



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 77 IMSS.
ESTADO DE MÉXICO**



**“RELACION DE ADHERENCIA TERAPEUTICA Y NIVEL POBREZA FAMILIAR
EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL”**

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

PRESENTA:

ALVAREZ MARTINEZ ALEJANDRA YENI

ECATEPEC, ESTADO DE MEXICO

2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**RELACION DE ADHERENCIA TERAPEUTICA Y NIVEL POBREZA FAMILIAR EN PACIENTES
CON HIPERTENSION ARTERIAL”**

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

PRESENTA:

ALVAREZ MARTINEZ ALEJANDRA YENI

AUTORIZACIONES



DR. PEDRO ALBERTO MUÑOZ REYNA

COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD DELEGACIÓN
ESTADO DE MÉXICO ORIENTE



DRA MARIA ESTHER GARDUÑO MORA

DIRECTORA UMF No. 77



DR RAFAEL HERNÁNDEZ JUÁREZ

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 77



DR. ALFONSO ZEMPOALTECA MORALES

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MEDICOS GENERALES DEL IMSS SEDE UMF No. 77

ECATEPEC, ESTADO DE MÉXICO

2017

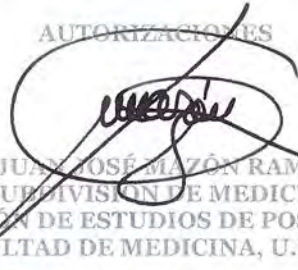
"RELACION DE ADHERENCIA TERAPEUTICA Y NIVEL
POBREZA FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSION
ARTERIAL"

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

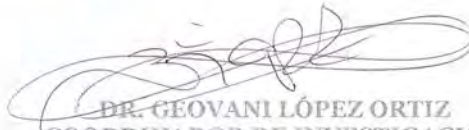
PRESENTA

DRA. ALEJANDRA YENI ALVAREZ MARTINEZ

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

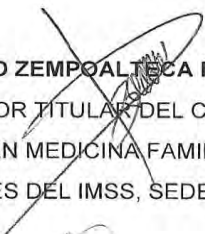
**“RELACION DE ADHERENCIA TERAPEUTICA Y NIVEL POBREZA FAMILIAR EN PACIENTES
CON HIPERTENSION ARTERIAL”**


TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR


PRESENTA:

ALVAREZ MARTINEZ ALEJANDRA YENI

AUTORIZACIONES


DR ALFONSO ZEMPOALTECA MORALES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO
DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS
GENERALES DEL IMSS, SEDE UMF 77


DR. ABRAHAM MARTINEZ CARBAJAL
ASESOR TEMATICO Y METODOLOGICO:
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ADSCRITO A UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 191 IMSS.


DR PEDRO ALBERTO MUÑOZ REYNA
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACION EN SALUD
ESTADO DE MEXICO ORIENTE

**“RELACION DE ADHERENCIA TERAPEUTICA Y NIVEL POBREZA FAMILIAR EN PACIENTES
CON HIPERTENSION ARTERIAL”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ALVAREZ MARTINEZ ALEJANDRA YENI

AUTORIZACIONES



DR. ABRAHAM MARTINEZ CARBAJAL

ASESOR TEMATICO Y METODOLOGICO:

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ADSCRITO A UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 191 IMSS.

ECATEPEC, ESTADO DE MEXICO

2017

DEDICATORIA

Este proyecto está dedicada a mis padres, pilares fundamentales en mi vida. Gracias por todo su cariño, comprensión y confianza que me dan día a día, por su tenacidad y lucha insaciable han hecho un gran ejemplo a seguir y destacar, no solo para mí, sino para mis hermanos y familia lo máspreciado y valioso del mundo.

A mis compañeros de estudio, a mis amigos, por su apoyo y conocimiento que hicieron de esta experiencia una de las más especiales, con su paciencia, comprensión y ayuda.

A todos aquellos médicos, por compartir sus conocimientos en todo el proceso del Aprendizaje.

Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado. Un esfuerzo total es una victoria completa. (Mahatma) Gand

ÍNDICE

MARCO TEORICO.....	1
ANTECEDENTES	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
JUSTIFICACIÓN	13
OBJETIVOS	14
Objetivo General	14
Objetivos Específicos:	14
HIPOTESIS	15
METODOLOGIA Y DISEÑO DEL ESTUDIO:.....	16
DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.....	16
POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO:	17
TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA. TIPO DE MUESTRA ...	17
CRITERIOS DE SELECCION	18
DEFINICIÓN DE VARIABLES:.....	19
MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.....	20
ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	21
CONSIDERACIONES ÉTICAS:	22
RESULTADOS.....	23
DISCUSION	34
CONCLUSIONES.....	35
BIBLIOGRAFIA	36
ANEXOS	39
Anexo 1	39
Anexo 2	41
Anexo 3	42
Anexo 4	43

RESUMEN

RELACION DE ADHERENCIA TERAPEUTICA Y NIVEL POBREZA FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL

Introducción: La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo más importantes para padecer enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y falla renal, causas importantes de mortalidad en México. Una hipertensión arterial mal controlada disminuye la calidad de vida del paciente, de su familia y puede llevarlo a la muerte. Por lo que es importante conocer la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial en relación a su nivel de pobreza familiar

Objetivos: Determinar la relación entre adherencia terapéutica y nivel de pobreza familiar. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal en pacientes con hipertensión arterial de UMF68, se utilizó Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín–Bayarre–Grau) para hipertensión arterial y se aplicó cuestionario de índice simplificado de pobreza familiar; los datos analizaron mediante estadística descriptiva y la correlación con la prueba de Pearson nos da $p < 0.01$ (significativa) lo cual nos indica que en el estudio no se encontró una asociación adherencia-índice pobreza familiar.

Resultados: La adherencia total y parcial es similar en todos los niveles económicos en los pacientes con hipertensión arterial. El nivel de escolaridad no influye como factor relacionado con la adherencia. Adherencia por género es mayor en las mujeres.

Conclusiones: El nivel de pobreza familiar no está en relación con el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial.

Palabras claves: Adherencia terapéutica, hipertensión arterial, nivel de pobreza familiar-

ABSTRACT

RELATIONSHIP OF ADHERENCE THERAPEUTIC AND FAMILY POVERTY LEVEL IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Introduction: Arterial hypertension is one of the most important risk factors for developing cardiovascular disease, stroke, and kidney failure, major causes of mortality in Mexico. Poorly controlled hypertension decreases the quality of life of the patient, his family and can lead to death. So it is important to know the adherence in patients with hypertension in relation to their level of family poverty.

Objectives: To determine the relationship between adherence and family poverty level. **Methods:** An observational, descriptive, cross-sectional study was conducted in patients with arterial hypertension UMF68 Questionnaire was used to assess adherence MBG (Martin-Bayarre-Grau) for arterial hypertension was applied questionnaire simplified index family poverty; Data analyzed using descriptive statistics and correlation with Pearson's test gives us $p < 0.01$ (significant) which indicates that the study adhesion-family poverty rate association was not found.

Results: Total and partial adherence is similar in all economic levels in patients with arterial hypertension. The level of education does not influence factor related to adherence. Adherence by gender is higher in women.

Conclusions: The level of family poverty is not related to the level of adherence in patients with arterial hypertension.

Keywords: Therapeutic adherence, arterial hypertension, family poverty leve

MARCO TEORICO

La hipertensión arterial es la enfermedad crónica más frecuente en nuestro medio, la importancia del padecimiento radica en su repercusión sobre la esperanza y calidad de vida de quien tiene este padecimiento, porque no se diagnostica oportunamente y cursa asintomático hasta que aparecen una o varias complicaciones.¹

En más del 90% de los pacientes la causa es esencial o idiopática, relacionándose en la mayor parte de las ocasiones con la edad y la arterioesclerosis.²

La hipertensión arterial es un aumento de la resistencia vascular debido a vasoconstricción arteriolar e hipertrofia de la pared vascular que conduce a la elevación de la presión arterial sistémica. >140/90 mmHg.³

Para efectos de diagnóstico y tratamiento, se usará la siguiente clasificación clínica: (NOM-030-SSA2-1999)⁴.

Presión arterial óptima	<120/80 mm de Hg
Presión arterial normal	120-129/80 - 84 mm de Hg
Presión arterial normal alta	130-139/ 85-89 mm de Hg
Hipertensión arterial	
Etapa 1	140-159/ 90-99 mm de Hg
Etapa 2	160-179/ 100-109 mm de Hg
Etapa 3	>180/ >110 mm de Hg

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es un síndrome de etiología múltiple que produce daño vascular sistémico e incrementa la morbimortalidad de diferentes enfermedades vasculares: enfermedad cerebrovascular, infarto del miocardio, insuficiencia cardíaca, enfermedad arterial periférica, retinopatía hipertensiva e insuficiencia renal crónica; es la tercera causa de discapacidad ajustada por años de vida productiva. La HAS tiene un curso asintomático en sus primeros estadios, por lo que existe un importante número de pacientes que desconoce su

enfermedad. Una hipertensión arterial mal controlada disminuye la calidad de vida del paciente, de su familia y puede llevarlo a la muerte; sin embargo, el comportamiento de las personas puede desempeñar un papel importante en esa evolución, podrían incluso, alargar su vida, aquellos que se adhieran adecuadamente a los tratamientos y regímenes de vida que esta enfermedad exige. El término adherencia según DiMatteo y DiNicola (1982) es entendido como una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado terapéutico deseado. En sentido general, el término adherencia se refiere al proceso a través del cual el paciente lleva a cabo las indicaciones del terapeuta, basado en las características de su enfermedad, del régimen terapéutico que sigue, de la relación que establece con el profesional de salud y de sus características psicológicas y sociales⁶.

La adhesión al tratamiento es entendida como la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener unas mejores condiciones de salud y de vida, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud. En la misma línea, según Meichenbaum y Turk (1991), el término adhesión se emplea para hacer referencia a una implicación más activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado.⁷

Para la OMS (2003) la adherencia al tratamiento, está definida como el grado en el cual el comportamiento del paciente, la toma de los medicamentos, la dieta y la introducción de los cambios en sus estilos de vida, responden a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud. En el caso de la HTA, existe un grupo de factores de riesgos conocidos, prevenibles y modificables, que requiere de los pacientes entender el impacto de dichos factores en su enfermedad y la convicción personal de incorporar hábitos permanentes en su nuevo estilo de vida saludable; todo esto traducido en un compromiso responsable con la enfermedad.

Los factores de riesgo más asociados en las investigaciones a niveles de presión arterial no controlados se encuentran en: una dieta no saludable, el sobrepeso, la inactividad física, el consumo de tabaco y alcohol, el estrés, la ira y el patrón de conducta tipo A. En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9, 4 millones de muertes. La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular. La máxima prevalencia de hipertensión se registra en la Región de África, con un 46% de los adultos mayores de 25 años, mientras que la más baja se observa en la Región de las Américas, con un 35%. El bajo nivel socioeconómico y la falta de acceso a los servicios de salud y a los medicamentos también aumenta la vulnerabilidad a episodios cardiovasculares provocados por la hipertensión no controlada. La prevención y el control de la hipertensión exigen voluntad política de los gobiernos y las instancias normativas. El personal sanitario, los investigadores, la sociedad civil, el sector privado, las familias y los individuos también deben contribuir. Solo con este esfuerzo mancomunado se logrará aprovechar la tecnología diagnóstica y los tratamientos disponibles para prevenir y controlar la hipertensión, y de ese modo retrasar o prevenir sus complicaciones potencialmente mortales. ⁸

De acuerdo con la OMS durante 2008, la prevalencia de hipertensión arterial entre la población de 25 años y más a nivel mundial es de alrededor de 27 de cada 100 personas. Por regiones, África tiene una de las prevalencias más altas (36.8) mientras que la región de las Américas la más baja (23). En la región, Canadá y Estados Unidos tienen las prevalencias bajas (alrededor de 15); seguidos por México (24.4); y en Brasil, Chile y Cuba, aproximadamente de 30 respecto a la población de 25 años y más (OMS, 2013). ⁹

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (Ensanut) reportó que en México hay 22.4 millones de adultos de 20 años o más que padecen hipertensión arterial, de los cuales únicamente 11.2 millones han sido diagnosticados por un médico y

5.7 millones tienen el padecimiento controlado de forma adecuada. México, D.F. 10 de diciembre, 2012. El director general del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Mauricio Hernández, informó que la encuesta refiere que del total de personas con el padecimiento, solo 11.2 millones tienen un diagnóstico médico y de éstas, 8.2 millones están en tratamiento farmacológico. La prevalencia de HTA varía de acuerdo con regiones, localidades y nivel socioeconómico (NSE), y esto pudo ser observado en la ENSANUT 2012 donde se registró una prevalencia significativamente más alta ($p < 0.05$) en la región norte del país (36.4%) que en el sur (28.5%), en las localidades urbanas (31.9%) que en las rurales (29.9%), y en el NSE alto (31.1%) comparado con el bajo (29.7%) (Figura 2). Los adultos con mayor vulnerabilidad y pobreza presentan prevalencias más bajas de HTA en el ámbito nacional y son los grupos que tienen en un mayor porcentaje HTA controlada ($< 140/90$ mmHg); por ejemplo, los adultos de la región sur tienen una prevalencia significativamente mayor de control (56.0%) que los del norte (45.8%), igualmente los de localidad rural (51.3%) que los de la urbana (48.3%) y los de NSE bajo (53.2%) que los de NSE alto (50.3%). Esta menor prevalencia y mayor porcentaje de control puede ser atribuido a que estos mismos grupos tienen menor prevalencia de obesidad, tabaquismo y consumo de sodio, factores causales de la HTA y que complican su control, mientras que presentan menos tiempo de actividad sedentaria. La hipertensión afecta a 3 de cada 10 adultos mexicanos de las distintas regiones, localidades y NSE. ¹⁰

En México, tres instituciones gubernamentales suministran los servicios de salud pública. La población derechohabiente de la seguridad social es de 46.9% del total nacional; el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es la institución con mayor cobertura y atiende a 66.2% de dicha población. A pesar de que los médicos generales y especialistas en medicina familiar disponen para su función de estudios de laboratorio, tratamiento farmacológico, tratamiento no farmacológico otorgado por el equipo de salud, el cual incluye actividad física, educación para la salud y nutrición, certificados de incapacidad y envío a segundo nivel, el control del paciente

con hipertensión es aún deficiente, lo cual se refleja en los múltiples ingresos a urgencias por problemas y complicaciones tardías de la hipertensión.¹¹

La prevalencia de HTA en México fue de 31.5% (IC95% 29.8-33.1), de los cuales, 47.3% desconocía que padecía esta enfermedad (diagnóstico por hallazgo de la encuesta). El grupo de edad de mayores de 60 años tuvo una prevalencia 3.4 veces más alta de HTA que el grupo de edad más joven (20 a 29 años), y se encontró una tendencia significativa ($p < 0.05$) por el efecto de la edad en la prevalencia de diagnóstico médico previo de HTA (8.8 veces más alta en el grupo de edad ≥ 60 años). La pobreza es definida como la escasez o falta de un bien o medio necesario para la sobrevivencia y el desarrollo de un ser humano. En términos sociales, las personas con limitaciones económicas viven en condiciones que no les permiten cubrir sus requerimientos básicos. En 2010, el CONEVAL estimó que existen 52.0 millones de personas en pobreza multidimensional (46.2% de la población total), los cuales se distribuían en moderada (40.3 millones) y en extrema (11.7 millones).¹²

El nivel económico de las familias influye poderosamente sobre diversos elementos vinculados con la salud. Estudios recientes coinciden en que el ingreso económico familiar no es el único, pero sí uno de los factores más importantes. La clasificación de las familias desde el punto de vista económico debe tomar en cuenta los diversos elementos que interactúan en esta perspectiva. Por su importancia y efectos sobre la salud-enfermedad, la pobreza es el indicador que el médico familiar debe evaluar. El índice simplificado de pobreza familiar (ISPF), clasifica 0-3 Sin evidencia de pobreza en la familia, 3.5-6 Pobreza familiar baja en la familia, 6.5-10 Pobreza familiar alta en la familia.¹³

Con respecto al nivel socioeconómico, se evidenció que los pacientes que pertenecen al nivel socioeconómico no pobre, representan el 40.3% de los pacientes hipertensos. Por el método chi cuadrado salió valor significativo de $p < 0,05$, lo que indica que existe una fuerte asociación entre hipertensión arterial y el nivel socioeconómico. En cuanto al OR, nos indica que la población no pobre tiene

2.02 m En 2010, el CONEVAL estimó que existen 52.0 millones de personas en pobreza multidimensional (46.2% de la población total), los cuales se distribuían en moderada (40.3 millones) y en extrema (11.7 millones). Lo cual nos indica un mayor riesgo a desarrollar hipertensión arterial que la población pobre. ¹⁴

El tratamiento tiene como objetivos clínicos prevenir, evitar o retardar las complicaciones agudas y crónicas de la enfermedad, reducir la mortalidad principalmente por cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y la insuficiencia cardíaca, así como mantener una adecuada calidad de vida. ¹⁵

En México, de 2000 a 2008, la tasa de mortalidad por hipertensión aumentó de 15, 7 a 18, 5 por 100 000 habitantes. Las mujeres exhibieron una mortalidad mayor que los hombres. Las personas que no completaron la escuela primaria presentan un mayor riesgo de morir de hipertensión que los que no tenían escuela. Los Estados con la asociación más fuerte con la mortalidad de la hipertensión fueron la ciudad de México del 2000 al 2005 y Oaxaca desde 2006 hasta 2008. ¹⁶

Los factores que influyen en la falta de adherencia se pueden clasificar según su relación con la patología, el paciente, el sistema sanitario, la relación médico-paciente o con el propio tratamiento. ¹⁷

La disminución en el gasto económico con el incremento de la adherencia fue atribuido, principalmente a la disminución en el riesgo de hospitalización (28% y 24% con la menor adherencia frente al 19% con la máxima adherencia), lo cual se reflejó en un descenso en los costos no médicos. La adherencia deficiente a la medicación es reconocida como otra fuente importante de pérdida económica en los sistemas de salud debido a que, frecuentemente, conducen a un empeoramiento evitable de la enfermedad y así a una amenaza seria e innecesaria a la salud, particularmente en las enfermedades crónicas como es el caso de la HTA. ¹⁸

El abandono del tratamiento antihipertensivo es un hecho común que se incrementa en la medida en que transcurre el tiempo y donde están comprometidas la actitud y aptitud tanto del paciente como del médico. Corresponsabilizar al paciente en el control de su enfermedad es una de las claves para mejorar la situación actual. Lograr que conozca el efecto beneficioso que para su salud tiene el cumplimiento terapéutico y consensuar con él desde el principio los objetivos que deben alcanzarse, contribuirá en gran medida a incrementar su responsabilidad en cuanto a la propia enfermedad.¹⁹

La meta del tratamiento es evitar la elevación de la tensión arterial para prevenir el daño de los órganos diana sin causar efectos indeseables ni cambios inaceptables al estilo de vida.²⁰

El control de la presión arterial y de los factores de riesgo debe ser una tarea primordial para evitar la próxima epidemia de enfermedades cardiovasculares en América Latina.²¹

ANTECEDENTES

Martín A; Bayarre; Grau Á, 2007. La Habana, Cuba. Realizaron cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Muestra de 114 pacientes, Se utilizó la metodología propuesta por Moriyama. El índice de consistencia interna Alfa de Cronbach obtenido para esta muestra fue de ,889. Se evaluó la calidad y construcción de los ítems con la definición operacional y las categorías que la componen. Cumplimiento del tratamiento (CT). Implicación personal (IP). Relación transaccional (RT). Determina tres tipos o niveles de adherencia al tratamiento: Total, Parcial y No adherido. Los resultados sugieren la presencia de tres factores denominados: Cumplimiento activo, Autonomía ante el tratamiento y Complejidad de la adhesión. Las categorías que recorren la definición operacional de adherencia terapéutica que se propone el proceso de validación es de la siguiente manera: Cumplimiento del tratamiento: es la ejecución por la persona de las indicaciones médicas prescritas (CT: ítems 1, 2, 3, 4). Implicación personal: es la búsqueda por el paciente de estrategias para garantizar el cumplimiento de las prescripciones con la ejecución de los esfuerzos necesarios (IP: ítems 5, 6, 8, 9 y 10). Relación transaccional: es la relación de colaboración establecida entre el paciente y su médico para instaurar el tratamiento y elaborar la estrategia a seguir que garantice su cumplimiento y aceptación por ambos (RT: ítems 7, 11 y 12). El cuestionario ha sido aplicado a amplias muestras de pacientes hipertensos. 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 a los que obtienen de 38 a 48 puntos, Adheridos Parciales de 18 a 37 puntos y No Adheridos a los que obtienen entre 0 y 17, de modo que se pueda cuantificar con rapidez la respuesta del paciente y determinar tres tipos o niveles de adherencia al tratamiento: Total, Parcial y No adherido. Los resultados sugieren la presencia de tres factores denominados: Cumplimiento activo, Autonomía ante el tratamiento y Complejidad de la adhesión, que explican el 68,72 % de la varianza acumulada en el MBG y se establecen utilizando el criterio de valor total mayor o igual a 1. ²²

Corugedo RM, Martín AL, Bayarre VH, 2009. La Habana, Cuba, Policlínico Universitario "Manuel Fajardo" en el Municipio Cruces, Cienfuegos, Escuela Nacional de Salud Pública. Se realizó una investigación descriptiva de corte transversal, una muestra de 351 pacientes. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial con la aplicación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) Se evidenciaron tres niveles de adherencia terapéutica: total, parcial y no adheridos, predominaron los adheridos totales con respecto a los demás, pero a pesar de que fueron superiores en magnitud, resultan insuficientes en relación con la importancia de la adherencia total para esta enfermedad. Los factores relacionados con la adherencia de manera desfavorable fueron: la ocupación, las creencias negativas de los pacientes con respecto a la enfermedad y el tratamiento, los efectos indeseables de los medicamentos, el olvido, los modos de afrontamiento no productivos y la insuficiente satisfacción con la atención médica recibida. ²³

El estudio realizado Diestra-Cabrera, Tang-Herrera, Málaga G. Lima, Perú. 2010, sobre Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general Carhuallanqui, pacientes atendidos en consultorios externos del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Muestra de 103 pacientes Se realizó estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal en el que se entrevistó a utilizando el Test de Morisky-Green para determinar su adherencia al tratamiento farmacológico y se determinó el nivel de presión arterial. Resultados: El 52,4% tenían educación primaria, 68% eran casados, 62,1% tenían su presión arterial controlada. La adherencia al tratamiento farmacológico fue 37,9%. Se halló asociación entre adherencia con el estado civil viudo y entre adherencia y presión arterial controlada ($p < 0,05$). ²⁴

García RC, Landeros LM, Gollner ZR, Gloria Solano SG, Alvarado ÁL, Morales DM, Estado de México, México, 2012. Estudio descriptivo transversal, en una muestra de 161 pacientes adultos mayores. Se evaluó el rol socioeconómico y la adhesión al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial. Este estudio mostro como la

baja adhesión al tratamiento se correlaciona con el bajo nivel socioeconómico en individuos con cifra de presión arterial más elevada. Los resultados reflejan la necesidad de mejorar las cifras tan elevadas y mortales de PA. ²⁵

Ponce RR, Irigoyen CA, Teran TM, Gómez CF, Landgrave IS, Mosqueda PG, 2001-2002, Cd México, Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo, transversal. Muestra de 1024 familias, Índice Simplificado de Pobreza Familiar (ISPF), Es un instrumento breve y sencillo, en su aplicación confiable y valido, para evaluar con fines exploratorios la pobreza familiar en la práctica de la medicina familiar. Se utilizan indicadores como: Ingreso económico familiar, Número de hijos, escolaridad materna, hacinamiento. Criterios de interpretación del ISPF: 0-3 Sin evidencia de pobreza en la familia, 4-6 Pobreza familiar baja en la familia, 7-9 Pobreza familiar media, 10-12 Pobreza alta en la familia. ²⁶

Eugenia Herrera Guerra, en estudio de la Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. Los resultados apuntan a la presencia de factores socioeconómicos que influyen negativamente en la adherencia al tratamiento, debido principalmente al bajo nivel educativo y a la poca disponibilidad económica para cubrir los gastos que requiere el tratamiento, lo cual es compatible con las características de los participantes. Por tanto, es importante tener en cuenta que el perfil de bajo nivel socioeconómico pone en evidencia el riesgo de no poder responder con los comportamientos de adherencia a los tratamientos. ²⁷

Otro estudio realizado en 2009, Martín A. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. Reporta en todos los territorios predominó la adherencia total con aproximadamente el 50 %, seguida de la parcial. ²⁸

En estudio de Cabrera JM, Adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial sistémica y factores coadyuvantes, de la Colonia “Juan Escutia”, Delegación Iztapalapa, México 2013, demuestra que el 69% de la

población toma con regularidad los medicamentos indicados por el médico, en tanto que el 25% lo hace de forma inconstante y 5% no lo hace. Factores socioeconómicos que influyen en la adherencia, el 63% de la población encuestada siempre cuenta con cobertura de instituciones de salud que proporcionan consulta y medicamentos, mientras que 37% lo reporta a veces y nunca. ²⁹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adherencia es la estrategia que permite que el paciente mantenga y continúe el tratamiento y de esta manera logre cambios significativos en su comportamiento que mejoren su vida. Actualmente se cuenta con más y mejores herramientas de ayuda diagnóstica, múltiples opciones farmacológicas, acceso a bases de datos e información vasta y guías de práctica clínica para mejorar los resultados importantes en los/as pacientes como lograr un mejor control de las cifras de presión arterial y reducir la morbilidad y mortalidad en los pacientes hipertensos. La baja adhesión al tratamiento se correlaciona con el nivel de pobreza familiar lo que reflejan la necesidad de mejorar estrategias en los pacientes con hipertensión arterial en base a nivel económico, por ello que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué relación existe entre la adherencia terapéutica y nivel de pobreza familiar en los pacientes con hipertensión arterial?

JUSTIFICACIÓN

La adherencia deficiente a largo plazo compromete la efectividad del tratamiento, de manera que es un tema fundamental para la salud, perspectiva de la calidad de vida y evitar complicaciones, mismas que son de gran impacto a nivel socio familiar, por lo que es de gran magnitud conocer las estrategias para propiciar el incremento de la adherencia terapéutica.

La relevancia social de esta investigación, es dada por el aporte de la información recolectada a la solución de un problema de carácter sanitario, evidenciado en los altos índices de no adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial se relacionan con pobreza familiar alta y es importante controlarla para disminuir sus respectivas complicaciones conocidas, como las enfermedades cardiovasculares y de las implicaciones sobre la calidad de vida de la población. El propósito de este estudio es conocer la adherencia al tratamiento en los pacientes derechohabientes del IMSS adscritos a UMF 68 e identifica factores asociados en base a resultados obtenidos, proponer estrategias de mejora individual y colectiva con ello disminuir los riesgos de falta de adherencia con sus implicaciones en la consulta y diferentes programas de riesgo cardiovascular

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la relación que existe entre la adherencia terapéutica y nivel de pobreza familiar en los pacientes con hipertensión arterial.

Objetivos Específicos:

Conocer el nivel de pobreza familiar en los pacientes con hipertensión arterial

Clasificar el nivel de adherencia en los pacientes con hipertensión arterial

Identificar el grado de adherencia terapéutica por género en pacientes con hipertensión arterial

Correlacionar el grado de adherencia terapéutica por nivel de escolaridad en pacientes con hipertensión arterial

Identificar el grado de adherencia terapéutica, en relación al tratamiento higiénico-dietético en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial

HIPOTESIS

Si el paciente con hipertensión arterial esta sin evidencia de pobreza familiar entonces tendrá una adherencia total.

METODOLOGIA Y DISEÑO DEL ESTUDIO:

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal en pacientes con hipertensión arterial de UMF 68 IMSS

Observacional, ya que se presencian los fenómenos sin modificar de manera intencional las variables.

Descriptivo; Ya que estudio solo un grupo sin hacer comparaciones.

Prospectivo; Ya que se define previamente y con precisión la forma de recolección de datos. Se planea a futuro. Ya que la información se recolecta en cuestionarios u hojas de captura diseñados ex profeso.

Transversal; Ya que las variables son medidas una sola vez.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO:

Se tomó como población a los pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica adscritos a Unidad de Medicina Familiar No 68, Tulpetlac km 29, Antigua Carretera México-Pachuca, Santa María Tulpetlac, Edo. De México. Delegación Estado de México Oriente.

Se les aplicó utilizando Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín–Bayarre–Grau) para hipertensión arterial, y el cuestionario de índice simplificado de pobreza familiar.

PERIODO DE ESTUDIO:

De 1º. Julio 2015 al 31 Diciembre 2015.

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA. TIPO DE MUESTRA

Se tomara una muestra no probabilística a conveniencia.

En base a los datos obtenidos por el servicio de ARIMAC de la UMF68, están registrados un total de 27,391 pacientes por lo tanto el tamaño de muestra es:

N = tamaño de la población que es de 27,391 pacientes quedando una muestra representativa de 379 pacientes.

$$N = \frac{(z\alpha)^2(p)(q)}{\delta^2}$$

$$N = \frac{(1.96)^2(.65)(.65)}{(.05)^2}$$

CRITERIOS DE SELECCION

Criterios de Inclusión

- Pacientes con hipertensión arterial con o sin otra comorbilidad.
- Pacientes derecho habientes del IMSS
- Sin importar el sexo de los pacientes
- Que acepten participar en el estudio.
- Complete el instrumento.
- Firme su consentimiento informado

Criterios de Exclusión.

- Pacientes con hipertensión arterial crónica que cursen con embarazo

DEFINICIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALAS DE MEDICION	UNIDADES DE MEDICION
DEPENDIENTE NIVEL DE ADHERENCIA	El grado en el cual el comportamiento del paciente en la toma de los medicamentos, la dieta y la introducción de los cambios en sus estilos de vida, responden a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud.	Nivel de apego a las indicaciones higiénico dietética y toma de medicamentos.	Cualitativa	Nominal	Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) Adheridos totales de 38 a 48 puntos, Adheridos parciales de 18 a 37 punto No adheridos de 0 y 17
INDEPENDIENTE NIVEL DE POBREZA FAMILIAR	La pobreza es definida como la escasez o falta de un bien o medio necesario para la Sobrevivencia y el desarrollo de un ser humano.	Posición social y económica de la familia en la sociedad	Cualitativa	Nominal	Índice simplificado de pobreza familiar 0-3 Sin evidencia de pobreza en la familia 4-6 Pobreza familiar baja en la familia 7-10 Pobreza familiar media en la familia 11-12 Pobreza familiar alta en la familia
INTERVINIENTES: EDAD	Tiempo que ha vivido una persona y otro ser vivo desde su nacimiento	Número de años indicados por paciente	Cuantitativa	Intervalo	Años vividos
GENERO	El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.	Hombre o mujer	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
ESCOLARIDAD	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Grados de estudios de los pacientes	Cualitativa	Ordinal	Primaria, Secundaria, Preparatoria, Profesional, Técnico

MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

Se sometió a revisión el protocolo de estudio por el Comité local de investigación, aceptado con número de registro: R-2014-1402-18, se acudió con el director de la unidad de Medicina Familiar No. 68 para dar a conocer el estudio y solicitar las facilidades para la realización del mismo.

Terminado el protocolo y previa aceptación del comité y autoridades correspondientes, con la ayuda de las asistentes médicas y médicos familiares, que previamente fueron capacitadas. Se procedió a identificar a los sujetos de investigación de acuerdo a los criterios de inclusión posteriormente se explicó el objetivo del estudio en cuestión, que la información proporcionada fuera útil y confidencial para dicha investigación, de igual manera se mencionaron los posibles inconvenientes o molestias que pudiera ocasionar su participación así como los beneficios que este conllevo, y fue decisión propia ser o no participantes del estudio, en caso afirmativo se les proporciono una carta de consentimiento informado (anexo 1) para su lectura y firma, posteriormente se aplicó el instrumento de recolección de datos el Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica Martín–Bayarre–Grau (Anexo 2) para hipertensión arterial y cuestionario de índice simplificado de pobreza familiar (Anexo 3). Una vez obtenida la información, se seleccionaron los cuestionarios con letra legible y completos al 100%, y se procedió a calificar la adherencia terapéutica y nivel de pobreza familiar en pacientes hipertensos en control de la UMF número 68, dando seguimiento al instrumento validado se registraron datos en Excel y SPSS para realizar el análisis estadístico de los mismos

ANÁLISIS DE LOS DATOS.

Los datos analizaron mediante estadística descriptiva, presentando los resultados obtenidos en porcentajes y proporciones, frecuencias para realizar el análisis estadístico para establecer asociaciones, la correlación mediante la prueba de Pearson nos da $p < 0.01$.

RECURSOS.

- HUMANOS

Médico del curso de especialización en medicina familiar para médicos generales del IMSS, Asistente médica, Médicos Familiares UMF 68.

- MATERIALES

Hojas blancas, equipo de cómputo (office, SPSS), impresora, tóner, memoria USB, fotocopias, impresiones, lápiz, goma, pluma.

- FINANCIEROS

Absorbidos en su totalidad por el Investigador principal

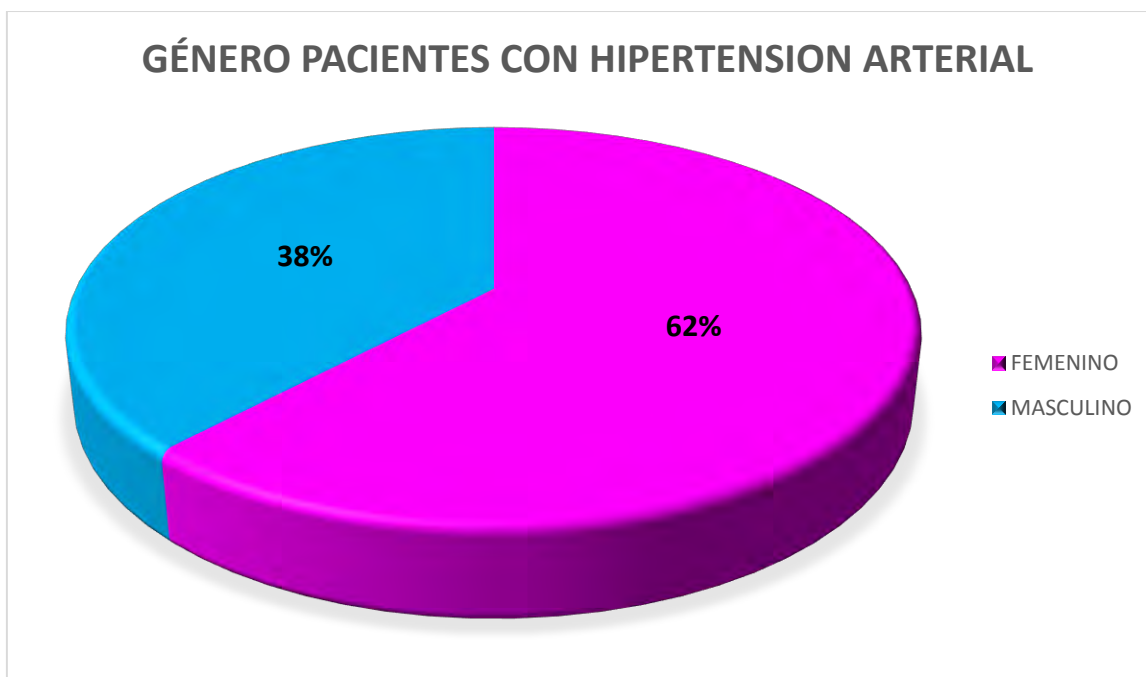
CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, vigente en nuestro país, el trabajo tiene conforme Título segundo capítulo 1, artículo 17 categoría “1” que dice: “investigación sin riesgo menor al mínimo debido a que los individuos que participarán en el estudio, únicamente, aportarán datos a través de una entrevista, lo cual no provoca daños físicos ni mentales, así mismo la investigación, no viola y está de acuerdo con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos contenidos en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52° Asamblea Médica Mundial en Edimburgo, Escocia. Octubre 2000

RESULTADOS

Se encontró en los pacientes con hipertensión arterial la mayor prevalencia fue género femenino con un 62% (235 casos); en comparación género masculino con un 38% (144 casos). (Ver gráfico 1)

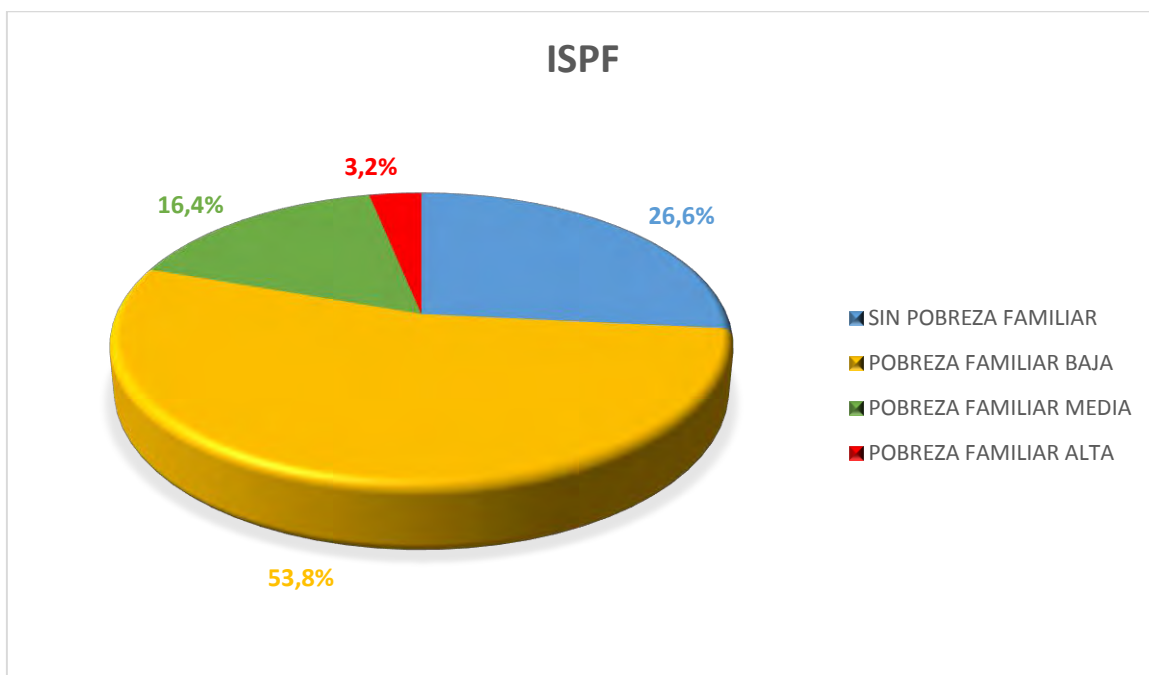
Grafico 1. Prevalencia de género



FUENTE: Instrumento de recolección de datos Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau) UMF 68 del IMSS, 2015.

En cuanto al nivel de pobreza familiar, se identificó predomina el nivel de pobreza familiar baja en un 53.8% y segundo lugar sin pobreza familiar 26.6 %, teniendo pobreza familiar media 16.4 %. Puede ser variación se deba a que se realizó el estudios a nivel institucional en el IMSS, lo que caracteriza de los pacientes asegurados tienen un trabajo y sus dependientes del mismo cuentan con apoyo económico, dentro de los no trabajan están incluidos pensionados por lo que la pobreza familiar alta se observa solo 3.2%. (Ver gráfico 2)

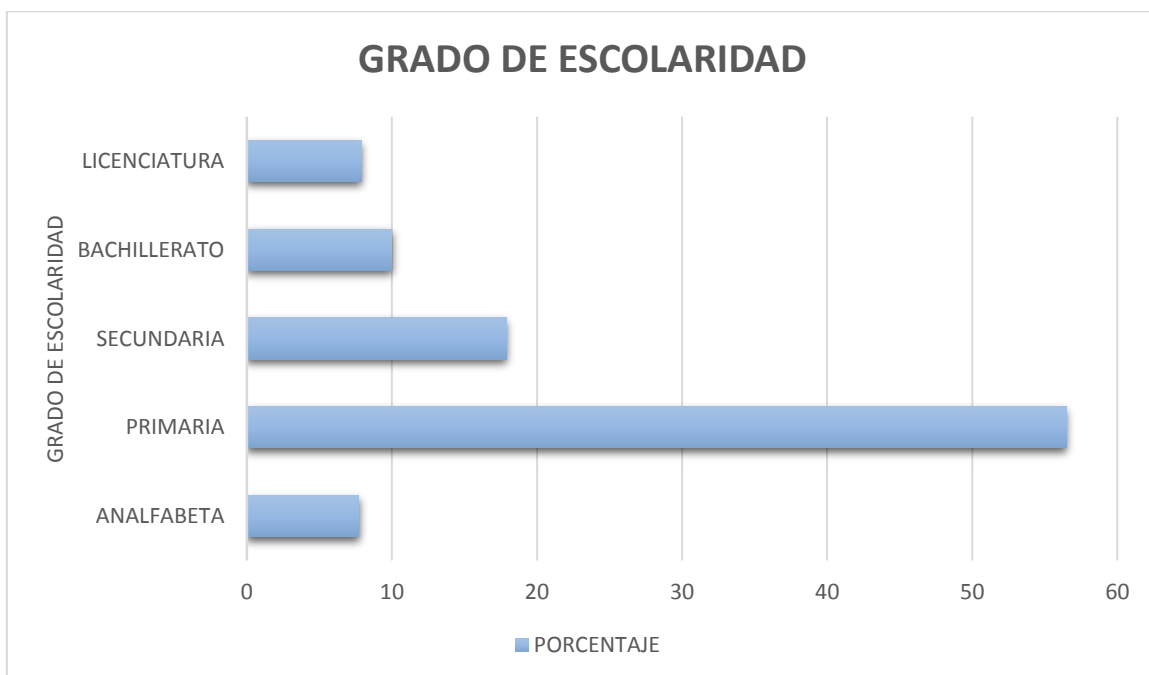
Gráfico 2. INDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA FAMILIAR (ISPF)



FUENTE: Instrumento de recolección de datos Cuestionario ISPF, UMF 68 del IMSS, 2015

En cuanto a su escolaridad, se distribuyó de la siguiente manera, la prevalencia fue en la escolaridad primaria 56.5 %, seguido de los que tienen la escolaridad secundaria 17.9%, los que tienen escolaridad bachillerato 10%, con licenciatura 7.9%, de los que no tienen ninguna preparación analfabetas 7.7%. (Ver gráfico 3)

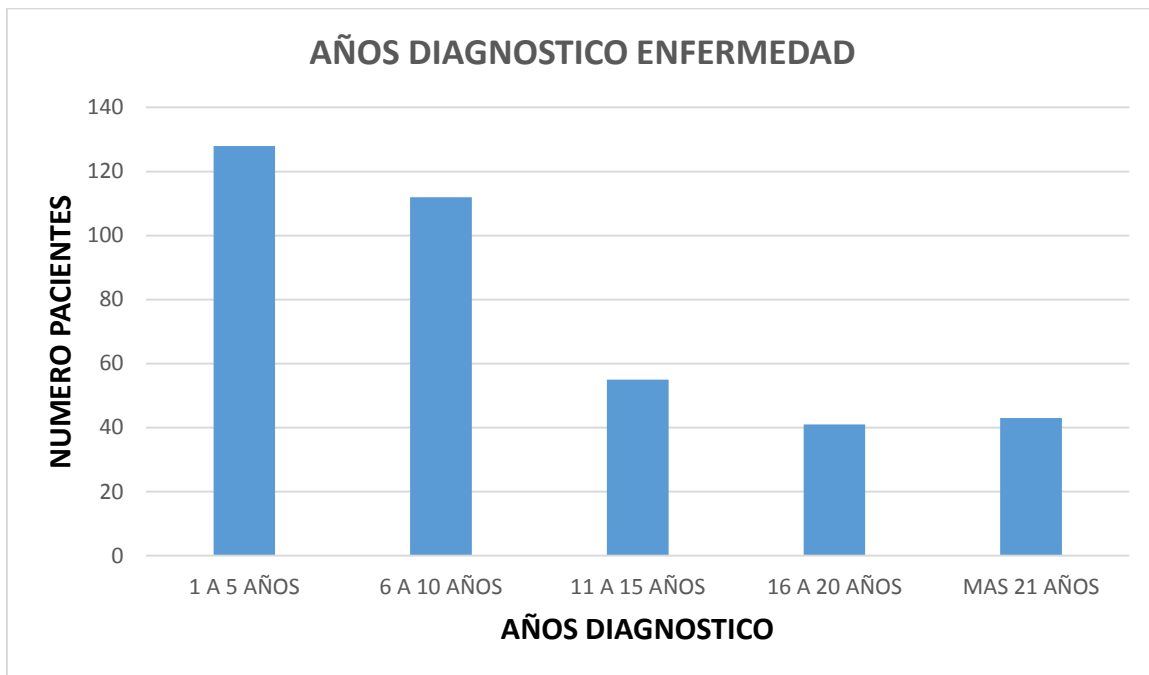
Grafico 3. Prevalencia de grado de escolaridad



FUENTE: Instrumento de recolección de datos Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau) UMF 68 del IMSS, 2015

En cuanto a los años de diagnóstico hipertensión arterial se encontró 33.8% tienen de 1 a 5 años, seguido de los que tienen de 6 a 10 años en un 29.6% a partir de 11 a 21 años el porcentaje es muy similar tienen de 11 a 15 años de diagnóstico, siendo porcentaje muy similar de 16 a 20 años y más de 21 años del 14.5% al 10.8%. (Ver gráfico 4)

Gráfico 4. Años de diagnóstico de enfermedad



FUENTE: Instrumento de recolección de datos Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau) UMF 68 del IMSS, 2015

Otra variable estudiada fue en relación a la ocupación, los trabajadores 34.8 % (132 casos) y los que no trabajan 65.2% en este rango están los que se dedican a labores del hogar y pensionados que son los que predominan en este estudio. (Ver gráfico 5)

Gráfico 5. Ocupación.

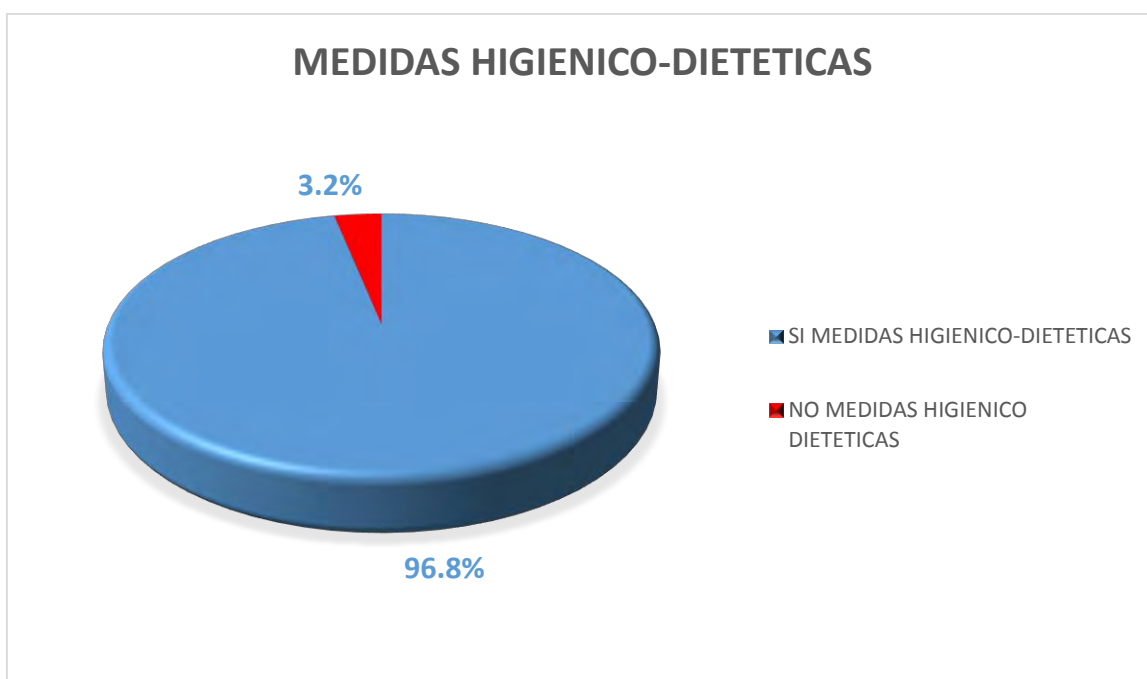


FUENTE: Instrumento de recolección de datos Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau) UMF 68 del IMSS, 2015

En lo que respecta a los hábitos higiénico-dietéticos, como la dieta sin sal, consumo de grasa animal, y realiza actividad física el 96.8% los lleva a cabo y el 3.2 % no los lleva a cabo los hábitos higiénico dietéticos. (Ver gráfico 6)

Los 379 pacientes (100%) refieren tener indicado tratamiento con medicamentos.

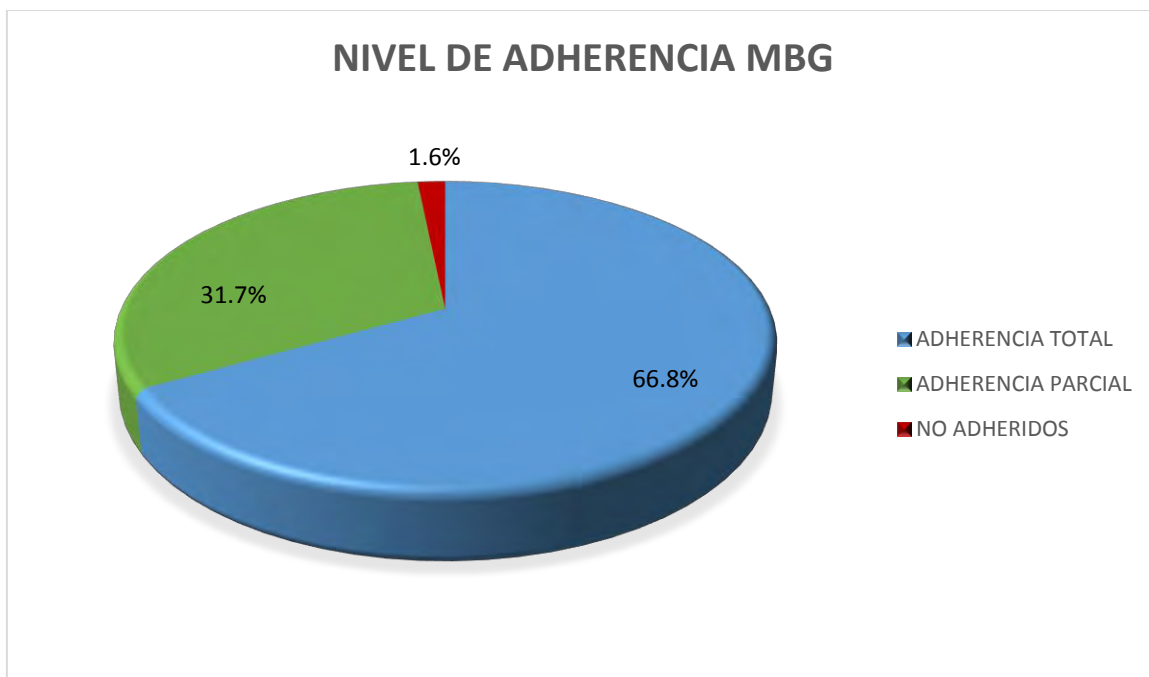
Gráfico 6. Medidas higiénico dietéticas.



FUENTE: Instrumento de recolección de datos Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau) UMF 68 del IMSS, 2015

En relación al grado de adherencia terapéutica, el 66.8% (253 casos) están con una adherencia total, el 31.7 % en adherencia parcial (120 casos) y el 1.6% (6 casos) no se encuentran adheridos al tratamiento antihipertensivo. (Ver gráfico 7)

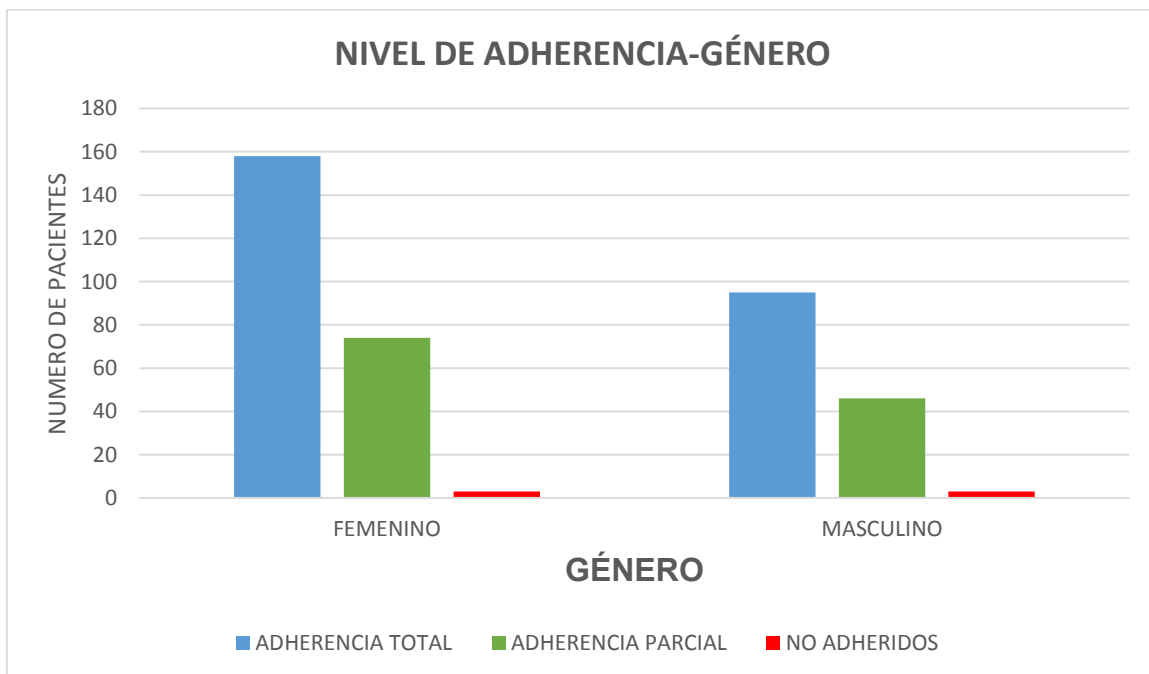
Tabla 7. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial



FUENTE: Instrumento de recolección de datos Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau) UMF 68 del IMSS, 2015

El nivel de adherencia terapéutica según el género, prevalece el femenino con una adherencia total del 158 casos con lo que demuestra que se apegan mejor al tratamiento, mientras género masculinos 95 casos, en cuanto la adherencia parcial predomina femenino 74 casos, masculinos 46 casos y pacientes se encuentran no adheridos 3 casos en femeninos y masculinos. (Ver gráfico 8)

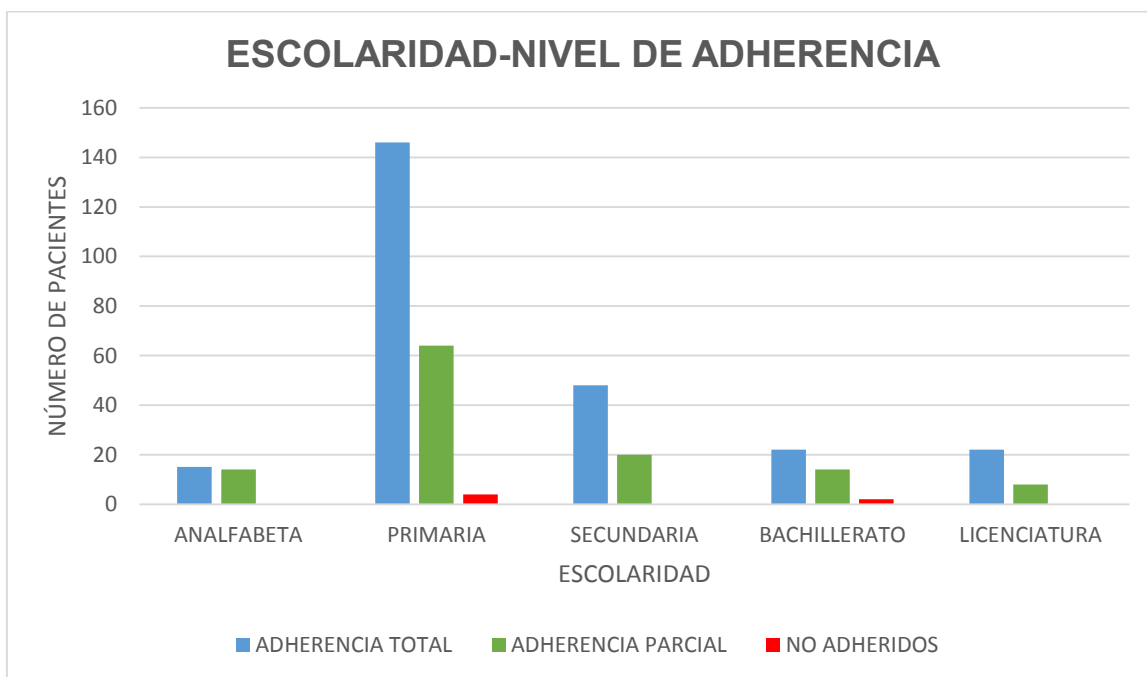
Gráfico 8. Prevalencia en el nivel de adherencia y género



FUENTE: Instrumento de recolección de datos Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau) UMF 68 del IMSS, 2015

En cuanto a la relación del nivel de escolaridad y nivel de adherencia terapéutica se muestra que el mayor número de pacientes tienen primaria y se encuentra mayor proporción la adherencia total, seguida adherencia parcial mismo comportamiento se observa con el nivel secundaria en pacientes con en los pacientes analfabetas similar proporción entre adherencia parcial y adherencia total; podemos observar que a mayor nivel de escolaridad preparatoria y licenciatura el comportamiento es igual sin ser evidente que predomine la adherencia total. Con lo que se concluye que el nivel de escolaridad no tiene relación con el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. (Ver gráfico 9)

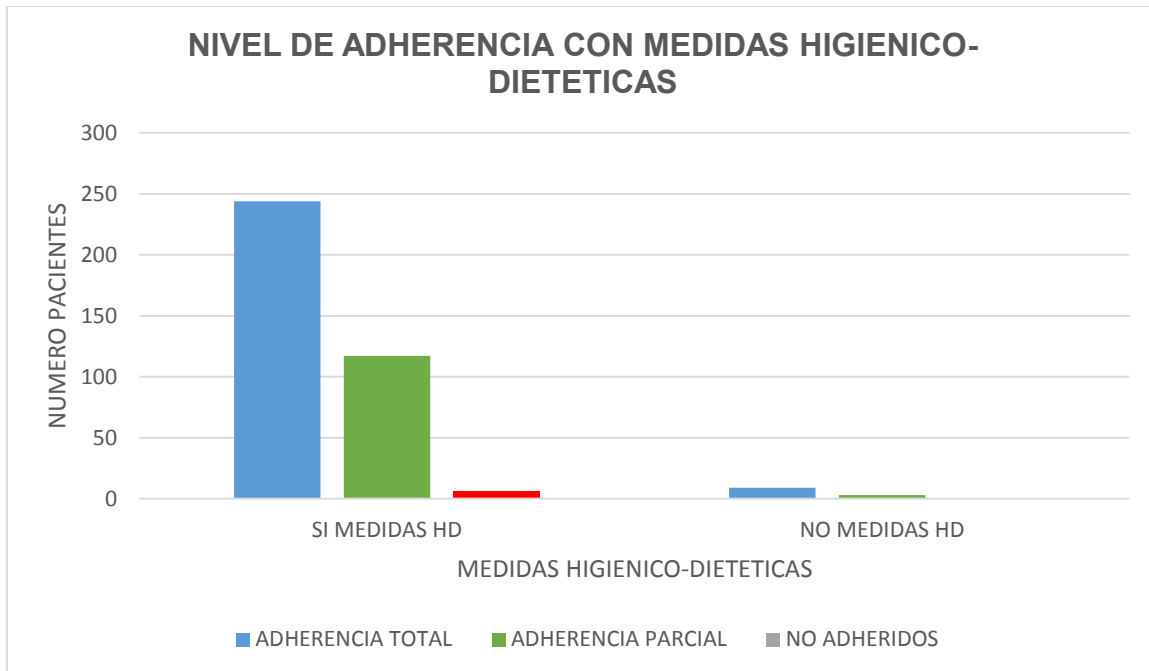
GRAFICO 9. Escolaridad y nivel de adherencia



FUENTE: Instrumento de recolección de datos Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau) UMF 68 del IMSS, 2015

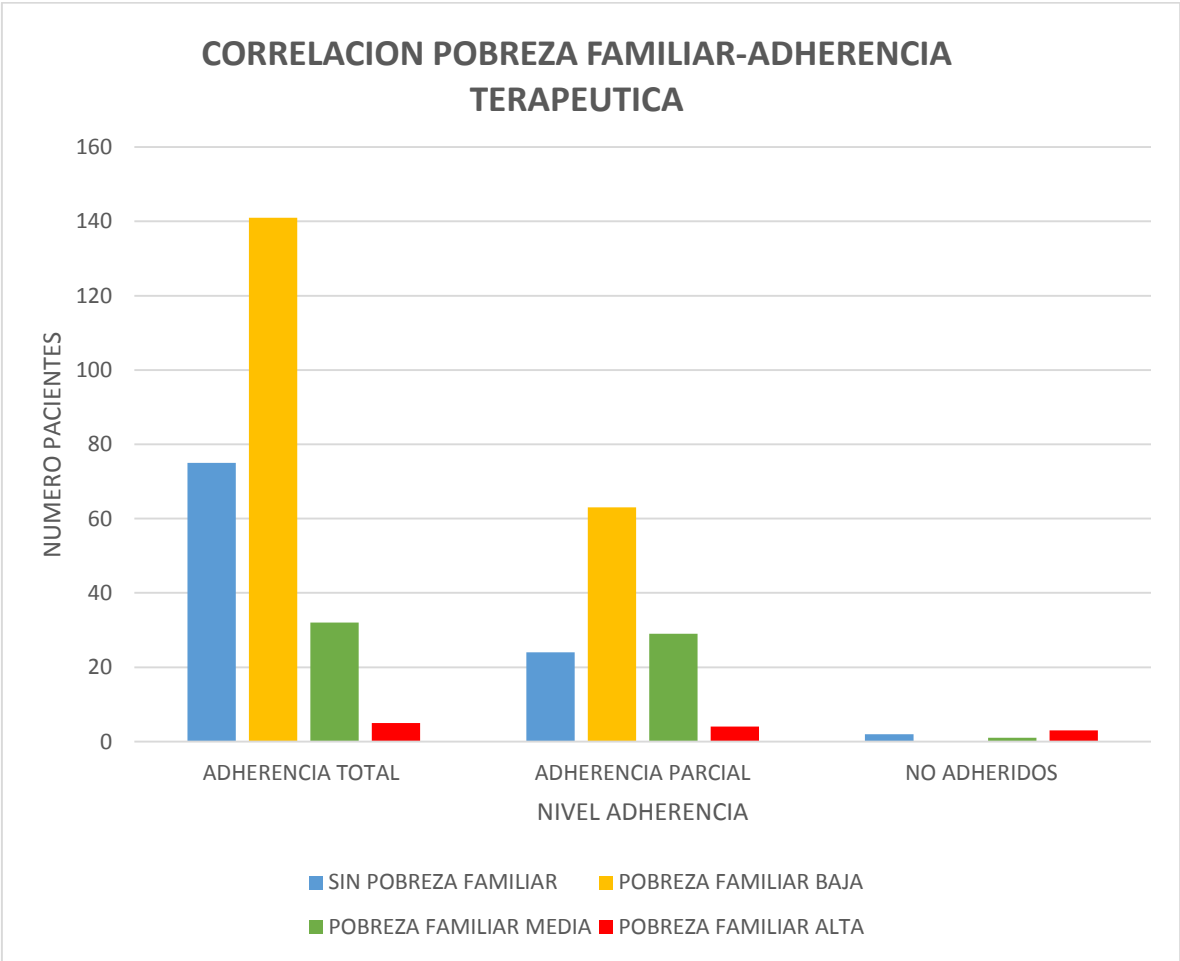
El nivel de adherencia total es mayor en los pacientes con medidas higiénico dietéticas. (Ver gráfico 10)

Tabla 10. Nivel de adherencia con medidas higiénico dietéticas.



En cuanto al nivel de adherencia total fue mayor en el nivel de pobreza familia baja, que es la población predomina en este estudio dado fue realizado a nivel institucional IMSS, en la adherencia parcial el comportamiento es muy similar en todos los niveles de pobreza familiar y la no adherencia se observó una semejanza en sin pobreza familiar y pobreza familiar alta. Con lo que se evidencia que el nivel socioeconómico no influye directamente en el nivel de adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial. (Ver gráfico 11)

Grafico 11. Relación nivel de pobreza familiar y nivel de adherencia terapéutica pacientes con hipertensión arterial



FUENTE: Instrumento de recolección de datos Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau) e ISPF, UMF 68 del IMSS, 2015

DISCUSION

Se evidenciaron tres niveles de adherencia terapéutica: total, parcial y no adheridos, predominaron los adheridos totales sin ser significativamente mayor que los adheridos parciales, en todos los niveles económicos.

En nuestro estudio se identificó predomina el nivel de pobreza familiar baja en un 53.8%, el grado de escolaridad de mayoría de los pacientes fue primaria. Se encontró una adherencia total por arriba de las cifras 66.8%. Se ha obtenido una mejor respuesta a la adherencia total por género en el sexo femenino.

Con respecto al tratamiento farmacológico el 100% refiere tener tratamiento, en lo que respecta a los hábitos higiénico-dietéticos, como la dieta sin sal, consumo grasa no animal, y realiza actividad física el 96.8% los lleva a cabo y en estos la adherencia total en mayor.

En cuanto al nivel de adherencia total no fue significativamente mayor en pacientes sin pobreza familiar, por lo se evidencia que el factor socioeconómico en este estudio no se correlaciona con nivel de adherencia en los pacientes con hipertensión arterial.

CONCLUSIONES

En este estudio se evidencia que el nivel de escolaridad no influye como factor relacionado con la adherencia, ya que el comportamiento es muy similar. Por lo que el nivel de escolaridad no tiene relación con el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial.

Se evidencia que la adherencia total es mayor en los pacientes que tienen tratamientos farmacológicos y medidas higiénicas dietéticas.

El nivel de pobreza familiar no está en relación con el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial.

Por lo que se concluye dadas las condiciones sociales, económicas, culturales y de la capacidad de los servicios de salud en el país, es difícil pensar en alcanzar el 100% la adherencia total; es necesario continuar con los esfuerzos de educación y promoción por parte del personal de los servicios de salud. Capacitar a la población hipertensa sobre los beneficios del control de la enfermedad y mejorar su adherencia terapéutica.

Otra propuesta sería investigar en grupos con nivel socioeconómico similares su correlación con su nivel de adherencia terapéutica.

BIBLIOGRAFIA

1. Sánchez CN. Adherencia terapéutica en hipertensión arterial sistémica Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2006; 14 (3): 98-101.
2. Fernández AE. Manejo de la hipertensión arterial, Archivos de Medicina Departamento de Cardiología y Cirugía Cardíaca. Clínica Universidad de Navarra 2013, 9 (1): 1-12.
3. Guía de la Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión arterial en el primer nivel de atención 2013; IMSS 076-08.
4. Norma Oficial Mexicana, NOM 0-30-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Publicado en el Diario Oficial de la federación con fecha 24 Noviembre del 2009.
5. Castaño GR, Medina GR, Rincón RL, Loría CJ, Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial, Rev. Med Inst Mex Seg Soc 2011; 49 (3): 315-324
6. Agámez PA, Hernández RR, Cervera EL, Rodríguez GY, Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo, Journal: Archivo Médico de Camagüey 2008; 12(5): 1-11
7. Holguín L, Correa D, Arrivillaga M, Canceres D, Varela M, Adherencia al tratamiento de Hipertensión arterial: Efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. Univ. Psychol. Bogotá (Colombia) 2006; 5 (3): 535-547
8. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre Hipertensión en el mundo. Día mundial de la salud 2013.
9. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) 2013.
10. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados nacionales. México 2012.
11. Mejía RO, Paniagua SR, Valencia OM, Ruiz GJ, Figueroa NB, Roa SV, Factores relacionados con el descontrol de la presión arterial, Salud Publica Mex, 2009; 51(4): 290-298.
12. Campos NI, Hernández BL, Rojas MR, Pedroza A, Medina GC, Barquera CS, Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. Salud Publica Mex 2013; 55 (2): 144-150.

13. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos de Medicina Familiar, 2005; 7 (1): 15-19.
14. Aguilar CY, Cáceres GP, Prevalencia y factores de riesgo asociados a hipertensión arterial, Hospital José Agurto Tello, Chosica. Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma 2013; 1: 26 – 32.
15. Hernández HM. Revisión Clínica Hipertensión Arterial Sistémica. Organó Informativo del Departamento de Medicina Familiar.
16. Sánchez BJ, Mortality trends from hypertension in Mexico by socioeconomic region and state 2000–2008. Rev Panam Salud Publica. 2012; 32(2):109–16.
17. Eskualdeko. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. Liburukia. 2011; 19 (1): 1-8.
18. Alcocer L. IV. Diseño de estrategias para disminuir los daños a la salud asociados a hipertensión arterial. Gac Méd Méx. 2009; 145 (4): 299-303.
19. Idelfonzo AJ, Romero VE. La Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo: ¿Tan o Más importante que la misma Terapéutica?. INFORMED 2011; 13 (9): 419-429
20. Jáuregui RA. La hipertensión arterial sistémica. Acta Médica Grupo Ángeles. 2009; 8 (1):17-24.
21. Zanchetti A. Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial. Journal of Hypertension 2001; 6 (2): 1-26.
22. Martín AL, Bayarre VH, Grau AJ. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial, Revista Cubana de Salud Pública 2007.
23. Corugedo RM, Martín AL, Bayarre VH. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Universitario "Manuel Fajardo" en el Municipio Cruces, Cienfuegos, 2009. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba. 2011.
24. Carhuallanqui R, Diestra CG, Tang HJ, Málaga G, Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. Rev. Med Hered. 2010; 21 (4).

25. García RC, Landeros LM, Gollner ZR, Gloria Solano SG, Alvarado ÁL, Morales DM. Rol socioeconómico y la adhesión al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial. *Revista de Investigación Programa de enfermería UDES*. 2012: 280-286
26. Ponce RR, Irigoyen CA, Teran TM, Gómez CF, Landgrave IS, Mosqueda PG. Validez de constructo del Índice Simplificado de Pobreza Familiar (ISPF). *Arch Med Fam*. 2002; 4(1): 6-12.
27. Herrera GE. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. *Av.enferm*. 2012; XXX (2): 67-75.
28. Martín A. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario: 2003-2007. *Ciencias de la salud, atención primaria de la salud, Cuba*: 2009
29. Cabrera JM, Lopez MJ, Villaseñor AM, Hernandez JJ, Granado GA, Reyes TR, Cruz ML, Caso ID. Adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial sistémica y factores coadyuvantes, de la Colonia "Juan Escutia", Delegación Iztapalapa, México, D.F. 2013. *Revista Especializada en Ciencias de la Salud*. 2013; 16(2):62-68.

ANEXOS

Anexo 1

Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín–Bayarre–Grau)

Estimado paciente:

Solicitamos su colaboración Para estudiar cómo se comporta el cumplimiento de las indicaciones orientadas a los pacientes con hipertensión arterial. Sólo debe 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		Sexo	Masculino	Femenino
Edad:	Escolaridad:	Ocupación:		
Años de diagnóstico de la enfermedad :		Consultorio:		

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) A continuación usted encontrará 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
1. Toma los medicamentos en el horario establecido					
2. Se toma todas las dosis indicadas					
3. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta					
4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas					
5. Realiza los ejercicios físicos indicados					
6. Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria					
7. Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir					
8. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos					
9. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos					
10. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento					
11. Usted y su médico analizan, cómo cumplir el tratamiento					
12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico					

Anexo 2

Índice Simplificado de Pobreza Familiar (ISPF)

De las indicaciones que aparecen a continuación marque con una X la que corresponda a su situación familiar:

Índice Simplificado de Pobreza Familiar (ISPF)			
Dimensión	Indicador	Categorías de respecto	Puntuación
Economía	Ingreso económico familiar	< 1 salario mínimo	3
		1 a 2 salario mínimo	2
		3 a 4 salario mínimo	1
		Mas 5 salario mínimo	0
Economía	No. hijos dependientes	Mas 3 hijos	3
		2 hijos	2
		1 hijo	1
		0 hijo	0
Educación	Escolaridad materna	Ninguna	3
		Primaria incompleta	2
		Primaria completa	1
		Pos primaria	0
Vivienda	No. de personas por dormitorio	Mas 5 personas	3
		4 personas	2
		3 personas	1
		1 a 2 personas	0

- I. 0 – 03 sin pobreza familiar
- II. 04 – 06 pobreza familiar baja
- III. 07 – 09 pobreza familiar media
- IV. 10 – 12 pobreza familiar alta

Anexo 3

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: NIVEL DE ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL EN RELACION CON EL NIVEL POBREZA FAMILIAR

Lugar y fecha: UMF 68.IMSS, Tulpetlac, Estado de México. De Marzo-Agosto 2015.

Número de registro: R-2014-1402-18

Justificación y objetivo del estudio: es Identificar la relación que existe entre la adherencia terapéutica y nivel de pobreza en la hipertensión arterial en el consultorio 20 de UMF68 IMSS

Procedimientos: Se identificara mediante criterios de inclusión y exclusión a pacientes hipertensos que sean candidatos a participar.

Posibles riesgos y molestias: no existe ningún riesgo para la aplicación de los cuestionarios

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Al participar en este estudio se proporcionara la información actualizada que se obtenga durante el estudio y canalizara al servicio o especialidad en caso de requerir ayuda, será manejados en forma confidencial.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se entregarán resultados por escrito y se les dará explicación detallada de los mismos

Participación o retiro: La participación de este estudio es completamente voluntaria.

Privacidad y confidencialidad: La información proporcionada es confidencial y sus posibles beneficios están relacionados en acciones preventivas ante las causas identificadas. Si usted requiere mayor información acerca de los derechos que obtiene una persona que participa en una investigación, podrá contactar al presidente del comité de ética local del Instituto Mexicano del Seguro Social (57 76 75 81) ext. 227 o directamente con la investigadora Dra. Alvarez Martinez Alejandra Yeni. Tel. 55 28 43 93 26

Beneficios al término del estudio: Correlacionar la relación del nivel de adherencia terapéutica con nivel socioeconómico en pacientes con hipertensión arterial.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Alvarez Martinez Alejandra Yeni. Tel. 55 28 43 93 26

Colaboradores:

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

Nombre y firma del
sujeto _____

Nombre y firma de quien obtiene el
consentimiento _____

Testigo

Anexo 4

		Dirección de Prestaciones Médicas Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud Coordinación de Investigación en Salud	
---	---	---	---

"2014, Año de Octavio Paz".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1402
HOSP GRAL DE ZONA NUM 68, MÉXICO ORIENTE, ESTADO DE

FECHA 22/10/2014

DR.(A). ALEJANDRA YENI ALVAREZ MARTINEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

RELACION DE ADHERENCIA TERAPEUTICA Y NIVEL POBREZA FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL.

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de Investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2014-1402-18

ATENTAMENTE



DR.(A). JOSÉ CESAR VELAZQUEZ CASTILLO
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1402

IMSS
SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS