión arterial guarda estrecha relación con la edad, medio ambiente, estilo de vida, género y factores comorbidos, tales como diabetes, obesidad, dislipidemias, tabaquismo y predisposición genética. Además, no solo es la gravedad de la hipertensión arterial sino su interacción con estos factores, lo que determina la magnitud y la velocidad de progresión a daño de órgano blanco.¹⁵

Es importante reconocer que la mayoría de los lineamientos internacionales están basados en estudios realizados en población anglosajona y/o caucásica, en general estos incluyen a pacientes con edad ≥ 55 años. Sin embargo en México la distribución poblacional es aun de tipo piramidal, es decir, la mayor parte de la población adulta se ubica entre los 20 y 54 años. Se encontró que en México, el 75% de los hipertensos tiene menos de 54 años de edad.

Es la presión arterial sistólica de 140 mm Hg o más, o una presión arterial diastólica de 90 mm de Hg o más, o ambas cifras inclusive.

La hipertensión arterial es la enfermedad crónica más frecuente en el mundo, afecta a 25% de la población adulta y su proporción, es mayor conforme se incrementa la edad.¹⁶

La organización Mundial de la Salud considera que los adultos hombres o mujeres de cualquier edad, cuya PA es mayor e 140/90 mm Hg son hipertensos.

Es considerada como un problema de salud pública ya que mundialmente 691 millones de personas padecen esta enfermedad, la prevalencia en México es de 25% y en el Estado de México el 27.4% cifras dadas por la encuesta nacional de salud 2000 (ENSA).¹⁷

La norma oficial Mexicana menciona que la hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México. En efecto, alrededor de 25% de la población de 20 a 69 años la padece, y cerca del 60% de los individuos afectados desconoce su enfermedad. Esto significa que en nuestro país existen más de trece millones de personas con este padecimiento, de las cuales un poco más de ocho millones no han sido diagnosticados.¹⁸

La hipertensión arterial es un importante factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y renales. La mortalidad por estas complicaciones ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas. Así pues, las enfermedades del corazón, la enfermedad cerebro vascular y las nefropatías se encuentran entre las primeras causas de muerte.

Los costos económicos asociados al tratamiento de esta enfermedad y sus complicaciones representan una carga para los pacientes, sus familiares y los servicios de salud.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Estado de México, se encuentra dentro de las primeras demandas de atención médica, así como de las enfermedades crónico degenerativas teniendo complicaciones a corto y a largo plazo como son retinopatía e insuficiencia renal principalmente.

FACTORES DE RIESGO

A.- MODIFICABLES

Sobrepeso y obesidad.- La obesidad (IMC 30 Kg/m²) es un factor de riesgo, cuya prevalencia va en aumento, para el desarrollo de hipertensión arterial. Comer demasiada grasa, especialmente las grasas sobre saturadas eleva los niveles de colesterol en sangre, las grasas saturadas se encuentran principalmente en los alimentos de origen animal como: carne, leche entera, quesos y mantequilla. Por cada kilogramo de más, aumenta la presión de 1.3 a 1.6 mm Hg en número considerable de pacientes.¹⁹

Actividad física.- El sedentarismo produce aumento de la estimulación simpática, produce rigidez de las arterias y disminuye la sensibilidad a la insulina.

Ingesta de sodio.- Hay aumento en la cantidad de catecolamina circulantes aumentando la presión arterial.

Ingesta de potasio.- Existe una disminución en la natriuresis así como un efecto vasoconstrictor, al disminuir la actividad de la bomba Na⁺/K⁺-ATPasa.

Tabaquismo.- El tabaco es un poderoso factor que acelera la aterosclerosis y el daño vascular producido por la hipertensión arterial. Incrementa los niveles de colesterol serico, la obesidad y agrava la resistencia a la insulina.

Alcoholismo.- El alcohol puede producir una elevación aguda de la presión arterial mediada por activación simpática central cuando se consume en forma repetida y puede provocar una elevación persistente de la misma.

Consumo de cafeína.- La ingesta de cafeína en forma de café, té o refresco de cola, puede provocar elevaciones agudas de la presión arterial.

Stress.- Produce elevación transitoria de la adrenalina provocando mayor respuesta tensional por la liberación de noradrenalina desde las neuronas simpáticas.

B.-NO MODIFICABLES

Historia familiar.- El riesgo es mayor si existen antecedentes familiares de enfermedades del corazón y aun así es más alto si un pariente cercano murió joven por un ataque al corazón.

Sexo.- El ser varón es un factor de riesgo para cardiopatía isquémica e hipertensión arterial. Entre los 35 y 40 años se tiene una mortalidad de 4 a 5 veces más que en la mujer.

CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

La Tabla 1 proporciona una clasificación de presión arterial para adultos mayores de 18 años: Dicha clasificación está basada en la media de dos ó más medidas correctas, sentado en cada una de dos ó más visitas en consulta. En contraste con la clasificación del 6to. Informe JNC, se añade una nueva categoría denominada prehipertensión, y los estadios 2 y 3 han sido unidos. Los pacientes con prehipertensión tienen un riesgo incrementado para el desarrollo de HTA; los situados en cifras de 130-139/80-89 mmHg tienen doble riesgo de presentar HTA que los que tienen cifras menores.²⁰

Se estima que existen 600 millones de pacientes portadores de hipertensión arterial en el mundo y 420 millones corresponden a países en vías de desarrollo. Cada año alrededor del 1.5% de toda la población hipertensa muere por causas directamente relacionadas. En México para el año 2000 se estimaron 194,000 muertes relacionadas de manera directa a hipertensión, es decir más de una muerte cada 3 minutos.²¹

TABLA 1 Clasificación y manejo de la hipertensión arterial de acuerdo a la JNC 7.

CLASIFICACION PA	PAS mmHg	PAD mmHg	ESTILOS DE VIDA	INICIO DE TERAPIA	
				SIN INDICACION CLARA	CON INDICACION CLARA
NORMAL	<120	<80	ESTIMULAR	NO INDICADO TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	TRATAMIENTO INDICADO
PREHIPERTENSION	120-139	80-89	SI		
HTA: ESTADIO 1	140-159	90-99	SI	TIAZIDAS EN LA MAYORIA. CONSIDERAR IECAS, ARA II BBs, BCC O COMBINACIONES	Fármacos según las indicaciones presentes***. Otros antihipertensivos (diuréticos, IECAs, ARA II, BBs, BCC) según sea necesario
HTA: ESTADIO 2	>160	>100	SI	Combinación dos fármacos en la mayoría** (usualmente tiazídicos, IECAs, o ARA II, BBs ó	

*TRATAMIENTO DETERMINADO POR LA ELEVACION DE LA PA

**LA TERAPIA COMBINADA INICIAL DEBE USARSE CON PRECAUCION CUANDO EXISTA RIESGO DE HIPOTENSION ORTOSTATICA.

***TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA O DIABETES CON OBJETIVO PA <130/80mmHg

El aumento de la esperanza de vida y la creciente exposición a los llamados riesgos emergentes, relacionados en su mayoría con los estilos de vida poco saludables, han modificado el cuadro de las principales causas de muerte. México presenta una transición epidemiológica que se caracteriza por el predominio cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles y las lesiones.

A mitad del siglo pasado, alrededor de 50% de los decesos en el país se debían a infecciones comunes, problemas reproductivos y padecimientos asociados a la desnutrición. Hoy estas enfermedades concentran menos del 15% de los decesos, mientras que los padecimientos no transmisibles y las lesiones son responsables de poco menos de 75% y 11% de las muertes en el país, respectivamente.²²

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años, México ha sufrido una transición epidemiológica relacionada con la disminución de las enfermedades infecciosas y el aumento progresivo de las enfermedades crónico degenerativas, especialmente, la Hipertensión Arterial, ya que un 79% de los hipertensos ignora su estado, lo cual representa un grave problema de salud pública y es un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular, además los cambios fisiológicos del envejecimiento llevan a una mayor propensión a desarrollar mayores complicaciones y mayor morbimortalidad.

Actualmente, México experimenta un cambio en su composición estructural, observando un incremento en el grupo de adultos mayores, teniéndose una proyección para el año 2030 del 17.14% en relación con el resto de la población y por lo tanto se incrementarán las enfermedades crónico degenerativas. Dentro del IMSS, la hipertensión arterial, es el padecimiento más frecuente en la consulta de Medicina Familiar y afecta al 32 % de las personas.

La estadística también comenta, que del 100% de los hipertensos solo el 39% conoce que está padeciendo hipertensión arterial, y aun mas importante conocer que el 75% de la población general de nuestro país tiene entre 24 y 55 años, y que en números absolutos, existen más hipertensos jóvenes que hipertensos de la tercera edad.

Las condiciones de vida de los pacientes con enfermedades crónicas como la hipertensión arterial plantean una serie de problemas no resueltos, como el abandono en que se encuentran en la mayoría de los casos, por lo que la familia se enfrenta a difíciles retos y experimenta cambios que alteran su funcionalidad y la adherencia al tratamiento.

Es de vital importancia para el Médico Familiar, priorizar su atención a las pacientes con hipertensión arterial, en el cual la familia tiene un papel preponderante en la adquisición de hábitos saludables, que favorecerá la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, como consecuencia pacientes con una mejor calidad de vida.

La hipertensión arterial sistémica, en una enfermedad crónica más frecuente en nuestro medio, afectando a los individuos en las etapas más productivas de su vida, el control adecuado de las cifras de presión arterial en los pacientes aumenta la esperanza y la calidad de su vida productiva, sin embargo unos de los problemas inherentes a su tratamiento es que la elevación de la presión arterial no produce de manera habitual sintomatología, por lo que muchas de las veces los pacientes dejan su tratamiento, por lo que se observan las complicaciones cuando el problema de hipertensión arterial, lleva un avance significativo, por lo tanto el paciente con una enfermedad crónica percibe su enfermedad como un desestabilizador de su vida familiar, social y laboral. Solamente que el ambiente familiar sea modificado en apoyo al paciente puede no declinar su nivel de apego al tratamiento.

De esta manera el fracaso de la terapia antihipertensiva es común y se relaciona sobre todo con la falta de apego al tratamiento, por lo que es prioritario desarrollar estrategias para determinar cuáles son los factores relacionados con ésta. El paciente con enfermedad crónica percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su FAMILIA, y a menos que el ambiente familiar se modifique para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de apego en su tratamiento antihipertensivo.

Siendo de vital importancia el papel del médico familiar, en el seguimiento no solo desde el punto de vista biológico de la enfermedad hipertensiva, también conocer el modo de vida que se puede presentar con el apoyo familiar, que se le ofrece al paciente hipertenso.

Por lo que surge el planteamiento de la siguiente pregunta de investigación

EXISTE EL APOYO FAMILIAR EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN LA UMF 249 SANTIAGO TLAXOMULCO ESTADO DE MEXICO DEL IMSS.

4. JUSTIFICACION.

El control de cualquier enfermedad en este caso de la hipertensión arterial, comienza con su detección, al conocer su ocurrencia, permitiéndonos determinar indicadores epidemiológicos los cuales nos ayudan a marcar la pauta para elaboración de programas de prevención.

La prevalencia mundial es alta según los datos de la Organización Mundial de la Salud, existen más de 900 millones de pacientes hipertensos. En EUA la última cifra estimada para 1991 fue de 50 millones según informe publicado del Centro Nacional de Estadísticas de Salud.

En México, si bien existen más de 20 estudios al respecto, aun se desconoce la prevalencia real.

Según los datos de la Organización Mundial de la Salud en América central y México el incremento de la mortalidad secundaria a este grupo de enfermedades fue casi del 56%, a diferencia de los sucedido en otros países sobre todo de Norteamérica del 0.4%.

En México a partir de 1995 se dispara hasta un 45% la mortalidad, ocupando el cuarto lugar como causa de defunción.

De acuerdo a la ENEC y al INNSZ el grado de control de la hipertensión arterial de los pacientes tratados con medicamentos ocupa el 21% y tratados con cifras bajo control el 30.5%.

Además de ser la hipertensión arterial una condición asintomática en sus principios y a pesar de tener un diagnóstico fácil y tratamientos efectivos, sigue siendo la principal causa de muerte y constituye un factor de riesgo para enfermedad coronaria vascular cerebral y de nefropatía principalmente.

En Toluca, de acuerdo al Centro Nacional de Estadísticas en Salud ocupa el 16%.

Bajo los criterios actuales, el diagnóstico de hipertensión arterial, se da a partir de las cifras de 140/90 mmHg, lo que se traduce en que la aproximación al diagnóstico temprano y manejo oportuno sea accesible al Médico Familiar

Actualmente los pacientes con diagnóstico establecido de hipertensión arterial, en ocasiones no cuentan con un apoyo establecido por los familiares, muchas las veces ocasionada por la falta de conocimiento en cuanto a las complicaciones o la clínica de la enfermedad.

La realización de un estudio relacionado con el apoyo familiar y pacientes diagnosticados con hipertensión arterial, es factible en la UMF 249, ya que se cuenta con todos los elementos para su ejecución.

No se han realizado estudios previos en apoyo familiar en la población con el diagnóstico de hipertensión arterial en la Unidad de Medicina Familiar 249 del IMSS Santiago Tlaxomulco.

El papel como médico familiar es de vital importancia, ya que si los pacientes con hipertensión arterial cuentan con un apoyo familiar, su control de la hipertensión arterial será mejor disminuyendo probablemente las complicaciones a corto plazo y obteniendo una mejor calidad de vida.

De esta manera podríamos disminuir el fracaso que lleva en si la terapia antihipertensiva. Apoyando a el mismo paciente, y a su familia.

5. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar el apoyo familiar en la adherencia al tratamiento, del paciente con diagnóstico de hipertensión arterial., en la Unidad Médico Familiar #249 del IMSS de Agosto a Octubre del 2011.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar pacientes con hipertensión arterial sistémica por grupo de edad.
2. Conocer si existe el apoyo familiar en este tipo de pacientes.
3. Determinar la adherencia al tratamiento del paciente hipertenso.

6. HIPÓTESIS

El apoyo familiar incrementa el apego al tratamiento de los pacientes con hipertensión arterial.

7. MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio.

Prospectivo, de acuerdo al periodo en que se capta la información, toda la información se analizara de acuerdo a los criterios y fines específicos de la investigación.

Transversal, (de acuerdo a la evolución del fenómeno estudiado) se miden una sola vez las variables, no se pretende evaluar la evolución de las unidades.

Observacional, (de acuerdo a la comparación de las poblaciones, se cuenta solo con una sola población.

Descriptivo, (de acuerdo a la interferencia del investigador en el fenómeno que analiza) el investigador solo puede describir o medir el fenómeno.

8. UNIVERSO DE TRABAJO

POBLACION

Pacientes con Hipertensión Arterial de la Unidad Medico Familiar # 249 del consultorio 1 del turno vespertino del IMSS.

LÍMITE DE TIEMPO

Dentro de los meses comprendidos en el periodo de Agosto a Octubre del 2011

LIMITE DE ESPACIO.

Unidad de Medicina Familiar no. 249 Santiago Tlaxomulco. Consultorio no. 1 turno vespertino

9. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se utilizó la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia para seleccionar a pacientes que cuenten con el diagnóstico de Hipertensión Arterial, que acudan al servicio de la consulta externa del consultorio no. 1 turno vespertino. En el periodo del 1 de Octubre al 31 de Diciembre del 2011.

10. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión.

1. Pacientes que acudan a control de hipertensión arterial en la consulta externa de medicina familiar UMF 249.
2. Pacientes de 35 a 60 años de edad con diagnóstico de hipertensión arterial.
3. Pacientes de ambos sexos
4. Pacientes sin complicaciones secundarias a la hipertensión arterial
5. Pacientes que acudan a consulta de Medicina Familiar en el periodo comprendido entre el 1° de Julio al 30 de Octubre del 2011, que acepten su participación mediante la firma de consentimiento informado, que contesten en forma completa el instrumento

Criterios de no inclusión

1. Pacientes diabéticos
2. Pacientes que vivan solos
3. Pacientes con enfermedades psiquiátricas
4. Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica
5. Pacientes que acuden a consulta de medicina Familiar que no acepten participar mediante el consentimiento informado.

Criterios de eliminación

- 1.- Pacientes que no que contesten en forma completa el instrumento

11. VARIABLES.

VARIABLE DEPENDIENTE

Hipertensión arterial sistémica

VARIABLE INDEPENDIENTE

Adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos
Apoyo familiar.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO	Implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento, aceptado de mutuo acuerdo con su medico	Determinar la adherencia al tratamiento antihipertensivo mediante el cuestionario MBG	Ordinal	Adheridos Totales= 38-48 puntos. Adheridos Parciales=18-37 puntos No Adheridos= 0-17 puntos	Cualitativa
APOYO FAMILIAR	Se considera como apoyo familiar necesario para estos casos la adecuación de los hábitos de vida de las personas más cercanas a ellos, con vistas a estimularlos en el cumplimiento de las orientaciones de su equipo de salud.	Identificar el apoyo familiar mediante el cuestionario AFA	Ordinal	Donde las unidades de medición van de 1 a 5 en todas las preguntas. De forma descriptiva, Nunca=1, Muy pocas veces=2 Algunas veces=3, Muchas veces=4 y Siempre=5.	cualitativa
Hipertensión arterial	Es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias .	Identificar pacientes con hipertensión arterial	ordinal	De acuerdo a JCN VII	nominal

12. METODO

La investigación será dirigida para determinar la adherencia al tratamiento de hipertensión arterial, así como el apoyo. Se solicitará la autorización correspondiente a las autoridades DEL CUERPO DE GOBIERNO y o comité de ética, para la aplicación del instrumento, los datos se clasificarán y se utilizarán para la realización de pruebas estadísticas. Se entregaran los cuestionarios a los pacientes con diagnostico de hipertensión arterial tanto de adherencia como de apoyo familiar los cuales se conforman de la siguiente manera.

Para evaluar la Adherencia al tratamiento se utilizó el cuestionario de **MBG (Martín - Bayarre - Grau)** La validación del contenido se realizó a través de la metodología propuesta por Morimaya. La muestra utilizada para la consistencia interna y validez de construcción lógica del MBG estuvo compuesta por sujetos con hipertensión arterial para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial, se confeccionaron los ítems en forma de **12** afirmaciones, se le da al sujeto la opción de respuesta en una escala Likert compuesta con cinco posibilidades que van desde siempre hasta nunca, el cuestionario además datos generales de la persona (nombre, edad, sexo, ocupación, años de diagnosticada la enfermedad e información acerca del tratamiento médico).

Su clasificación se estableció a partir de la estimación de un puntaje que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada sujeto, considerando como **Adheridos Totales** a los que obtienen entre de **38 a 48** puntos, **Adheridos parciales** de **18 a 37** puntos y **no Adheridos** entre **0 y 17**, de modo que se puede cuantificar con rapidez la respuesta de la persona y determinar tres tipo o niveles de adherencia al tratamiento: Total, Parcial y no adheridos.

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Nivel de escolaridad: _____ Consultorio:

Años de diagnosticada la enfermedad: _____

- A) De las indicaciones que aparecen a continuación marque con una X, cuál o cuáles le ha indicado su médico.

Tratamiento higiénico-dietético:

1. Dieta sin sal o baja de sal _____
2. Consumir grasa no animal _____
3. Realizar ejercicio físico _____

B) Tiene usted indicado tratamiento con medicamentos

1. Si _____
2. No _____

C) De las indicaciones que aparecen a continuación marque con una X, cuál o cuáles le ha indicado su médico.

Tratamiento higiénico-dietético:

4. Dieta sin sal o baja de sal _____
5. Consumir grasa no animal _____
6. Realizar ejercicio físico _____

D) Tiene usted indicado tratamiento con medicamentos

3. Si _____
4. No _____

Afirmaciones	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
Toma los medicamentos en el horario establecido					
Se toma las dosis indicadas					
Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta					
Asiste a las consultas de seguimiento programadas					
Realiza los ejercicios físicos indicados					
Acomoda sus horarios de medicación a las actividades de su vida diaria					
Usted y su médico deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir					
Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos					
Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos					
Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento.					
Usted y su médico analizan, como cumplir el tratamiento.					
Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico					

La escala de apoyo familiar y amigos, realizada por Landero y González consta de 15 ítems, con una duración aproximada para su aplicación entre 5 a 6 minutos, en esta escala se evalúan dos dimensiones el apoyo familiar y el de los amigos.

El apoyo familiar se encuentra evaluado en 8 ítems, los cuales son: ítem 1, ítem 3, ítem 5, ítem 7, ítem 9, ítem 11, ítem 13 e ítem 14.

El apoyo de amigos se encuentra evaluado en 7 ítems, los cuales son: ítem 2, ítem 4, ítem 6, ítem 8, ítem 10, ítem 12 e ítem 15.

Se suman todos los ítems y su recorrido es de 15 a 75 puntos. El cual nos dicta que entre más alto mejor es el apoyo familiar.

¿Con qué frecuencia cuentas con alguien cuando lo necesitas?	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre	
1. Cuentas con alguien de tu familia para poder platicar cuando lo necesitas	1	2	3	4	5	
2. Cuentas con algún amigo(a) con quien puedas platicar cuando lo necesitas						
3. Cuentas con alguien de tu familia que te ayude a resolver problemas						
4. Cuentas con algún amigo que te ayude a resolver problemas						
5. Tus padres te demuestran cariño y/o afecto						
6. Cuentas con algún amigo que te demuestre su afecto						
7. Confías en tu familia para hablar de las cosas que te preocupan						
8. Confías en algún amigo para hablar de las cosas que te preocupan						
9. Alguien de tu familia te ayuda en las tareas en casa						
10. Alguien de tus amigos te ayuda en las tareas en casa						
11. Alguien de tu familia te apoya cuando tiene problemas						
12. Alguien de tus amigos te apoya cuando tiene problemas						

13. En mi familia se habla de los problemas de todos y nos apoyamos todos (papas, hijos y hermanos)						
14. Estas satisfecho con el apoyo que recibes de tu familia						
15. Estas satisfecho con el apoyo que recibes de tus amigos						

13. CONSIDERACIONES ETICAS APLICABLES AL ESTUDIO



IMPLICACIONES ETICAS

En este estudio de investigación está sujeto a normas éticas para su elaboración, donde se promueve el respeto a los derechos humanos de los sujetos que participan en el mismo.

Se trata de un estudio Observacional, donde no se realizara ningún tipo de intervención sobre la integridad física, psicológica y/o moral de los participantes.

- **Ley General de Salud**

1. Que el desarrollo de la investigación para la salud debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación.
2. Que el desarrollo de la investigación para la salud requiere del establecimiento de criterios técnicos para regular la aplicación de los procedimientos relativos a la correcta utilización de los recursos destinados a ellas.
3. Que sin restringir la libertad de los investigadores, en el caso particular de la investigación se realice en seres humanos y de la que utilice materiales o procedimientos que conlleven un riesgo, es preciso sujetarse a los principios científicos, éticos y a las normas de seguridad generalmente aceptadas, y
4. Que la investigación en seres humanos de nuevos recursos profilácticos, de diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, debe sujetarse a la salud de las personas.

- **Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial**

Recomendaciones para guiar a los investigadores en materia de Investigación Biomédica en seres humanos. Adaptación por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio de 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre de 1983 y la 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre de 1989.

- **Declaración de Ginebra**

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial señala el deber del médico con las palabras “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente” y el Código Internacional de ética Médica se declara que:

“El médico debe actuar solamente en interés del paciente el proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la fortaleza mental y física de aquel”.

El propósito de la investigación Biomédica en seres humanos debe ser mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos, preventivos y la comprensión de la etiología y la patogenia de las enfermedades.

La asociación Médica Mundial redactó recomendaciones para los médicos dedicados a la investigación biomédica en seres humanos. Los médicos no están exentos de las responsabilidades penales, civiles y éticas bajo la ley de sus propios países.

14. RESULTADOS

Se realizó un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional en la UMF 249 del IMSS ubicada en Santiago Tlaxomulco, donde se aplicaron los instrumentos: MBG de adherencia al tratamiento y el de apoyo familiar, donde se incluyeron un total de 95 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

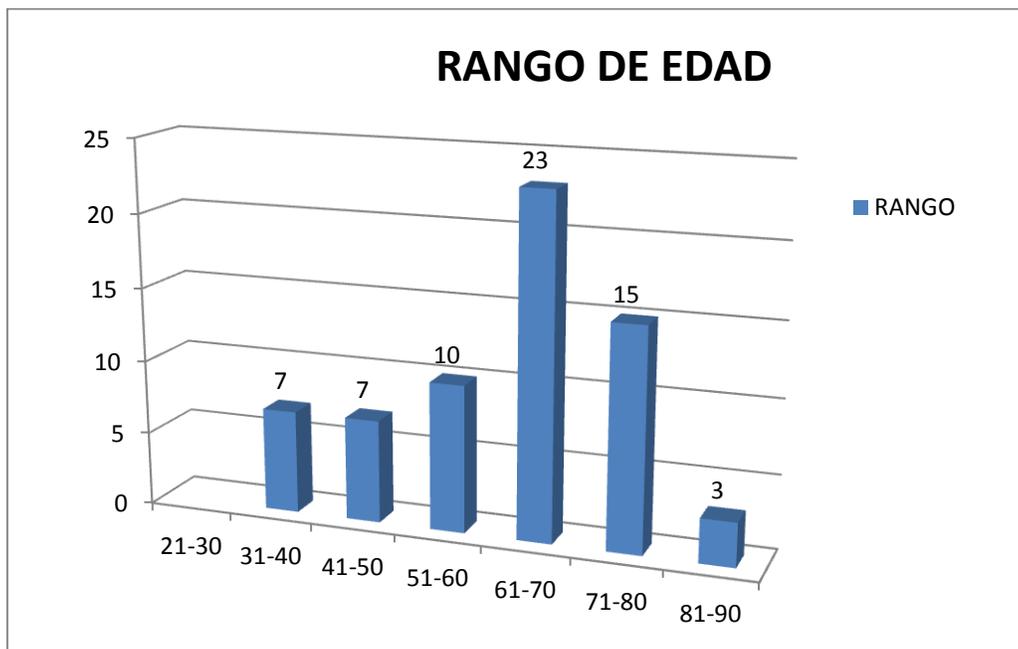
Se realizó la agrupación de los pacientes en base a su edad en decenios, donde se observa las edades de mayor frecuencia entre los 61 a 70 años con 27 pacientes, mostrando un porcentaje del 28.4%, y los menor frecuencia de 81 a 90 años con 4 pacientes y un porcentaje de 4.2%. Presentándose la edad máxima de 82 años y una edad mínima de 33 años. Tabla 1y Grafico 1.

TABLA1

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
VALIDOS 31-40	10	10.5%	10.5%	10.5
41-50	17	17.9%	17.9%	28.4
51-60	20	21.1%	21.1%	49.5
61-70	27	28.4%	28.4%	77.9
71-80	17	17.9%	17.9%	95.8
81-90	4	4.2%	4.2%	100
TOTAL	95	100%	100%	

FUENTE: CUESTIONARIO MBG

GRAFICO 1



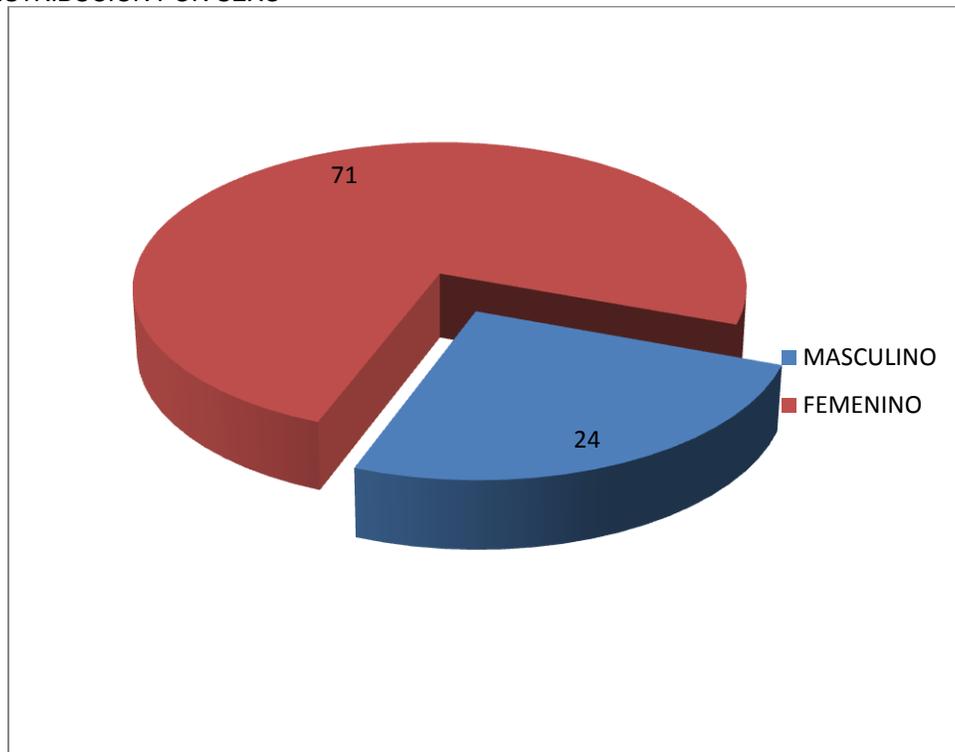
FUENTE: CUESTIONARIO MBG

En el grupo por sexo se presenta el femenino con una frecuencia de 71 pacientes siendo el porcentaje de 74%. Y en el masculino con una frecuencia de 24 pacientes con un porcentaje de 25.3%, donde se observa que la mayor afluencia al seguimiento de control es por parte de los pacientes del sexo femenino. Tabla 2 y Grafico 2.

	SEXO			
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
VALIDOS FEMENINO	71	74.7%	74.7	74.7
MASCULINO	24	25.3%	25.3	100
TOTAL	95	100.0%	100.0	

FUENTE: CUESTIONARIO MBG

DISTRIBUCION POR SEXO



FUENTE: CUESTIONARIO MBG

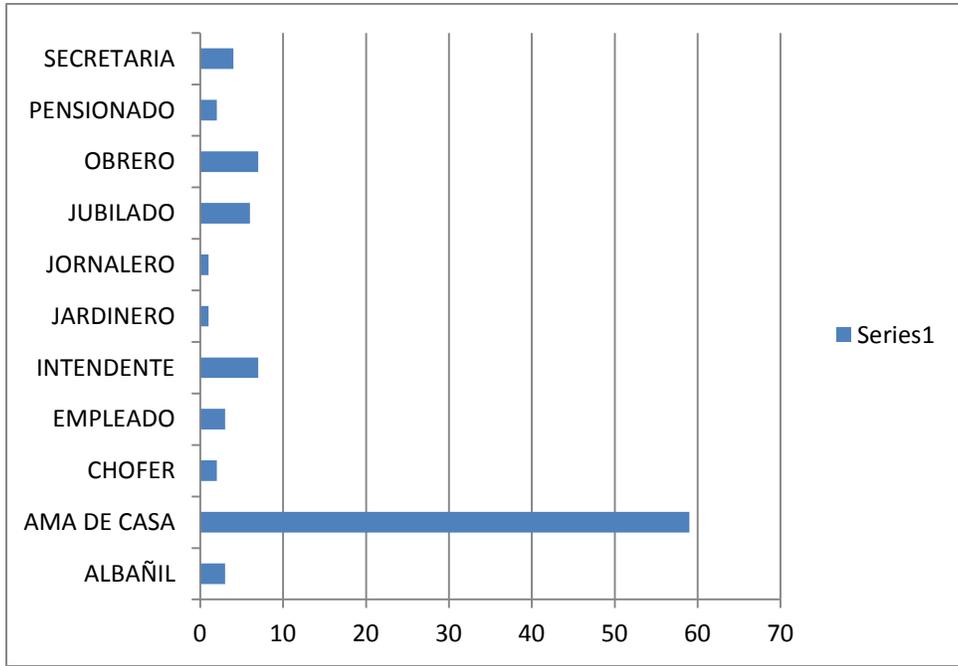
En cuanto a la ocupación la de mayor presencia se encuentra la de ama de casa, mostrando una frecuencia de 59 pacientes con un porcentaje de 62.1%, le sigue la ocupación de intendencia y obrero con una frecuencia de 7 pacientes para ambas ocupaciones y un porcentaje de de 7.4%, y la ocupación de menor afluencia fue la de jardinero y jornalero para solo 1 pacientes también para ambos, con porcentaje de 1.1%. Donde se vuelve a mostrar, que el grupo de mayor presencia es del sexo femenino. Tabla 3 y Grafico 3.

TABLA 3 OCUPACION

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
ALBAÑIL	3	3.2%	3.2	3.2
AMA DE CASA	59	62.1%	62.1	65.3
CHOFER	2	2.1%	2.1	67.4
EMPLEADO	3	3.2%	3.2	70.5
INTENDENTE	7	7.4%	7.4	77.9
JARDINERO	1	1.1%	1.1	78.9
JORNALERO	1	1.1%	1.1	80.0
JUBILADO	6	6.3%	6.3	86.3
OBRERO	7	7.4%	7.4	93.7
PENSIONADO	2	2.1%	2.1	95.8
SECRETARIA	4	4.2%	4.2	100
TOTAL	95	100%	100.0	

FUENTE. CUESTIONARIO MBG

GRAFICA 3: OCUPACION



FUENTE: CUESTIONARIO MBG

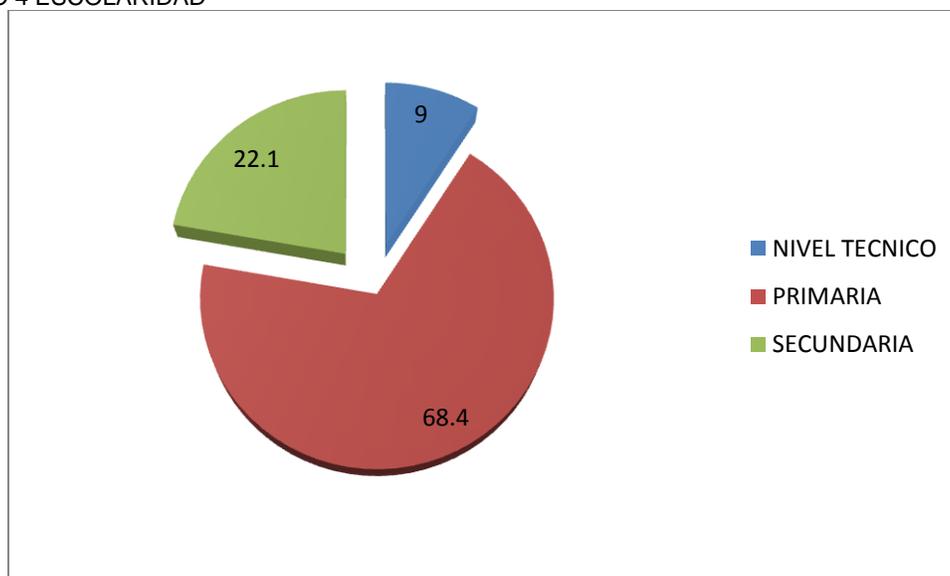
En el nivel de escolaridad se observa que la educación primaria se encuentra con una frecuencia de 65 y un porcentaje de 68.4%, posteriormente el nivel escolar de secundaria con una frecuencia de 21 pacientes y un porcentaje de 22.1% y al final el nivel técnico con una frecuencia de 9 pacientes y un porcentaje de 9.5%. Por lo que se observa que el nivel escolar en los pacientes estudiados, se encuentran en rezago. Tabla 4 y Grafico 4.

TABLA 4 ESCOLARIDAD

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
PRIMARIA	65	68.4%	68.4	77.9
SECUNDARIA	21	22.1%	22.1	20.1
NIVEL TECNICO	9	9.5%	9.5	100.0
TOTAL	95	100.0%	100.0	

FUENTE: CUESTIONARIO MBG

GRAFICO 4 ESCOLARIDAD



FUENTE: CUESTIONARIO MBG

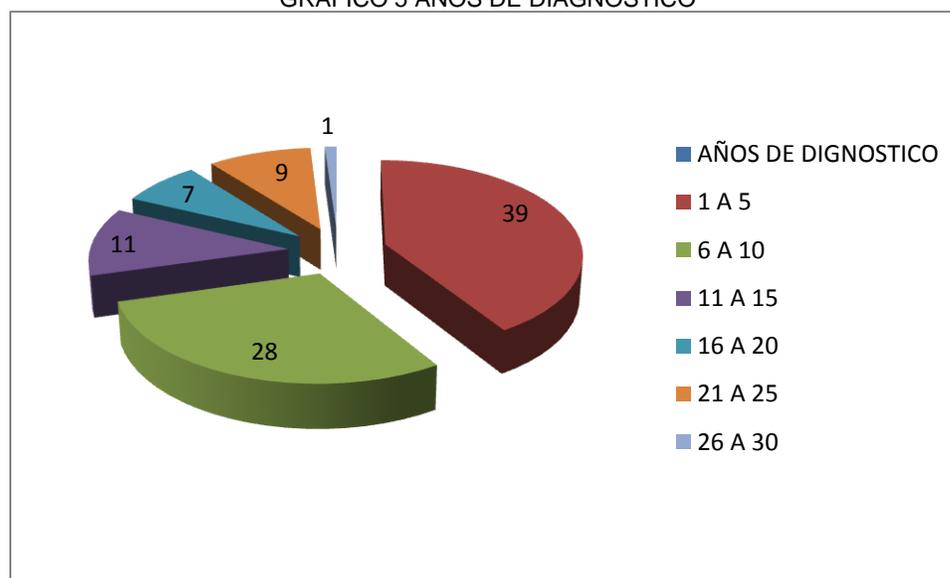
En los años de diagnosticada la enfermedad hipertensiva, esta se agrupa por quinquenios, en donde se observa que los pacientes agrupados entre 1 a 5 años de diagnostico muestran un frecuencia de 39 pacientes, con un porcentaje de 41.1%, los pacientes de 6 a 10 años con una frecuencia de 28, y un porcentaje de 29.5%, los pacientes de 11 a 15 años con una frecuencia de 11 y un porcentaje de 11.6%, los pacientes de 16 a 20 con una frecuencia de 7 y un porcentaje de 7.4%, los pacientes de 21 a 25 con una frecuencia de 9 y un porcentaje de 9.5%, y los de 26 a 30 años solo se presenta, siendo el porcentaje de 1.1%. Tabla 5 y Grafico 5.

TABLA 5 AÑOS DE DIAGNOSTICO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Años 1-5	39	41.1%	41.1	41.1
6-10	28	29.5%	29.5	70.5
11-15	11	11.6%	11.6	82.1
16-20	7	7.4%	7.4	89.5
21-25	9	9.5%	9.5	98.9
26-30	1	1.1%	1.1	100
TOTAL	95	100%	100	

FUENTE: CUESTIONARIO MBG

GRAFICO 5 AÑOS DE DIAGNOSTICO



FUENTE: CUESTIONARIO MBG

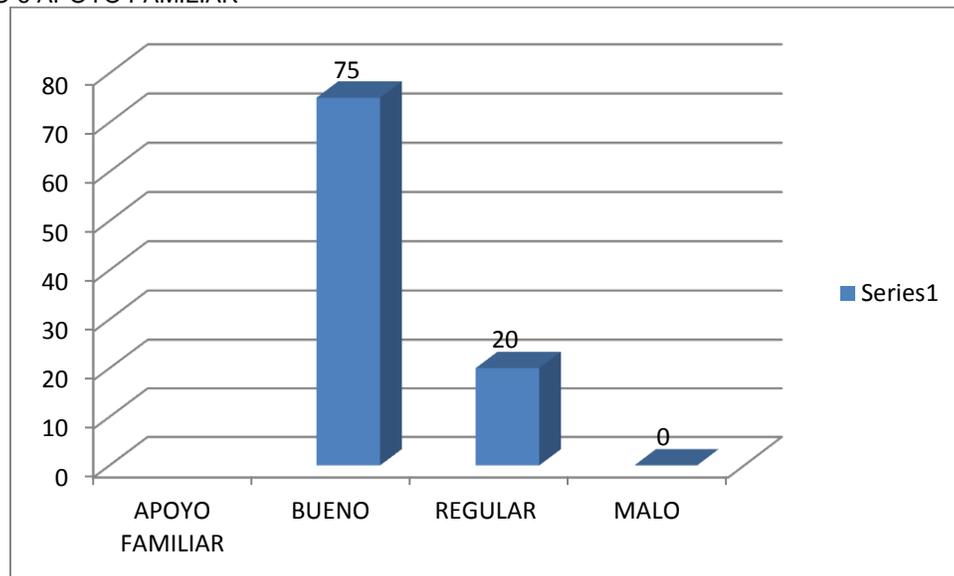
En lo que se presenta al apoyo familiar se encuentra divididos en apoyo familiar bueno con una frecuencia de 75 pacientes y un porcentaje 78.9%, y en el apoyo familiar regular con una frecuencia de 20 pacientes y un porcentaje de 21.1%, se hace mención, que no se encontró apoyo familiar malo en las encuestas realizadas. Tabla 6 y Grafico 6.

TABLA 6 APOYO FAMILIAR

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
BUENO	75	78.9%	78.9	78.9
REGULAR	20	21.1%	21.1	100.0
TOTAL	95	100%	100.0	

FUENTE: CUESTIONARIO APOYO FAMILIAR

GRAFICO 6 APOYO FAMILIAR



FUENTE: CUESTIONARIO APOYO FAMILIAR.

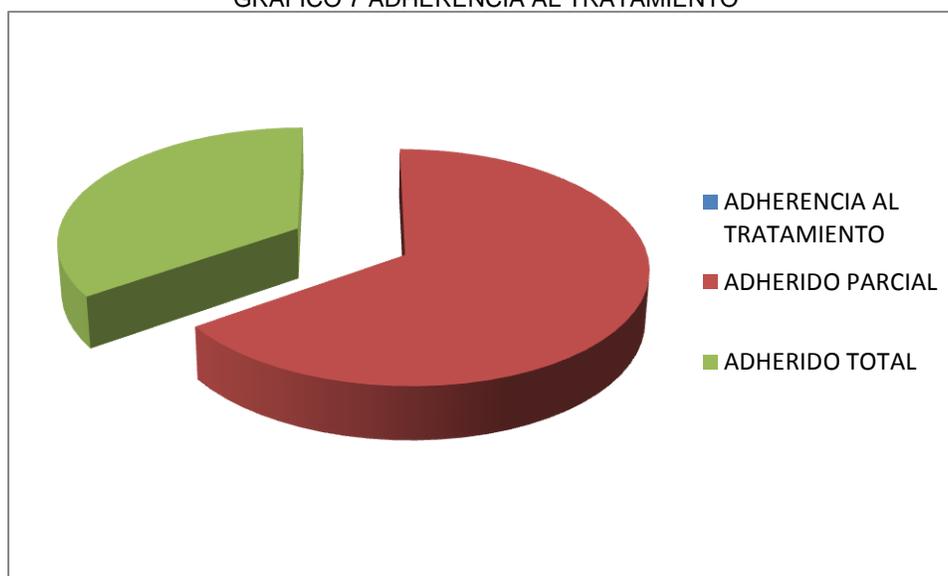
Se realiza de acuerdo al cuestionario MBG el seguimiento de acuerdo a la adherencia al tratamiento en donde se observa a los pacientes con adherencia parcial al tratamiento antihipertensivo con una frecuencia de 62 pacientes siendo un porcentaje de 65.3%, a los pacientes con una adherencia total con una frecuencia de 33 y un porcentaje de 34.7%. Cabe mencionar que no se encontró en las encuestas realizadas pacientes sin adherencia al tratamiento. Tabla 7 y Grafico 7.

TABLA 7 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
ADHERIDO PARCIAL	62	65.3%	65.3	65.3
ADHERIDO TOTAL	33	34.7%	34.7	34.7
TOTAL	95	100.0%	100.0	100.0

FUENTE: CUESTIONARIO MBG

GRAFICO 7 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO



FUENTE: CUESTIONARIO MBG

En lo que respecta a la comparación entre la adherencia al tratamiento y apoyo familiar se muestra en los pacientes con adherencia parcial al tratamiento antihipertensivo a 46 pacientes que representan el 74.2% siendo su apoyo familiar bueno que se representan el 61.3%, y con apoyo familiar regular a 16 pacientes que representan 25.8%. Pacientes que se muestran con una adherencia total al tratamiento antihipertensivo con 29 pacientes, para un porcentaje de 38.7% con apoyo familiar bueno, los mismos pacientes con adherencia total al tratamiento con 20% de apoyo familiar regular.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO * APOYO FAMILIAR

			APOYO FAMILIAR		Total
			BUENO	REGULAR	
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO	ADHERIDO PARCIAL	Recuento	46	16	62
		% dentro ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO	74.2%	25.8%	100.0%
		% dentro APOYO FAMILIAR	61.3%	80.0%	65.3%
		% del Total	48.4%	16.8%	65.3%
	ADHERIDO TOTAL	Recuento	29	4	33
		% dentro ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO	87.9%	12.1%	100.0%
		% dentro APOYO FAMILIAR	38.7%	20.0%	34.7%
		% del Total	30.5%	4.2%	34.7%
Total		Recuento	75	20	95
		% dentro ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO	78.9%	21.1%	100.0%
		% dentro APOYO FAMILIAR	100.0%	100.0%	100.0%
		% del Total	78.9%	21.1%	100.0%

FUENTE: CUESTIONARIO MBG Y APOYO FAMILIAR.

15. DISCUSION

En los últimos años se ha tratado de realizar un control de las enfermedades crónicas degenerativas, por medio de acciones dentro de las instituciones, desde un seguimiento más interdisciplinario, involucrando al entorno familiar relacionándolo con la adherencia terapéutica en el tratamiento farmacológico de la Hipertensión arterial, situándose en torno al 66.2% al 7.1% del total de la población hipertensa a nivel mundial.

En comparación al estudio realizado por Marín-Reyes y Rodríguez Moran en diciembre del 1999 en el Hospital Regional del IMSS en la ciudad de Durango, con título "Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial", se menciona que no hubo diferencias entre los pacientes, y el apoyo familiar se asocia de manera independiente con adherencia al tratamiento, donde además la adherencia al tratamiento se vincula de forma significativa con el apoyo que los familiares otorgan al enfermo. Donde de 40 pacientes el 77.5% tenían apego a su tratamiento antihipertensivo y el 22.5% no tenían apego a su tratamiento antihipertensivo. Mencionar estudio relacionado con año y autor título y resultados.

Se aplicaron los cuestionarios de MBG (Martín-Bayarre-Grau) y Funcionalidad Familiar a 95 pacientes con hipertensión arterial adscritos a la UMF 249 de Santiago Tlaxomulco que lo contestaron correctamente.

Los resultados en cuanto a la edad de los pacientes de la población de estudio, la mayoría era pacientes entre el rango de 60 y 70 años de edad. Se ha observado que a mayor edad se producen mayores cambios vasculares lo que favorece el desarrollo de complicaciones de la hipertensión arterial. En cuanto al género el sexo femenino es el más frecuente con una relación 2:1 en un porcentaje representado con un 74.1%, por lo que se muestra que la mujer acude con mayor frecuencia a los servicios institucionales.

El Apoyo familiar observado en el estudio se muestra con una relación para los pacientes de **buena** en 75 individuos, mostrando que la presencia de las redes de apoyo se encuentran presentes en la unidad estudiada, en los restantes 20 pacientes con un apoyo familiar que se encuentra como **regular**.

En lo que respecta a la comparación entre la adherencia al tratamiento y apoyo familiar se muestra en los pacientes con adherencia parcial al tratamiento antihipertensivo a 46 pacientes que representan el 74.2% siendo su apoyo familiar bueno que se representan el 61.3%, y con apoyo familiar regular a 16 pacientes que representan 25.8%. Pacientes que se muestran con una adherencia total al tratamiento antihipertensivo con 29 pacientes, para un porcentaje de 38.7% con apoyo familiar bueno, los mismos pacientes con adherencia total al tratamiento con 20% de apoyo familiar regular.

De acuerdo al valor que se realiza de **chi cuadrada**, relacionando tanto la adherencia al tratamiento y el apoyo familiar se muestra con un valor de chi cuadrada=2,427. No existen diferencias valorables ente la adherencia al tratamiento y el apoyo familiar, por lo que se consideran diversos factores que pudieran influir en el buen control antihipertensivo.

Se observa que el nivel educativo sigue siendo bajo mostrando una mayor frecuencia en los pacientes hacia la educación primaria con 65 pacientes, secundaria 21, nivel técnico 9, es importante señalar que sigue siendo primordial continuar con un seguimiento de control adecuado en los pacientes, tomando en cuenta el nivel educativo. Esto ayuda para poder reconocer, las carencias individuales de cada paciente.

16. CONCLUSIONES

En el estudio realizado en la Unidad de Medicina Familiar 249 del IMSS Santiago Tlaxomulco, se identifica a los pacientes que ya presentan el diagnóstico de hipertensión arterial, encontrando que aquellos que presentan un apoyo familiar bueno, no influyen en la adecuada terapéutica farmacológica, y lo mismo ocurre con aquellos pacientes que cuentan con un apoyo familiar regular, por lo que la hipótesis que se formula no se confirma. Aunque en el estudio no se determinaron las características de la familia, que sería adecuado más adelante incluirlas para ver qué tanta relación ejerce en la adherencia terapéutica.

Cada vez son más los médicos de cualquier especialidad que se muestran preocupados por la falta de adherencia de los pacientes, y como médicos familiares deberíamos presentar programas con los pacientes incluidos los familiares y allegados, destinados a aumentar la adherencia al tratamiento, pero teniendo en cuenta algunas variables que serían adecuadas estudiar más adelante: las creencias del paciente, el tratamiento farmacológico, la información, la relación que se establece entre el paciente y el médico familiar.

Como médicos familiares, debemos analizar las diferentes estrategias de intervención, prevención y tratamiento, en nuestros pacientes hipertensos, y no solo enfocarnos en la sola atención del paciente, también indagar su entorno familiar, en este sentido de hace necesario como recibe apoyo del personal de salud y de su familia para aceptar cumplir con las recomendaciones de los tratamientos, no solo farmacológicos, también en su estilo de vida.

17. SUGERENCIAS

Hay que individualizar el tratamiento en cada paciente, adaptando en mayor grado posible las prácticas y actividades diarias, de igual forma a su cultura y sobre todo el entorno familiar en el cual se desenvuelve, ya que por sí solo el paciente no es el único factor para tener adherencia total, parcial o sin adherencia.

El fortalecimiento de la relación del médico familiar hacia el paciente debe ser el pilar tanto del tratamiento como en el acompañamiento de los pacientes con enfermedades crónicas, esencialmente de la hipertensión arterial, siguiendo los principios básicos de la medicina de familia.

En el caso de las personas que viven solas, se debería formar una red de apoyo, tratando de involucrarlos en el seguimiento del tratamiento del paciente hipertenso, y hacer las medidas de promoción en los estilos de vida saludables, tanto para los pacientes adultos mayores como adultos jóvenes.

18. ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTADO DE MEXICO PONIENTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 249

Por _____ medio _____ de _____ la _____ presente,
Yo _____ reconozco que se me ha invitado libremente a la investigación titulada "APOYO FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA DE LA UMF 249 DEL IMSS EN SANTIAGO TLAXOMULCO, ESTADO DE MEXICO"

Por lo anterior mencionado declaro que se me informo lo siguiente:

- 1) El objetivo principal del estudio.
- 2) Que se requiere contestar el cuestionario de valoración de disfunción eréctil (índice Internacional de función eréctil-5), y el cuestionario de evaluación del subsistema conyugal.
- 3) Que este estudio se realiza de manera confidencial.
- 4) Que no corro ningún riesgo, ni daño al participar en el estudio de la investigación.
- 5) Que en caso de no querer participar en el estudio, no se tomaran represarías, ni cambiara la forma de atención en la consulta de Medicina Familiar.

Por lo anterior, declaro que es mi decisión consciente, libremente determinada e informada para participar en el presente estudio de investigación en la Unidad de Medicina Familiar 226, firmo de conformidad y autorización.

Firma del aceptante

Testigo

Firma del tesista

Testigo

Fecha: _____

ANEXO 2

Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martin Bayerre-Grau)

Estimado paciente:

Solicitamos la colaboración. Para estudiar cómo se comporta el cumplimiento de las indicaciones orientadas a los pacientes con hipertensión arterial. Solo de dar respuesta a las preguntas que aparecen a continuación. Le garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para este estudio. Muchas gracias.

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Nivel de escolaridad: _____ Consultorio:

_____ Años de diagnosticada la enfermedad: _____

E) De las indicaciones que aparecen a continuación marque con una X, cuál o cuáles le ha indicado su médico.

Tratamiento higiénico-dietético:

7. Dieta sin sal o baja de sal _____
8. Consumir grasa no animal _____
9. Realizar ejercicio físico _____

F) Tiene usted indicado tratamiento con medicamentos

5. Si _____
6. No _____

A continuación usted encontrara un conjunto de afirmaciones. Por favor no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso. Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular:

Afirmaciones	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
Toma los medicamentos en el horario establecido					
Se toma las dosis indicadas					
Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta					
Asiste a las consultas de seguimiento programadas					
Realiza los ejercicios físicos indicados					
Acomoda sus horarios de medicación a las actividades de su vida diaria					
Usted y su médico deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir					
Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos					
Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos					
Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento.					
Usted y su médico analizan, como cumplir el tratamiento.					
Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico					

ANEXO 3

Escala de apoyo familiar y amigos

A continuación encontraras una serie de situaciones en la cuales deberá de contestar de acuerdo a lo que percibe en su familia y amigos

¿Con qué frecuencia cuentas con alguien cuando lo necesitas?	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre	
1. Cuentas con alguien de tu familia para poder platicar cuando lo necesitas	1	2	3	4	5	
2. Cuentas con algún amigo(a) con quien puedas platicar cuando lo necesitas						
3. Cuentas con alguien de tu familia que te ayude a resolver problemas						
4. Cuentas con algún amigo que te ayude a resolver problemas						
5. Tus padres te demuestran cariño y/o afecto						
6. Cuentas con algún amigo que te demuestre su afecto						
7. Confías en tu familia para hablar de las cosas que te preocupan						
8. Confías en algún amigo para hablar de las cosas que te preocupan						
9. Alguien de tu familia te ayuda en las tareas en casa						
10. Alguien de tus amigos te ayuda en las tareas en casa						
11. Alguien de tu familia te apoya cuando tiene problemas						
12. Alguien de tus amigos te apoya cuando tiene problemas						
13. En mi familia se habla de los problemas de todos y nos apoyamos todos (papas, hijos y hermanos)						

14. Estas satisfecho con el apoyo que recibes de tu familia						
15. Estas satisfecho con el apoyo que recibes de tus amigos						

9. BIBLIOGRAFIA.

1. <http://redalyc.uamex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=194114401003>
2. Mendoza Solís L. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Archivos en medicina familiar 2006;8:27-32
3. Marín-Reyes F. Rodríguez Moran M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial Salud Pública Mex 2011; 43. 336-339
4. Rancel Hernández M. La familia desde una perspectiva sistémica PAC MF 1999:1-5
5. Violeta E. Vera Pérez Ariel Estrada Aguilera Influencia social y familiar en el comportamiento del paciente con VIH/SIDA ante su diagnóstico y su manejo. Revista Hospital Juárez México 2004 Vol. 71 29-35
6. . X. Nogue Solán, M.L. Sordi Redó, J Villar García Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. Anales de medicina interna. Madrid v.24 n.3 marzo 2007.
7. Medellín Fontes, Rivera Heredia M, López Peñaloza J. Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. Salud Mental 2012 vol. 35 no 2.147-154
8. <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlob&blobcol=urldata&blobkey=id&blobwhere=1181245436984&ssbinary=true&blobheader=application/pdf>
9. María Teresa Varela Arévalo. El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. Pensamiento psicológico vol. 7 no. 14 2010 pp.127 140.
10. Adherencia en tratamiento con antihipertensivos. Milena Díaz Molina. Liliana Mateos López www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/254/1/html.
11. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009 Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la Hipertensión Arterial Sistémica.
12. Guías de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención. México: Secretaría de Salud;2008

13. Pacheco Ureña A. Corona Sapien C. Osuna Ahumada M. Prevalencia de hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad en poblaciones urbanas del estado de Sinaloa, México. Rev. Mexicana de Cardiología 2012 v 23 7-11
14. Barrios Muñoz Alicia, Alvarado Vázquez Aurora, Montero Pardo Xolyanetzin. Funcionamiento familiar ante una enfermedad una propuesta de evaluación y sus complicaciones en el tratamiento psicológico de familias con un enfermo crónico. Facultad de Psicología, UNAM.
15. Libertad Martín Alfonso; Héctor D. Bayarre Veja; Jorge A. Grau Abalo. Validación del cuestionario MBG (Martin-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_1_08/spu12108.htm.
16. Velázquez Monroy O, Rosas Peralta M, Tapia Conyer R. Grupo Encuesta Nacional de Salud 2005: Hipertensión Arterial en México: Resultados de la ENSA 2000. Arch Cardiol Mex 2005: 71 84
17. Ramírez Villaseñor I. Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en medicina familiar. Primera parte. Archivos en Medicina Familiar Vol. 7 2005; 99-107
18. Ramírez Villaseñor I. Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en medicina familiar. Segunda parte. Archivos en Medicina Familiar Vol. 7 2005; 61-64
19. Martín Rosas, Martínez Reding J. Herrera Acosta J. Hipertensión arterial en México Arch Cardiología 2004; 74: 134-157
20. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas México DF Secretaria de salud 1993: 25 28
21. Velázquez Monroy O. Fause Attie. Nueva visión de los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en México (análisis por consolidación conjuntiva) Archivos de cardiología de México vol. 74 abril-junio2004; S164-178.
22. Gómez Dante O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. Salud pública Mex 2011;53 supl 2S220-S232.

