



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DELEGACIÓN 2 NORTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94

**GRADO DE APOYO SOCIOFAMILIAR DE LOS PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA DESCONTROLADA DE LA UMF 94**

TESIS DE POSGRADO

*QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR*

PRESENTA

Dra. Paula Andrea Alvarado Correa

ASESOR PRINCIPAL

Dra. Esther Azcárate García



Ciudad Universitaria, CD. MX. Octubre 2021



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CDMX DELEGACIÓN 2 NORTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94 "ARAGÓN"

GRADO DE APOYO SOCIOFAMILIAR DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA DESCONTROLADA DE LA UMF 94

CON FINES DE TITULACIÓN PARA LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dra. Paula Andrea Alvarado Correa
Médico Residente del
Curso de Especialización en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 94
Matrícula: 97365151
Domicilio: Camino Antiguo San Juan Aragón No. 235
Colonia: Ampliación Casas Alemán CP. 07580 GAM CDMX
Teléfono: 5521242390
Correo electrónico: pau3blue@gmail.com

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Dra. Esther Azcárate García
Médico Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 94 IMSS
Matricula: 99362280
Domicilio: Camino Antiguo San Juan Aragón No. 235
Colonia: Ampliación Casas Alemán CP. 07580 GAM CDMX
Teléfono: 5557672799 con extensión 21407
Correo electrónico: estherazcarate@gmail.com

AUTORIZACIONES

Proyecto autorizado por el comité local de investigación: 3511
Con número de registro en SIRELCIS: R-2020-3511-019

DR. VÍCTOR MANUEL CAMARILLO NAVA
COORDINACIÓN AUXILIAR MÉDICA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. SANDRA HERNÁNDEZ CID DE LEÓN
COORDINACIÓN AUXILIAR MÉDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD

DR. SERGIO ALBERTO LEÓN ÁNGELES
DIRECTOR DE LA UMF NO. 94

DR. IGNACIO RODRÍGUEZ PICHARDO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD UMF NO.94
IMSS

DR. RODRIGO VILLASEÑOR HIDALGO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UMF NO.94 IMSS

DRA. JUDITH MAGDALENA CORONA LARA
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UMF NO.94 IMSS

AUTORIZACIONES

**Proyecto autorizado por el comité local de investigación: 3511
Con número de registro en SIRELCIS: R-2020-3511-019**

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

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

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

AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinitamente a mi Dios por darme la fortaleza para seguir escalando y no abandonarme nunca.

A mi familia por estar conmigo en todo momento, aún en los tiempos difíciles, por alentarme a no desistir y culminar un sueño más, en especial a mis padres por brindarme las herramientas suficientes, por los sacrificios que hicieron para darme una buena educación, a mis hermanos que siempre me auxiliaron y me motivaron a terminar mi especialidad.

A mi pareja por la comprensión y el amor, por siempre estar al pendiente de mí y no dudar en apoyarme.

A mis profesores de diversas especialidades que compartieron sus conocimientos explicando todo lo que sabían para volvernos mejores y en un futuro poder aplicar esas enseñanzas durante nuestra vida profesional.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Medicina que son mi alma mater, por tener el privilegio de formar parte de ellas creciendo como estudiante y como profesionista.

ÍNDICE

Resumen Integrado.....	7
MARCO TEÓRICO.....	8
INTRODUCCIÓN.....	8
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA.....	9
DEFINICIÓN.....	9
CLASIFICACIÓN.....	10
EPIDEMIOLOGIA.....	10
FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA.....	12
FACTORES ASOCIADOS AL DESCONTROL HIPERTENSIVO.....	12
DIAGNÓSTICO.....	13
APOYO SOCIAL.....	14
APOYO FAMILIAR.....	16
COMPLICACIONES QUE PUEDEN APARECER CON EL DESCONTROL DE LA HIPERTENSIÓN.....	18
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	18
JUSTIFICACIÓN.....	21
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	23
OBJETIVOS.....	23
EXPECTATIVA EMPÍRICA.....	23
ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.....	23
MATERIAL Y METODOS.....	25
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	26
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.....	27
DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO.....	28
DESCRIPCIÓN DE LA HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	28
PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA.....	29
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	29
DIFUSIÓN DEL ESTUDIO.....	29
ASPECTOS ÉTICOS.....	29

GRADO DE APOYO SOCIOFAMILIAR DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA
DESCONTROLADA DE LA UMF 94

RECURSOS	31
PROGRAMA DE TRABAJO	32
RESULTADOS.....	33
ANÁLISIS DE RESULTADOS	43
CONCLUSIONES.....	45
RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS.....	45
REFERENCIAS	46
ANEXOS	51
Anexo 1. Cuestionario de apoyo social funcional Duke UNC.	51
Anexo 2. Hoja de recolección de información.....	52
Anexo 3. Consentimiento informado	53
Anexo 4. Cronograma de Actividades.	54

GRADO DE APOYO SOCIOFAMILIAR DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA DESCONTROLADA DE LA UMF 94

* Azcárate García E, **Alvarado Correa PA

Resumen Integrado

Antecedentes. La hipertensión arterial sistémica es una enfermedad cronicodegenerativa que afecta a personas en edades productivas (entre 25 a 50 años); si no existe un control adecuado de este padecimiento, pueden desarrollarse complicaciones que afecten distintos órganos de suma importancia como son: el corazón, los riñones y el cerebro. Para que exista un buen manejo de la hipertensión arterial sistémica, se requiere de apoyo social y familiar funcional, un factor importante en el control del padecimiento.

Objetivo. Determinar el grado de apoyo sociofamiliar de los pacientes con hipertensión arterial sistémica descontrolada de la UMF 94.

Materiales y métodos. Estudio observacional, descriptivo y transversal en pacientes con hipertensión arterial descontrolada adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social, a los cuales se les aplicará el cuestionario DUKE UNC que investiga el grado de apoyo social funcional que recibe el paciente durante el desarrollo de su padecimiento.

Tiempo a desarrollarse. 3 años.

Recursos e infraestructura. Pacientes, áreas físicas de la unidad, expediente clínico, materiales y financieros cargo del investigador.

Resultados. Con un total de 100 participantes, el 61% fueron mujeres y el 31% fueron hombres. En cuanto al apoyo socio familiar global el 84% resulto tener apoyo normal y el 16% un apoyo escaso. La edad con menor apoyo fue la de 40-50 años en un 25%. El 83.6% de las mujeres tuvieron mejor apoyo afectivo en comparación con el 82% de los hombres que tuvieron mejor apoyo confidencial.

Conclusiones. No se cumplió la expectativa empírica, ya que resultó que el 84% obtuvo un apoyo social familiar normal, y se trabajó con la expectativa empírica de que el 70% de los participantes con hipertensión arterial sistémica descontrolada, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 94 resultarían con un bajo apoyo sociofamiliar.

Palabras clave. Apoyo social, apoyo familiar, hipertensión arterial sistémica, descontrol hipertensivo.

* Profesora del Curso de Especialización en Medicina Familiar, UMF No 94, IMSS.

**Médico Residente de tercer año del curso de Especialización en Medicina Familiar, UMF No. 94, IMSS

MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial sistémica es una enfermedad crónica degenerativa muy común en el mundo y en México. Se estima que en nuestro país, 15 millones de personas padecen Hipertensión Arterial y más del 50% no siguen ningún manejo farmacológico o desconocen su condición. Además, se ha observado que quienes ya están diagnosticados inician un tratamiento nuevo y a los pocos meses lo suspenden, pueden llegar a ser irregulares en la administración del medicamento con dosis incorrectas o no siguen las medidas higiénico dietéticas que también son importantes en el control de cifras tensionales; se recomienda la actividad física para no caer en el sedentarismo, el control de peso y la alimentación balanceada para prevenir la obesidad, la eliminación del tabaquismo y el alcoholismo, que en conjunto con el apoyo familiar y social mejoraran a largo plazo la calidad de vida del paciente.

Es frecuente que durante la consulta al informar el diagnóstico, el paciente no acepte con facilidad que está enfermo, puede que lo tome con calma y tranquilidad siguiendo las indicaciones que el profesional de la salud le brindará ahora que ya conoce su padecimiento o puede hacer caso omiso de la información. Por ello, el adecuado control de la hipertensión arterial sistémica demanda un apoyo importante del grupo familiar para que lo asista en la toma de decisiones, en la vigilancia de la enfermedad y en la ejecución de acciones necesarias para su control. Por lo tanto la familia, también se vuelve parte esencial en la responsabilidad del manejo y control del padecimiento, pues es un pilar en el apoyo social, económico y afectivo del paciente.

Si la hipertensión arterial no se trata a tiempo o no se controla puede provocar daños permanentes a la salud. Conocer la asociación de los factores que determinan el buen control de la patología nos ayudará en gran medida a la disminución de las secuelas y de la mortalidad. El apoyo socio-familiar tendrá una participación importante en aquellos pacientes hipertensos que están descontrolados y que a pesar del tratamiento individualizado no llegan a metas de cifras tensionales normales, para evitar una evolución desfavorable de la enfermedad y el desarrollo de complicaciones cardíacas, renales o cerebrovasculares.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA

DEFINICIÓN

Según la Organización mundial de la salud (OMS) es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, que a largo plazo los daña. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos. Cuanto mayor es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear la sangre a todo el organismo. De forma adicional establece que es uno de los principales factores que contribuyen a causar cardiopatías y accidentes cerebrovasculares que representan la causa más importante de muerte prematura y discapacidad (1).

La hipertensión arterial sistémica se define como la elevación sostenida y continua de las cifras tensionales diastólicas y sistólicas. Es el resultado del aumento de las resistencias al libre tránsito de la sangre en las paredes de las arterias periféricas. La tensión arterial es igual a gasto cardíaco por resistencias periféricas, por lo que si se mantiene constante cualquier incremento en los parámetros que la determinan, se originará hipertensión arterial (2).

Otra definición más estructurada de esta enfermedad que se basa en las cifras tensionales es la siguiente: tensión arterial sistólica igual o superior a 140 mm Hg y una tensión arterial diastólica igual o superior a 90 mm Hg. Los niveles normales tanto de tensión sistólica y diastólica, son esencialmente importantes para el funcionamiento eficiente de órganos vitales como el corazón, el cerebro o los riñones y para la salud y el bienestar en general.

La tensión arterial se mide en milímetros de mercurio (mm Hg) y se registra con dos números separados por una diagonal. El primer número corresponde a la tensión arterial sistólica, la más alta, que se produce cuando el corazón se contrae. El segundo número corresponde a la tensión arterial diastólica, la más baja, que se produce cuando el músculo cardíaco se relaja entre un latido y otro. Por tanto la tensión arterial normal en un adulto se define como una tensión sistólica de 120 mm Hg y una tensión diastólica de 80 mm Hg. Cifras por arriba de 140/90 mm Hg en un paciente ya diagnosticado con hipertensión arterial sistémica, se consideran como descontrol hipertensivo. Se ha observado que existen beneficios cardiovasculares incluso cuando la tensión arterial normal se encuentra con niveles de tensión sistólica (105 mm Hg) y de tensión diastólica (60 mm Hg) (3).

CLASIFICACIÓN

Tabla 1. De acuerdo a la JNC 8 se puede clasificar de la siguiente manera (4):

CATEGORÍA	TA sistólica (mmHg)	TA diastólica (mmHg)
Normal	<120	<80
Pre hipertensión	120-139	80-89
Etapa 1	140-159	90-99
Etapa 2	>160	>100

Tabla 2. Clasificación de la Hipertensión Arterial Sistémica con base en la Guía de práctica clínica de México para el diagnóstico y tratamiento de la misma (5):

CATEGORIA	TA sistólica	TA diastólica
Optima	< 120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal alta	130-139	85-89
Hipertensión grado 1	140-159	90-99
Hipertensión grado 2	160-179	100-109
Hipertensión grado 3	>=180	>=110
Hipertensión sistólica aislada	>=140	<90

La hipertensión sistólica aislada debe evaluarse de acuerdo a los grados 1, 2, y 3; basada en la valoración sistólica de los rangos indicados, si la presión diastólica es <90 mm Hg. Los grados 1,2 y 3 corresponden a la calificación leve, moderada y grave respectivamente. European Heart Journal, 2013.

EPIDEMIOLOGIA

A nivel mundial, en el año 2010 la HAS fue diagnosticada en aproximadamente 40% de los adultos. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT MC 2016), la prevalencia de la hipertensión arterial en México fue del 25.5%, de este el 40% no sabía que padecía esta enfermedad y solo el 58.7% de los adultos con diagnóstico previo, tenían un control adecuado de la misma (<140/90 mm Hg). Dentro de la proporción de adultos con diagnóstico previo de hipertensión arterial, el 79.3% reportó tener tratamiento farmacológico para controlar sus valores de tensión arterial, menos del 20% practicaba modificaciones en su estilo de vida y 12.7% medía su tensión arterial al menos una vez a la semana (6).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2014 la prevalencia mundial de Hipertensión Arterial (HTA) en adultos de 18 años o más, se situó en alrededor de 22%. Asimismo, las complicaciones de la HTA causaron 9.4 millones de muertes anuales y representaron por lo menos 45% de las defunciones por cardiopatía y 51% por accidente cerebrovascular (7).

En el continente Americano ocurren 1.6 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares cada año, de las cuales, alrededor de medio millón son personas menores de 70 años, lo que se considera una muerte prematura y evitable. La hipertensión afecta entre el 20-40% de la población adulta de la región y significa que en el continente Americano alrededor de 250 millones de personas padecen de presión alta (8).

El diagnóstico de la Hipertensión arterial (HTA) suele ser mayor en mujeres que en hombres 70.5% contra 48.6% el cual disminuyó 7.8% de 2012 a 2016. Tanto en hombres como en mujeres, la prevalencia más baja de hipertensión se encontró en el grupo de 20 a 29 años de edad y la prevalencia más alta en el grupo de 80 o más años (9).

En México hay 23 millones de personas hipertensas, 11 millones de ellos no lo saben. Se estima que hasta 80% de la población vive con ésta enfermedad silenciosa, que no da síntomas y está relacionada con el sobrepeso y obesidad, por lo que las personas creen que se encuentran bien de salud. Uno de cada tres mexicanos mayores de edad padece hipertensión arterial, se registran 7 millones de casos y provoca más de 50 mil muertes al año (10).

Entre el 60 y 70% de quienes la padecen no presentan síntomas hasta que la enfermedad avanzó, el daño ya ha comenzado y registra complicaciones. El IMSS atiende anualmente a 6 millones de derechohabientes diagnosticados con esta enfermedad y cada día se detectan 480 casos más, sin embargo, únicamente hay un 10% de pacientes controlados dentro de la institución (11).

El IMSS siendo una institución que brinda servicio a la comunidad para el cuidado de la salud y la prevención de enfermedades, en 2018 otorgó 18.1 millones de consultas a 4.8 millones de derechohabientes con un gasto estimado de 25 mil millones de pesos para atender esta enfermedad, conocida como el “asesino silencioso”, llamada así porque quienes la padecen no muestran ningún síntoma, a pesar de que los aqueje desde tiempo atrás. A diario, un promedio de 43 pacientes fallecen por las complicaciones asociadas a la

presión alta, que puede desencadenar infarto agudo al miocardio, derrame cerebral, así como diversos daños en arterias, corazón, cerebro y riñones (12).

FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA

Los factores que más se relacionan con el desarrollo de la hipertensión arterial son: el sobrepeso, la obesidad, el tabaquismo, el sedentarismo, una dieta con mayor consumo de alimentos procesados, consumo de alcohol y de grandes cantidades de sal, los cuales pueden ser modificables con cambios en el estilo de vida; por otro lado existen otros factores como son la carga genética, el género y la edad que no son modificables y que también predisponen a su desarrollo (13).

La presencia de diabetes, síndrome metabólico, obesidad, daño a órganos blanco y el grado de elevación de la presión arterial sistémica son, sin duda, los principales factores que determinan la probabilidad de desarrollar un evento cardiovascular mayor.

De forma institucional en nuestro país se instauró el sistema de clasificación HTM (Hipertensión Arterial Sistémica de México). La clasificación tiene dos grandes grupos:

- ✓ HTM-1, que designa a enfermos hipertensos sin evidencia de síndrome metabólico o de Diabetes Mellitus 2 (DM2).
- ✓ HTM-2, para clasificar a aquellos hipertensos portadores de síndrome metabólico o DM2.

En México desafortunadamente el HTM-2 será el que se presenta con más frecuencia, por la alta prevalencia del síndrome metabólico y la Diabetes en nuestros adultos (14).

FACTORES ASOCIADOS AL DESCONTROL HIPERTENSIVO

En múltiples estudios se descubrió que algunos de los factores que contribuyen al descontrol hipertensivo son la falta de apoyo familiar, el aislamiento social, la mala adherencia a la terapia antihipertensiva individual y al régimen dietético, el alto consumo de sal, de alcohol, tabaquismo, inactividad física que facilita el sobrepeso y la obesidad. La hipertensión arterial no controlada aumenta la frecuencia de deterioro cognitivo y se presenta a menudo en personas viudas pues el papel del cónyuge llega a ser esencial en el manejo de la enfermedad, especialmente si el individuo exige el apoyo familiar para poder

cambiar su estilo de vida como parte del tratamiento no farmacológico para su control. Las personas mayores de edad con hipertensión presentan peores indicadores de salud, con mala calidad de vida, necesidad de un cuidador y otras enfermedades crónicas que aquellos que no la tienen. Respecto a la autoevaluación de calidad de vida, estos la perciben con desagrado ya que la enfermedad requiere visitas más frecuentes a los servicios de salud, uso continuo de medicamentos y puede causar síntomas e incomodidad, lo que influye negativamente en la percepción de las personas sobre su propia salud. Se dice que cuando el paciente tiene más años de educación formal hay una asociación positiva con mejores resultados de salud, significa que el nivel de escolaridad es un factor protector de hipertensión no diagnosticada o no desarrollada, suponiendo que los pacientes siguen un régimen de cuidado estricto y como resultado una mejor salud (15).

En los países de ingresos bajos y medianos muchas personas no buscan tratamiento para la hipertensión porque su costo es demasiado alto y no pueden pagarlo. Por esta razón, los hogares destinan una proporción considerable de sus ingresos a financiar las hospitalizaciones y la atención que demandan las complicaciones de la hipertensión, como los infartos de miocardio, los accidentes cerebrovasculares o la insuficiencia renal. Las familias deben afrontar gastos catastróficos generados por la atención médica, durante mucho tiempo en el caso del tratamiento de las complicaciones de la hipertensión.

El control intensivo de la presión arterial sistólica de <120 frente a <140 mm Hg en adultos con hipertensión resulta en una reducción del 25% del riesgo de eventos cardiovasculares mayores y una reducción del 27% en la mortalidad por todas las causas. Sin embargo, cuando la hipertensión no se controla, los riesgos de secuelas a largo plazo aumentan significativamente cómo son: infarto del miocardio, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular y enfermedad renal. Por cada aumento de 20 mm Hg en la presión arterial sistólica a >115 mm Hg o aumento de 10 mm Hg en la presión arterial diastólica a >75 mm Hg el riesgo de eventos cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares mayores se duplica (16).

DIAGNÓSTICO

La presión arterial puede ser muy variable, por lo que el diagnóstico de hipertensión no debe basarse en una sola toma de lecturas en el consultorio, excepto cuando la presión arterial haya aumentado significativamente y de forma consecutiva o cuando haya evidencia

clara de daño a órgano blanco inducido por la misma elevación por ejemplo, retinopatía hipertensiva con exudados y hemorragias, hipertrofia ventricular, daño vascular o renal. En el resto de los casos, lo cual es en la mayoría de los pacientes la repetición de las mediciones en consulta es la estrategia tradicional utilizada para confirmar la elevación persistente de la presión arterial y para la clasificación de la hipertensión en la práctica clínica. El número de consultas y el intervalo entre ellas dependen del grado de hipertensión arterial por lo tanto, los pacientes con grado 2 o más requieren menos consultas e intervalos más cortos entre consultas, días o semanas, dependiendo del grado de elevación de la presión arterial y de si hay evidencia de enfermedad cardiovascular o daño orgánico inducido por hipertensión. Para pacientes con una elevación de la presión arterial de grado 1, el lapso para repetición de las mediciones puede extenderse varios meses, especialmente cuando el paciente tenga riesgo bajo y no haya evidencia de daño orgánico inducido por hipertensión arterial sistémica. Durante este periodo se suele realizar la evaluación del riesgo cardiovascular. Se considera diagnóstico probable cuando exista elevación de la presión arterial sistémica con cifras iguales o mayores a 140/90 mm Hg por personal capacitado. Los pacientes que presenten crisis hipertensiva, es decir una cifra de TA sistólica >180 mm Hg y TA diastólica >120 mm Hg de primera vez se diagnostican desde ese momento como hipertensos. Además los pacientes deben llevar una bitácora para anotar las cifras tensionales. Se hace el diagnóstico con tomas de TA mayores a 140/90 mm Hg en domicilio en al menos dos ocasiones (17). La guía americana propone realizar dos o más mediciones en dos o más visitas (18).

Según la norma oficial mexicana la detección de HAS en el paciente adulto se debe llevar a cabo cada 3 años, con un esfigmomanómetro de columna de mercurio o un aneroide calibrado. Los individuos a quienes se les practique detección de HAS recibirá una intervención preventiva y será enviado a confirmación diagnóstica o tratamiento según el nivel de riesgo identificado. El diagnóstico se basa en el promedio de por lo menos 3 mediciones realizadas en intervalos de 3 a 5 minutos 2 semanas después de la detección inicial con cifras iguales o superiores a 140/90 mm Hg (19).

APOYO SOCIAL

El apoyo social en una enfermedad crónica es de vital importancia ya que puede amortiguar el estrés, el malestar y los síntomas asociados al padecimiento. Una de las definiciones de apoyo social aceptada es la de Lin (1986) la cual dice que es el conjunto de provisiones,

expresivas o instrumentales, percibidas o recibidas, proporcionadas por la comunidad, por las redes sociales y las personas de confianza, tanto en situaciones cotidianas como de crisis. Se ha constatado su relación con la salud en diversas investigaciones, demostrando que el padecimiento de enfermedades es más elevado y probable en aquellos individuos a los que les falta apoyo, o en quienes no es suficiente o les resulta insatisfactorio. Un nivel deficiente de apoyo social se asocia a un mayor riesgo de padecer determinadas patologías relacionadas como por ejemplo enfermedades cardiovasculares o psicológicas.

Además es indispensable conocer la satisfacción de los individuos con el apoyo social y cómo la sensación de sentirse apoyado repercute en su bienestar (20).

El apoyo social, entendido como la asistencia y protección brindada a alguien, se divide tanto en términos cognitivos como conductuales. El aspecto cognitivo se refiere al apoyo percibido, mientras que el aspecto conductual se refiere al apoyo recibido. El apoyo percibido se ha definido como la evaluación cognitiva de estar conectado de manera confiable con los demás. El apoyo recibido se refiere a los comportamientos de ayuda que se proporcionan. Además, el apoyo social puede expresarse a nivel estructural o funcional. La evidencia más reciente sugiere que la percepción de disponibilidad de apoyo es más importante para la salud y el ajuste que el apoyo real recibido (21).

Se subdivide en: instrumental que se refiere a la provisión de ayuda tangible y de servicios, informativo que es la provisión de información, consejo o sugerencias útiles para resolver problemas, valorativo la cual se refiere a la provisión de información útil para autoevaluación y emocional que es la expresión de empatía, amor, confianza y preocupación. El apoyo social rodea al individuo desde su núcleo más cercano, la familia, pero también hay fuentes de apoyo externo, como los amigos, la pareja, la comunidad y otros actores (22).

Otro factor importante que influye en el control de la enfermedad es la relación médico-paciente, que debería de ser agradable y respetuosa para entablar una confianza mutua entre ambos, sin embargo en el servicio de salud que ofrecen las instituciones es vista de forma desagradable sin la posibilidad de entablar una relación donde el paciente pueda ser escuchado desde su sentir, que pueda expresar sus temores, sus inquietudes acerca de la vivencia de su enfermedad. Por ello, mejorarla es fundamental para favorecer el bienestar del paciente (23).

El apoyo social es un factor que tiene un efecto protector o benefactor sobre múltiples parámetros como la morbilidad psiquiátrica, el crecimiento infantil y la recuperación de

enfermedades o trastornos crónicos. El mecanismo de acción sobre la salud no se conoce con certeza, aunque existen dos hipótesis: por un lado, la teoría del efecto tampón o buffer, donde la influencia del apoyo estaría determinada por su papel modulador sobre las situaciones adversas que generan estrés en el individuo; la otra teoría considera que el apoyo social es un agente causal directo de las enfermedades. Los estudios de intervención muestran beneficio tras incidir sobre el apoyo familiar de los pacientes con HTA. Por ello, el VI informe del Joint Nacional Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure recomienda implicar a un familiar en el tratamiento antihipertensivo (24).

Para que el apoyo social tenga un efecto significativo positivo, debe generar interés en el propio paciente para que adopte medidas en el cuidado de su salud, por ello existe una teoría conocida como "teoría de la autodeterminación" la cual menciona lo siguiente: es más probable que los pacientes se identifiquen y desplieguen la necesidad de adoptar comportamientos de estilo de vida saludables o adherirse al tratamiento cuando sus necesidades psicológicas básicas de autonomía, competencia y relación estén respaldadas. Los pacientes se sienten autónomos cuando se perciben competentes, están informados, sienten una relación o conexión con los demás, cuando se sienten respetados, comprendidos y atendidos. Hay que resaltar que la autonomía facilita la competencia, es decir, una vez que la persona se compromete voluntariamente y ha respaldado personalmente el valor de un cambio de comportamiento, es factible que aprenda y aplique nuevas estrategias y habilidades para iniciar y lograr mejores resultados de salud.

La mayoría de los casos de pacientes con descontrol hipertensivo muestra inconformidad, ansiedad y frustración al no recibir información adecuada, asesoramiento o apoyo social por parte de los proveedores de la atención médica, lo que los sitúa en una desventaja en el desarrollo de acciones para controlar su condición (25).

APOYO FAMILIAR

La familia es la unidad social básica y su dinámica viene determinada por la cultura en la que se inserta. La familia es una estructura en constante cambio, debido a factores internos como externos, que pueden comprometer su estabilidad. Mantener la homeostasis es decir el equilibrio, dependerá de la capacidad de los miembros del grupo de movilizar los recursos necesarios y comprender los factores del entorno que participan en la salud de un miembro de la familia (26).

La relación entre la salud individual y familiar es estrecha, la influencia es recíproca. La salud individual se desarrolla en el contexto de una familia, con la formación de hábitos, estilos de vida, sistemas de valores, normas, actitudes y comportamientos hacia la salud. Un estilo de vida familiar saludable practicado por todos los miembros, promueve la salud de todos ellos, mientras que un estilo de vida familiar poco saludable puede enfermar a algún miembro de la misma.

La hipertensión afecta a casi al 40% de los adultos y es altamente prevalente en todos los países, desarrollados o no. Es la principal causa de muerte y discapacidad en todo el mundo a través de sus complicaciones. La escasa actividad física y los comportamientos sedentarios se asocian con aspectos disfuncionales de la dinámica familiar. La prevalencia de un estilo de vida sedentario es mayor en las mujeres, aumenta a medida que aumenta su edad y se ha relacionado con el agrandamiento de la circunferencia de la cintura.

Tratar la presión arterial alta y sus complicaciones requieren costosas intervenciones que agotan los presupuestos gubernamentales e individuales, de modo que los cambios en el estilo de vida, mediante la detección temprana y el control de los factores de riesgo, generan beneficios económicos y para la salud. Los cambios en los estilos de vida pueden contribuir a disminuir las tasas de presión arterial. Por lo tanto, el estilo de vida no solo influye en el inicio y el desarrollo de la hipertensión arterial, sino también en su control. Existe una relación estadísticamente significativa entre la función familiar y los factores de riesgo de hipertensión arterial (27).

Se aconseja a los pacientes que tomen sus medicamentos en el horario establecido, y de ser posible llevar una bitácora, abstenerse de beber y fumar, mantenerse físicamente activo y realizar autocontrol. No es fácil el autocuidado del enfermo, ellos pueden necesitar el apoyo de familiares, amigos y organizaciones profesionales para controlar su enfermedad con éxito. Es interesante saber que en diversos análisis, los pacientes con niveles más altos de apoyo familiar tienen más probabilidades de exhibir comportamientos de autocuidado y control. El enfermo es capaz de hacerse cargo de sí mismo, se vuelve autosuficiente y eficaz. La depresión y la ansiedad parecen ser comunes entre las personas con enfermedades crónicas asociándose con una calidad de vida más baja y un cuidado personal deficiente (28).

COMPLICACIONES QUE PUEDEN APARECER CON EL DESCONTROL DE LA HIPERTENSIÓN

La presión arterial alta persistente prolongada puede causar daño a la nefrona en el riñón con la consiguiente insuficiencia renal, daño al corazón facilitando la enfermedad coronaria y daño al cerebro que causa un accidente cerebrovascular, pueden aparecer alteraciones visuales con afectación de la retina si no se detectan tempranamente y recibe el tratamiento adecuado. Actualmente, el número de pacientes hipertensos descontrolados está aumentando. Los pacientes con hipertensión necesitarán un sistema de apoyo familiar para tener éxito en el control de la presión arterial.

En algunas comunidades en áreas rurales, cuando tienen miembros de la familia que sufren una enfermedad ya sea aguda o crónica, tratarán de ayudarlos con remedios tradicionales y después recibirán ayuda profesional para cuidar y curar la enfermedad. En este caso, el papel de la familia es brindar apoyo desde el inicio de la enfermedad, como proporcionar la dieta requerida y garantizar la medicación establecida, además de ayudar al enfermo a sentirse funcional y adaptarse a los cambios generados (29, 30).

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

De acuerdo a un estudio realizado en el Hospital General Regional de Michoacán, México donde se evaluaron las características de la atención del paciente hipertenso y su relación con el descontrol de la presión arterial en una unidad de medicina familiar, se encontró que los factores relacionados con el descontrol de la hipertensión arterial fueron los siguientes en orden de importancia: tomar más de dos fármacos antihipertensivos, recibir atención de un médico general, ser atendido por un médico con más de 20 años en el servicio, ser atendido en el turno matutino, la edad, la familia, la sociedad, el IMC y los niveles séricos de creatinina. Aunque los resultados indican que existe un control aceptable de la presión arterial en un gran porcentaje de los enfermos, los factores de riesgo como obesidad tienen una elevada prevalencia, lo cual requiere una intervención urgente para modificar los estilos de vida. En relación con la hipertensión arterial (HTA), encontramos en la bibliografía trabajos de base poblacional donde se refleja que un apoyo social insuficiente se asocia con incrementos en la presión arterial (31).

En un estudio observacional, prospectivo realizado en España, donde participaron un total de 236 pacientes diagnosticados de hipertensión arterial esencial en control en el centro de salud donde el objetivo era determinar si el apoyo social que reciben los pacientes diagnosticados con HAS influye en los valores de presión arterial, se obtuvo que: La edad

media fue de 63.51 (rango, 62.05-64.96) años, y el 66,1% fueron mujeres. La tipología familiar predominante es la familia nuclear (64.3%). El 30.2% de los pacientes refería una baja red social (0-1 contactos sociales). Se detectó un 22% de bajo apoyo social funcional. El apoyo social se mantuvo estable a lo largo del estudio. Los hipertensos con redes sociales bajas presentan, tras controlar por las posibles variables de confusión, un incremento de la presión arterial sistólica de 9.59 mm Hg y de 4.29 mm Hg en la diastólica, respecto de los pacientes hipertensos con redes sociales más amplias. En conclusión: Los hipertensos con una baja red social presentan un incremento de las cifras de presión arterial respecto de los hipertensos con redes sociales amplias.

En relación con el control tensional, en un estudio de Malmö (Suecia) sobre 621 individuos varones de más de 65 años encontraron resultados similares en el sentido de que una red social reducida se asocia con un incremento de la PA. El incremento que se produce es el mismo (4 mm Hg), tanto para la PA sistólica como para la diastólica. En un estudio realizado en Polonia se observó que sobre la base de los antecedentes históricos y culturales de esa ciudad donde la familia juega un papel vital en la vida de una persona se esperaba un apoyo adecuado de la familia y un apoyo insuficiente de los médicos y enfermeras. Contrariamente a estas expectativas, los resultados de este estudio mostraron un déficit considerable de apoyo emocional y un déficit comercial de apoyo informativo de la familia, tanto en pacientes hipertensos como en controles sanos. Vale la pena señalar que el déficit no afecta las expectativas más altas de apoyo emocional de los miembros de la familia. El nivel esperado de apoyo emocional de la familia fue similar al esperado por un médico o una enfermera (24).

El estudio de Skrzypeketal investigó apoyo social de pacientes que sufrieron un derrame cerebral en un hospital polaco, reveló que los pacientes recibieron menos apoyo emocional e informativo que el esperado por parte de enfermeras y médicos y al nivel esperado de la familia. Además, el estudio de Bernard et al. Pacientes polacos con cáncer y de madres turcas de niños con cáncer reveló que el apoyo recibido de la familia fue visto por ellos de acuerdo con sus expectativas, mientras que el apoyo de médicos y enfermeras estaba por debajo de sus expectativas. Por lo tanto, valdría la pena explorar los factores detrás de las disparidades observadas (21).

En un estudio observacional prospectivo de 236 pacientes con hipertensión arterial (HTA), iniciado en 1997 se observó una asociación entre el aumento en las cifras de PA durante 1 año de seguimiento, 9.6 (2.7; 16.51) mm Hg en PA sistólica y 4.3 (0.4; 8.2) mm Hg en

presión arterial diastólica y redes sociales de pequeño tamaño. Por lo tanto, este estudio buscó determinar si el bajo apoyo social podría estar asociado con la mortalidad y la aparición de evento cerebral vascular en una cohorte de pacientes hipertensos controlados durante un período de 9 años. Utilizando el cuestionario de Duke UNC se determinó que una red social baja está asociada con la mortalidad y la aparición de ECV en pacientes con HTA. El bajo apoyo social funcional se asocia con la aparición de mortalidad cardiovascular.

En una reciente revisión sistemática publicada, Fortman y Gallo informan un vínculo entre los niveles más altos de soporte funcional y una mayor caída nocturna de la PA en la población general. Se halló una relación entre el apoyo social y la PA ambulatoria en pacientes diagnosticados con HTA. Además del aumento de las personas viudas que requieren apoyo y se van a vivir con sus hijos (32).

En otro estudio que entrevista a pacientes hipertensos y sus familias en 2017, reveló que 6 personas (60%) declararon que no podían auto gestionar su hipertensión adecuadamente debido a la falta de apoyo familiar, como no proporcionar una dieta adecuada, cuando quieren verificar la presión arterial no hay ningún miembro de la familia que se las tome o que los envíe a sus clínicas, la familia no les recuerda que tomen sus medicamentos contra la hipertensión. Los pacientes se quejan de que sufren de debilidad física, mareos o dolores de cabeza y trastornos psicológicos, tienden a enojarse, fatigarse emocionalmente y por lo tanto, afectan su calidad de vida.

Según los resultados del estudio, la calidad de vida de la mayoría de los pacientes hipertensos es deficiente (17 encuestados o 56.7%). En consecuencia, Flanagan (1978 en Mahdi) los factores sugeridos asociados con la calidad de vida incluían educación, vida familiar, tranquilidad y trabajo. Los encuestados en este estudio más de la mitad tenían mala calidad de vida.

En 2012, se encuestó a pacientes hipertensos de una comunidad rural en Beijing, China sobre sus comportamientos de autocuidado. Los resultados mostraron una adherencia subóptima al autocuidado y una baja tasa de control de la hipertensión. Para comprender mejor los comportamientos de autocuidado entre pacientes hipertensos en áreas rurales de China, se analizaron los datos sobre autocuidado, apoyo social familiar, depresión, ansiedad y autoeficacia. El objetivo de este estudio fue examinar las relaciones entre factores psicosociales y comportamientos específicos de autocuidado entre pacientes hipertensos de una comunidad rural en Beijing, China. En conclusión, el apoyo social

familiar se asoció positivamente con la adherencia a la medicación y la medición regular de la PA. Deben desarrollarse estrategias para mejorar el apoyo social familiar para el control de la hipertensión, pero se necesitan más estudios prospectivos para comprender los efectos del apoyo social familiar, la depresión, la ansiedad y la autoeficacia en los comportamientos de autocuidado (33).

JUSTIFICACIÓN

La hipertensión arterial sistémica es una enfermedad cronicodegenerativa común en México y en el mundo que ha mostrado un cambio epidemiológico progresivo, ya que entre los años 2000 y 2010, la prevalencia mundial incrementó en 5.2%. A nivel mundial, en el 2010 la hipertensión arterial fue diagnosticada en aproximadamente 40% de los adultos. En personas mayores de 20 años existe una prevalencia del 31.1%.

Se ha demostrado que el apoyo social y familiar influye para que una persona con hipertensión arterial sistémica mejore su calidad de vida y lleve adecuadamente el control del padecimiento. Contar con apoyo social y familiar ayuda a que el paciente tenga seguridad y confianza en el manejo de la patología. El apoyo se basa en las relaciones afectivas, en la aceptación de la enfermedad y mejora de su autoestima para que le dé la importancia requerida y se preocupe por su propia salud motivándolo al autocuidado responsable y al seguimiento de las medidas pertinentes para su padecimiento.

Por lo tanto, existen factores asociados al descontrol de las cifras tensionales en aquellos pacientes hipertensos ya diagnosticados. Es importante investigar esos factores en el primer nivel de atención dado que siendo médicos de primer contacto podemos impactar de forma favorable para prevenir el desarrollo de complicaciones y el aumento de la mortalidad.

En este estudio se determinará el grado de apoyo socio-familiar de los pacientes con HAS de una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, mediante un cuestionario que mide el apoyo social funcional. El objetivo será el de implementar medidas que mejoren la calidad de vida del paciente, además de fortalecer los sistemas de salud y desarrollar políticas públicas para disminuir la exposición de la población a factores de riesgo que descontrolen el padecimiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, en el año 2006 la prevalencia de HAS fue de 25.5% y de estos, 40% no sabía que padecía la enfermedad, 79.3% de los ya diagnosticados toman antihipertensivos, de los cuales solo el 58.7% tenían un control adecuado de sus cifras de presión arterial. La mayor carga de la enfermedad es a partir de los 60 años y más. Anualmente son diagnosticados aproximadamente 450 mil casos nuevos. El diagnóstico previo de esta enfermedad suele ser mayor en mujeres que en hombres aunque disminuyó 7.8% de 2012 a 2016. Se estima que en México 15 millones de personas padecen Hipertensión Arterial y más del 50% de los pacientes no siguen ningún tratamiento y desconocen su condición. Debido a que actualmente 17.3 millones de adultos mexicanos tienen hipertensión, es necesario mejorar las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno.

El impacto económico es importante ya que el 51% del gasto para tratar la enfermedad y sus complicaciones proviene del ingreso familiar. Se estima que el costo total en el tratamiento de la HAS en muchos países es del 2% del Producto Interno Bruto (PIB), incluyendo consultas, tratamiento, incapacidad y muerte. El mayor costo se atribuye al manejo de las complicaciones, seguido del tratamiento farmacológico.

El costo anual por paciente cuando no tiene complicaciones, está alrededor de los tres mil 750 pesos, respecto de aquellos con problemas de salud asociados a complicaciones, que puede llegar a costar hasta 62 mil pesos en promedio.

Se prevé que durante el periodo 2011-2025 la pérdida acumulada será de US\$ 7,28 billones. Anualmente se pierde aproximadamente US\$ 500 000 millones. Las enfermedades cardiovasculares, cómo la hipertensión, son el motivo de casi la mitad del costo.

Es necesario identificar los factores que intervienen en el descontrol de esta enfermedad, pues además de provocar secuelas permanentes en el organismo, genera gastos elevados en los sistemas de salud. En esta investigación se estudiará el grado de apoyo socio-familiar con el que cuentan los pacientes hipertensos no controlados, para crear estrategias y evitar en medida de lo posible el descontrol del padecimiento.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el grado de apoyo sociofamiliar de los pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica descontrolada de la UMF 94?

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar el grado de apoyo sociofamiliar de los pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica descontrolada de la UMF 94.

ESPECÍFICOS

1. Identificar el género de los participantes hipertensos descontrolados de la UMF 94 con menor apoyo sociofamiliar.
2. Conocer el rango de edad más afectado de hipertensos descontrolados de la UMF 94.
3. Describir la relación entre el apoyo social familiar y el control hipertensivo en los derechohabientes de la UMF 94.

EXPECTATIVA EMPÍRICA

El 70% de pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica descontrolada, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N. 94 tienen un bajo apoyo sociofamiliar.

ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable de estudio:

- **Grado de apoyo sociofamiliar:** se define como los recursos del entorno favorecedores del mantenimiento de las relaciones sociales, la adaptación, y el bienestar del individuo dentro de un contexto comunitario. Las fuentes de apoyo social más básicas y tradicionales están constituidas por la familia, los amigos, los compañeros de trabajo. (34), para fines de este estudio es el nivel de apoyo social y familiar que reciben los pacientes con hipertensión arterial sistémica, su indicador son los 11 ítems del cuestionario de apoyo social funcional de Duke UNC que es una variable cualitativa en escala de medición ordinal con las categorías de: Global máximo de 55 y un mínimo de 11, media de 33. Se considera que el individuo tiene apoyo social escaso cuando está por debajo de la media. Apoyo afectivo: 25 máximo y 5 mínimo, media de 15, cifras menores indican escasos recursos afectivos. Apoyo confidencial: 30 máximo y 6 mínimo, media 18, cifras menores a media expresan escaso apoyo confidencial.

VARIABLES DESCRIPTORAS:

- **Género:** se define como el grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico (35), para fines de este estudio es la característica fenotípica de un individuo, su indicador es el género que refiere el participante, es una variable de tipo cualitativa en escala de medición nominal con las categorías hombre y mujer.
- **Edad:** se define como el tiempo que ha vivido una persona. Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana (36). Para fines de este estudio es el número de años cumplidos de un individuo, su indicador es la edad en años que refiere tener el participante. Es una variable de tipo cuantitativa discreta en escala de medición de razón con las categorías del número de años a partir de los 18.
- **Estado civil:** se define como la condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales. (37), para fines de este estudio es la

situación ante el registro civil de un individuo, su indicador es el estado civil que refiera el participante, se trata de una variable cualitativa policotómica en escala de medición de razón con las categorías de soltero, casado, unión libre, viudo y divorciado.

- **Ocupación:** se define como la acción de tener un trabajo o una ocupación remunerada en una empresa, una institución, o como la acción de ejercer determinada profesión u oficio (38), para fines del estudio es la actividad remunerada de un individuo, su indicador es la ocupación que refiera el participante; se trata de una variable cualitativa policotómica, en escala de medición nominal, con las categorías de desempleado, hogar, obrero, oficio y profesionista.

MATERIAL Y METODOS

Diseño del estudio

Descriptivo, observacional, transversal.

Universo de estudio

Pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica descontrolada.

Población de estudio

Pacientes con hipertensión arterial sistémica descontrolada derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Muestra de estudio

Pacientes con hipertensión arterial sistémica descontrolada derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 94.

Tipo de muestreo

No probabilístico por conveniencia.

Cálculo del tamaño de la muestra

Se calcula el tamaño de muestra por medio de la ecuación estadística para proporciones poblacionales con un margen de error de 5%, nivel de confianza de 95% y con un tamaño de población total con este diagnóstico de 780 casos reportados en nuestro medio resultando 100 participantes.

$$n = \frac{N z_{\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 (N - 1) + (z_{\alpha/2}^2 * p * q)}$$

Donde:

N: 780 casos.

$Z_{\alpha/2}$ es el valor crítico de una distribución normal a α (por ejemplo, para un intervalo de confianza de 95%, α es 0.05 y el valor crítico es 1.96). =1.96

p es la proporción esperada de = 20%=0.20

q = 1-p = 1-0.20 = 0.80+

d= el error esperado =12%=0.12

$$n = \frac{880.7 * 1.96^2 * 0.20 * 0.80}{0.12^2 (880.7 - 1) + (1.96^2 * 0.20 * 0.80)}$$

$$n = 100$$

CRITERIOS DE SELECCIÓN

INCLUSIÓN

- Pacientes con hipertensión arterial sistémica con cifras igual o mayor a 140/90 mm Hg en 3 meses consecutivos, adscritos a la UMF No. 94 del IMSS.
- Derechohabientes de ambos turnos de la UMF No. 94 del IMSS.
- Edad de 40 a 80 años.
- Ambos géneros.

- Pacientes que se han presentado a su cita mensual en 3 meses consecutivos del año 2020.
- Pacientes que acepten participar en el protocolo por voluntad y bajo consentimiento informado y que contesten completamente el instrumento aplicado.

NO INCLUSIÓN

- Pacientes no derechohabientes del IMSS.
- Pacientes menores a 40 años o mayores de 81 años.
- Pacientes que no acuden cada mes a consulta para valoración de tensión arterial.

DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que contesten el instrumento de manera incompleta.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

En este estudio se pretende otorgar un panorama general del grado de apoyo socio-familiar que tienen los pacientes con hipertensión arterial sistémica no controlada, el cual es un factor importante para lograr el control de la enfermedad y que puede impactar en los recursos de los diferentes servicios de atención a la salud, la calidad de vida del paciente, el desarrollo de complicaciones así como de ausentismo laboral, se obtendrán pacientes con el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del IMSS, durante los meses de junio y julio del 2020. Para la obtención de los participantes, se realizarán recorridos en salas de espera y al tener un adulto con Hipertensión arterial diagnosticada con TA mayor o igual a 140/90 mm Hg, se procederá a informar el objetivo de dicho estudio, se les propondrá la participación y en caso de aceptar se firmará el respectivo consentimiento informado, resta por ultimo indicarles que todos los datos serán resguardados y se utilizarán en ese estudio únicamente con fines estadísticos, esto sin condicionar la atención recibida en el instituto. En todo momento se podrá solicitar la información que se requiera antes de la aplicación de dicho cuestionario.

Al término del período de aplicación de dicho cuestionario, se recolectara la información por parte del médico residente, este llevará a cabo el registro de los datos en formato de Microsoft Word o Excel, se analizarán los mismos y se concluirá con dicha parte.

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

Para identificar el apoyo sociofamiliar de los pacientes hipertensos no controlados se utilizara el Cuestionario de apoyo social funcional DUKE UNC que es un cuestionario estructurado de autoevaluación, sencillo y breve, validado en español, con una consistencia interna medida con el Alfa de Cronbach de 0.92; consta de 11 ítems, evaluado mediante una escala de Likert con 5 opciones de respuesta, puntuadas de 1 a 5 (desde mucho de lo que deseo hasta mucho menos de lo que deseo). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. Se trata de un cuestionario validado que recoge la opinión de la persona entrevistada acerca de la disponibilidad de las personas capaces de ofrecerle ayuda en situación de dificultad, así como de facilidades para la relación social y para poder comunicarse empática y emotivamente. Comprende las dimensiones: afectiva, y confidencial.

El apoyo confidencial se valora a través de 5 ítems que se corresponden con las preguntas 2, 3, 5, 9,11 del cuestionario, con una puntuación total de 25. Se considera apoyo confidencial bueno si obtenemos más de 15 puntos en este apartado. Para valorar el apoyo afectivo existen 6 ítems que corresponden a las preguntas 1, 4, 6, 7, 8 y 10, con puntuación total de 30; más de 18 puntos significan un buen apoyo afectivo. El punto de cohorte establecido por los autores para considerar percepción de apoyo social es de 32 puntos en adelante. El apoyo global, los rangos son: normal, 33 puntos o más; bajo, menos de 33 (26-34).

DESCRIPCIÓN DE LA HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizará una hoja de recolección de datos para recabar la información en estudio, y obtener los datos sociodemográficos de los participantes y recabar los resultados. (Anexo 2).

PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA

Previa autorización del protocolo por el comité local de investigación en salud (CLIS), se notificará a las autoridades del cuerpo de gobierno de la UMF No. 94 y al responsable del servicio de Archivo Clínico para obtener la base de datos de los expedientes de pacientes con hipertensión arterial sistémica descontrolada registrados el cual contiene los datos para realizar el contacto vía telefónica para una cita previa, una vez establecido el contacto, se procederá a invitar a los pacientes a participar en el protocolo, explicando lo más claro posible en qué consiste el estudio y su participación en el mismo, una vez aceptando participar se procede a obtener el consentimiento informado (anexo 3), posteriormente se aplicará la hoja de recolección de datos (anexo 2) y al término de la entrevista se agradecerá su participación.

ANALISIS ESTADÍSTICO

Se utilizará estadística descriptiva para analizar los resultados con ayuda del programa Excel de Microsoft; y se realizarán cuadros y gráficos de los datos obtenidos de las variables estudiadas.

DIFUSIÓN DEL ESTUDIO

Este protocolo de estudio se proyectará como sesión médica de la unidad (y se publicará en una revista indexada).

ASPECTOS ÉTICOS

Riesgo de la investigación

El estudio se encuentra regido por los lineamientos internacionales de buenas prácticas clínicas, como la Declaración de Helsinki enmendada por la 64ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, en Brasil 2013; lineamientos nacionales bajo la supervisión de la comisión federal para la protección contra riesgos sanitarios (COFEPRIS); y por lo establecido en el artículo 100 del Título quinto de la Ley General de Salud, así como las

reglas internas institucionales. Se contempla con un riesgo mínimo, como lo establece el artículo 17, del Título segundo, Capítulo I del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, debido a que es un estudio observacional, no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables; la maniobra para recolectar los datos se basa en una entrevista para contestar datos personales y un instrumento.

Normas de apego

Este proyecto se apega a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, cuya última reforma se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 2 de abril de 2014.

También se cumple con lo establecido en la declaración de Helsinki adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial en junio de 1964, en Helsinki Finlandia: enmendada en Japón en 1975, en Italia en 1983, en Hong Kong en 1989, en Sudáfrica en 1996, Escocia en el año 2000, en Corea en 2008 y finalmente en Brasil 2013.

Además, se informará a las autoridades de la unidad donde se llevará a cabo el estudio, y los resultados obtenidos se mantendrán en forma confidencial para uso exclusivo de la coordinación clínica de educación e investigación en salud de la UMF No. 94 del IMSS en la Ciudad de México.

Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en su conjunto

El beneficio de este estudio es ofrecer un resultado acerca del apoyo social y familiar que tiene los pacientes con hipertensión arterial sistémica y que se encuentran descontrolados, para determinar la forma en que perciben el apoyo, si cuentan con él y si este tiene influencia en el control del padecimiento, de forma que se implemente medidas en la atención médica para dar énfasis a las relaciones sociales de los pacientes e intervenir en el restablecimiento de las mismas, con el objetivo de mejorar la calidad de vida, y evitar la aparición de complicaciones a largo plazo.

Balance riesgo beneficio

Este estudio no representa ningún riesgo para los participantes, pueden tener el beneficio de identificar el apoyo social y familiar con el que cuentan permitiendo que de manera

individual implemente acciones para mejorar esas relaciones y obtener un beneficio en el control de su enfermedad.

Confidencialidad

Respetando las normas nacionales e internacionales, los registros serán anónimos, es decir, se establecerá un número de folio para identificar a los participantes.

Condiciones para el consentimiento informado

Se informará a los posibles participantes de manera clara y con lenguaje comprensible, los objetivos y papel que desempeñarán en el estudio, cerciorándose que el paciente haya comprendido cabalmente lo que se le ha explicado; una invitación de participar voluntaria, deberá de entender que puede acceder o no, asimismo que puede seguir o salir del estudio en el momento que él lo desee con la seguridad de que no tendrá repercusión alguna, además de que se les explicará que los investigadores no forman parte de la atención médica que recibe en el instituto; en caso de aceptar su participación en este protocolo firmara hoja de consentimiento informado (Anexo 3).

Forma de selección de los participantes

En cumplimiento con los aspectos mencionados, los investigadores obtendrán a los participantes del protocolo por conveniencia y según los criterios de selección, cualquier adulto mayor de 18 años con hipertensión arterial sistémica descontrolada es susceptible de participar en el estudio.

Calificación del Riesgo

De acuerdo con el artículo 17, del Título segundo, Capítulo I del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, se considera esta investigación dentro de la categoría II. Como investigación con riesgo mínimo.

RECURSOS

Humanos

- Adultos con hipertensión arterial sistémica descontrolada.
- Investigadores: responsable y asociado.

Físicos

- Instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 94, salas de espera y pasillos.

Materiales

- Artículos de papelería.

Tecnológicos

- Equipo de cómputo.

Financieros

- Aportados por el investigador.

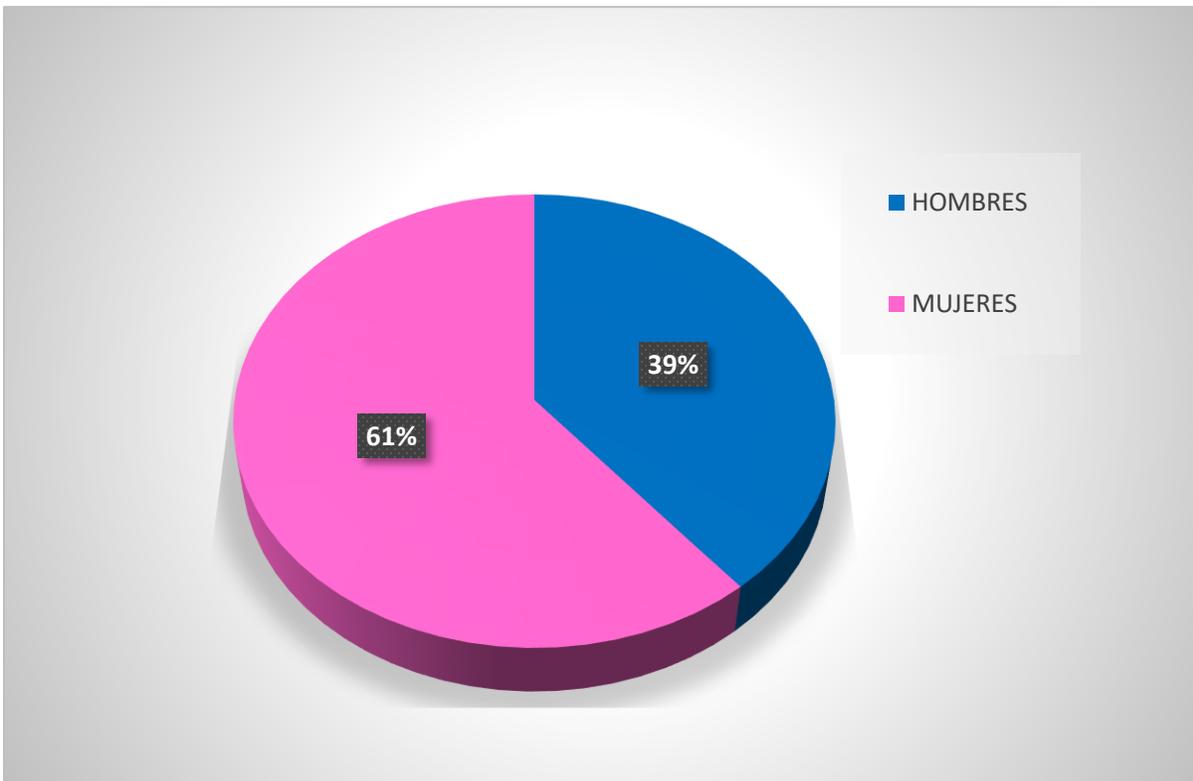
PROGRAMA DE TRABAJO

Posterior a la pregunta de investigación, se realizó la revisión bibliográfica acerca del tema del grado de apoyo sociofamiliar en hipertensos descontrolados; se procedió a la elaboración del marco teórico del protocolo de investigación, se realizó una consulta al archivo clínico de la unidad médica para obtener un censo de la población adulta con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica y que estén descontrolados. Se determinó el instrumento de medición (Cuestionario de Duke UNC), se diseñó la hoja de recolección de datos, tamaño de la muestra, así como criterios de selección de la muestra y la metodología, y se presentó el protocolo al comité local de investigación para registro del mismo; posterior a su aprobación, se procedió a recolectar la muestra bajo consentimiento informado, ya con los resultados, se realizó el análisis, conclusiones y sugerencias, y se procedió a realizar escrito médico para la publicación.

RESULTADOS

Con un total de 100 participantes (adultos de 40 años con hipertensión descontrolada) respecto al género se encontró que el 61% fueron mujeres y el 39% fueron hombres (gráfico 1).

Grafico 1. Distribución por género de adultos hipertensos descontrolados

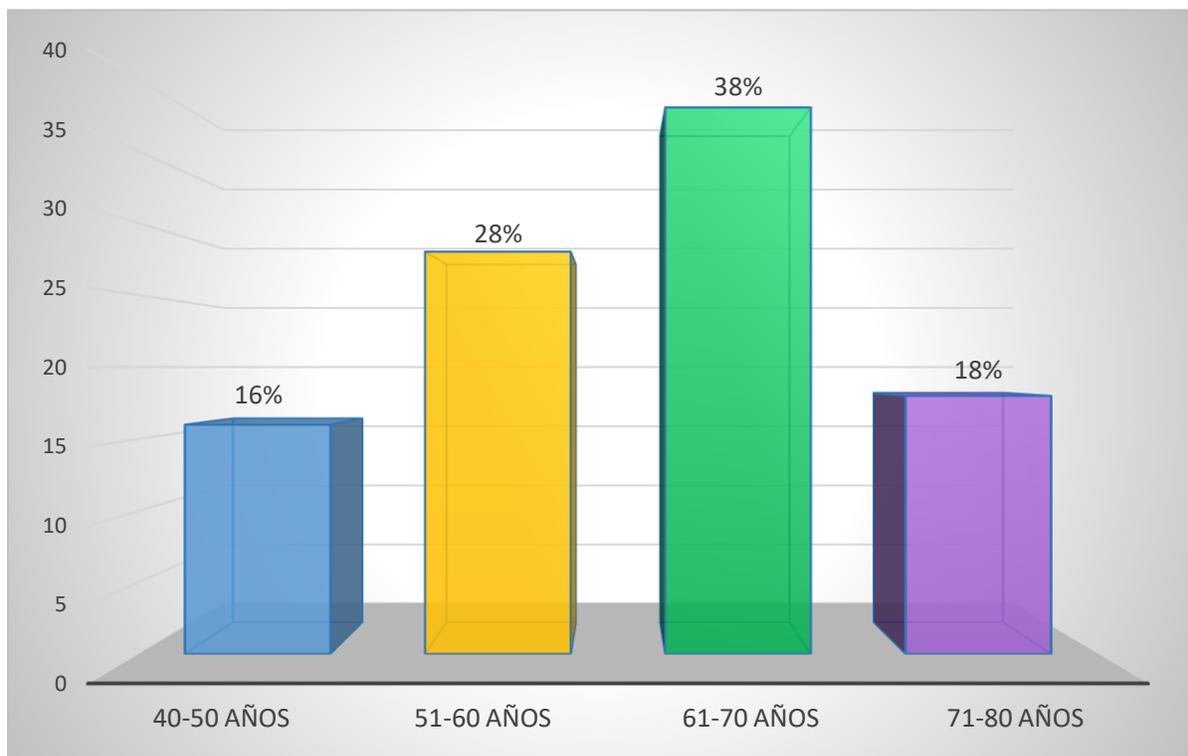


Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a adultos con hipertensión descontrolada en la UMF No. 94 del IMSS, julio 2020

GRADO DE APOYO SOCIOFAMILIAR DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA
DESCONTROLADA DE LA UMF 94

En cuanto a la edad, 38% pertenecían al rango de 61-70 años, 28% pertenecían al rango de 51-60 años, 18% pertenecían al rango de 71-80 años y 16% pertenecían al rango de 40-50 años (gráfico 2).

Gráfico 2. Distribución por rangos de edad de adultos hipertensos descontrolados

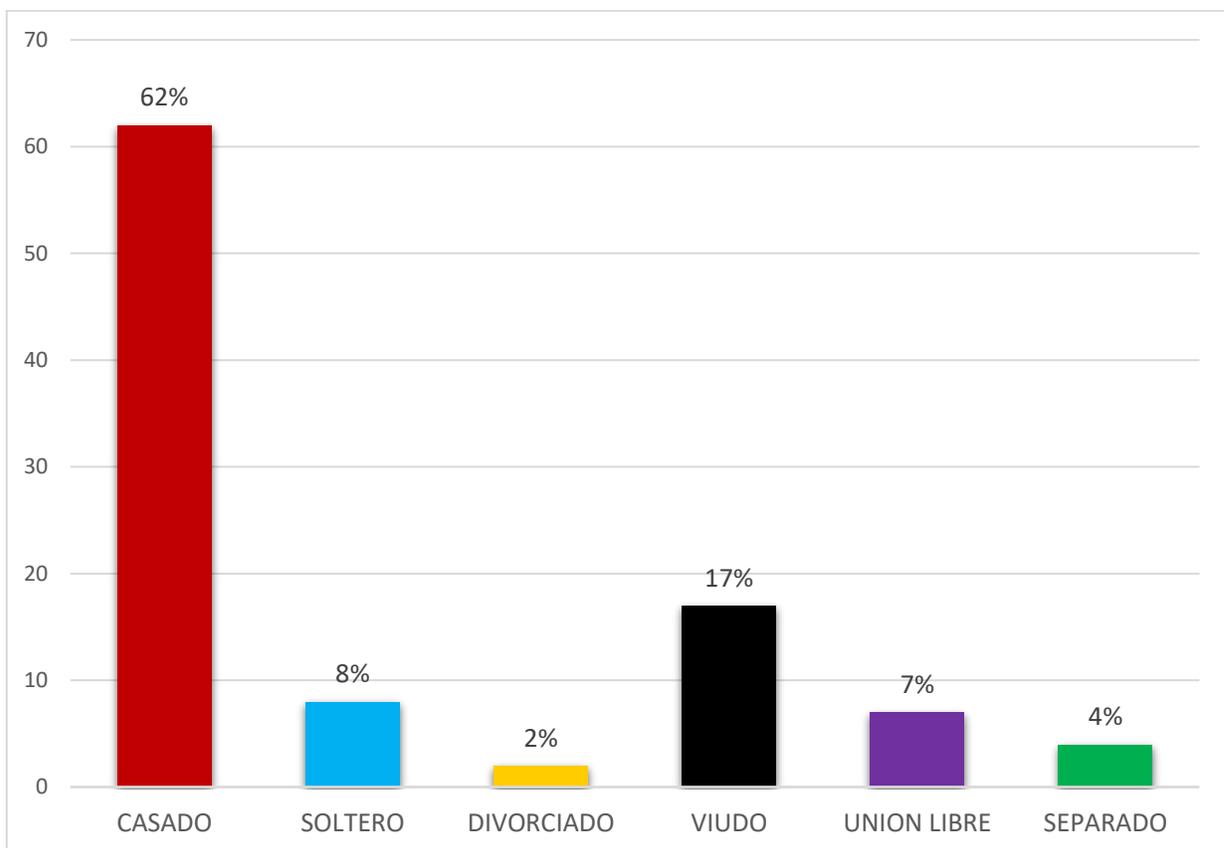


Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a adultos con hipertensión descontrolada en la UMF No. 94 del IMSS, julio 2020

GRADO DE APOYO SOCIOFAMILIAR DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA
DESCONTROLADA DE LA UMF 94

Respecto al estado civil 62% respondieron ser casados, 17% respondieron ser viudos, 8% respondieron ser solteros, 7% respondieron vivir en unión libre, 4 % estar separados y 2% estar divorciados (gráfico 3).

Gráfico 3. Distribución por estado civil de hipertensos descontrolados

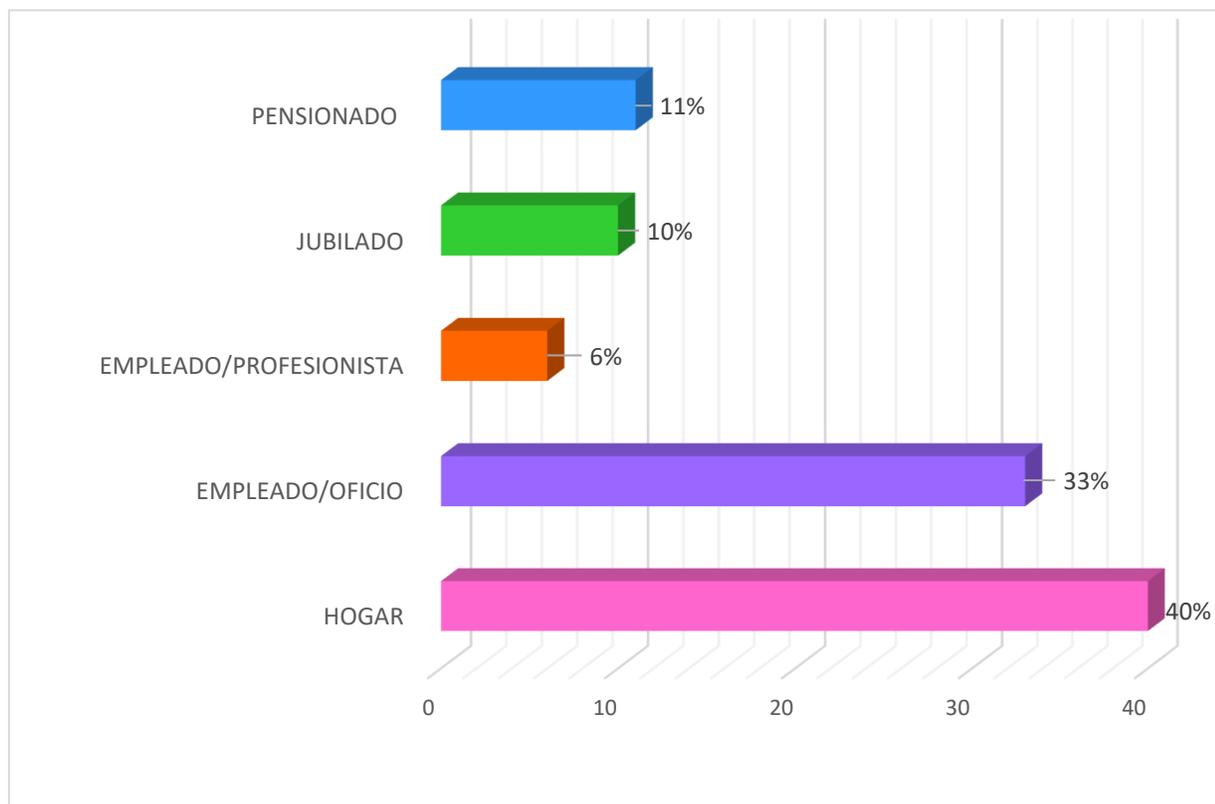


Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a adultos con hipertensión descontrolada en la UMF No. 94 del IMSS, julio 2020

GRADO DE APOYO SOCIOFAMILIAR DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA
DESCONTROLADA DE LA UMF 94

En cuanto a su ocupación; 40% se dedicaba al hogar, 33% a un empleo de oficio, 11% eran pensionados, 10% estaban jubilados y 6% tenían un empleo profesional (gráfico 4).

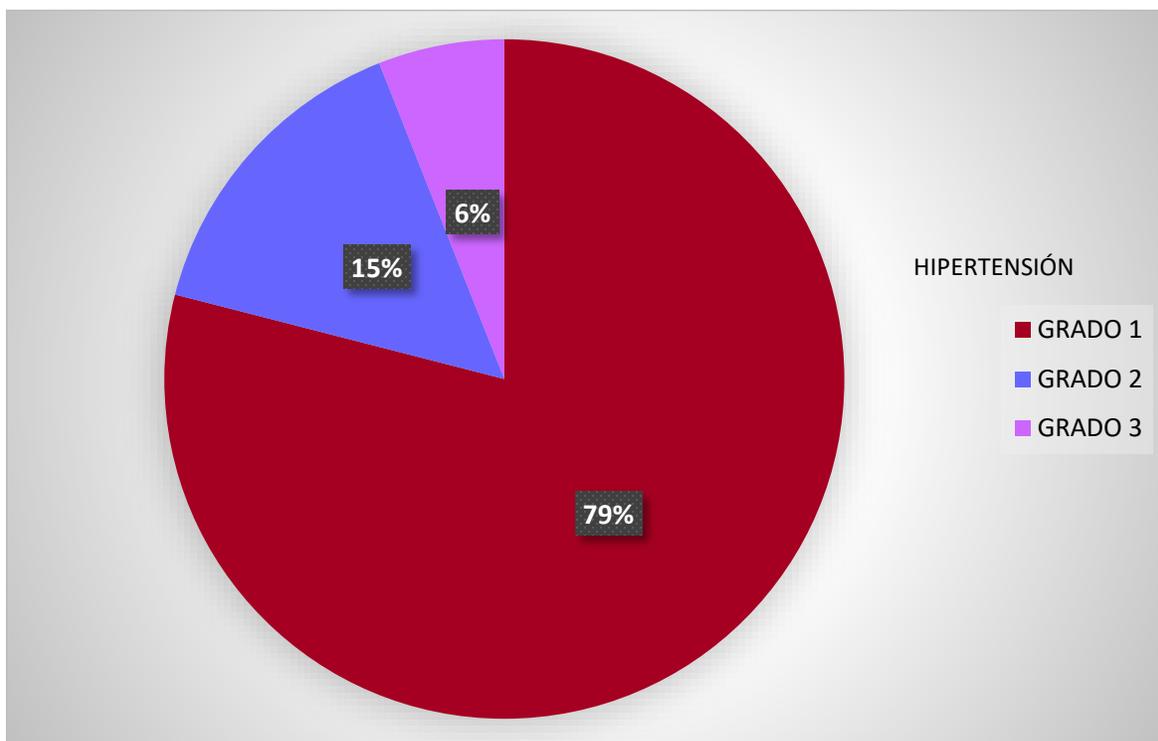
Gráfico 4. Distribución por ocupación de hipertensos descontrolados



Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a adultos con hipertensión descontrolada en la UMF No. 94 del IMSS, julio 2020

En consideración al grado de hipertensión arterial descontrolada 79% de los participantes se encontraban en grado 1, seguido del 5% en grado 2 y 6% en grado 3 (gráfico 5).

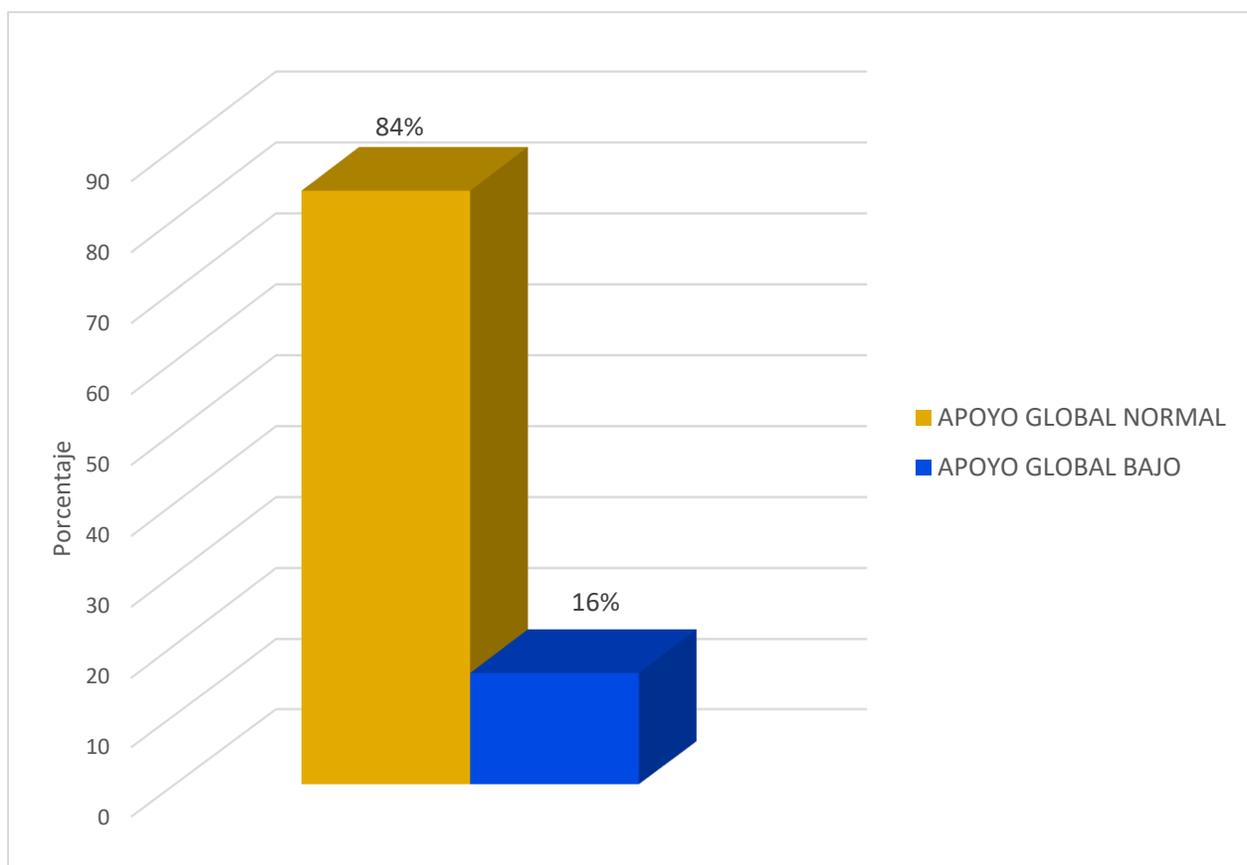
Gráfico 5. Distribución por grado de hipertensión arterial de los adultos hipertensos descontrolados



Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a adultos con hipertensión descontrolada en la UMF No. 94 del IMSS, julio 2020

Respecto a la variable de estudio, el apoyo sociofamiliar resultó normal en 84% y bajo en 16% de los hipertensos descontrolados (gráfico 6).

Gráfico 6. Distribución del grado de apoyo sociofamiliar en hipertensos descontrolados

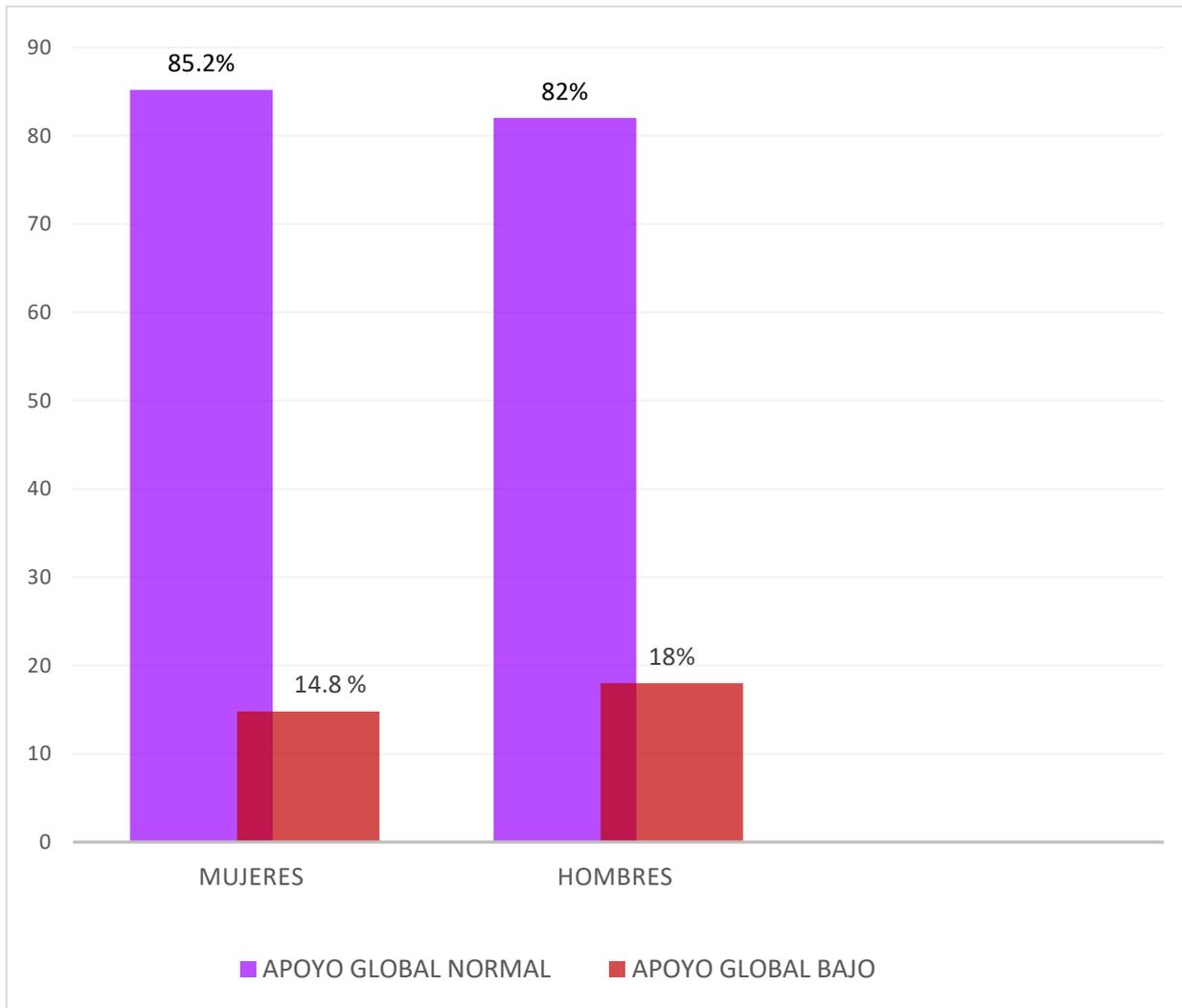


Fuente: escala de DUKE-UNC aplicada a hipertensos descontrolados en la UMF No. 94 del IMSS, julio 2020.

GRADO DE APOYO SOCIOFAMILIAR DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA
DESCONTROLADA DE LA UMF 94

En cuanto al apoyo sociofamiliar por género resultó normal en 85.2% (52) de las mujeres y en 82% (32) de los hombres. Y resultó bajo en 14.8% (7) de los hombres y en 14.8% (9) de las mujeres con hipertensión arterial descontrolada (gráfico 7).

Grafico 7. Distribución del grado de apoyo sociofamiliar en hombres y mujeres con hipertensión descontrolada

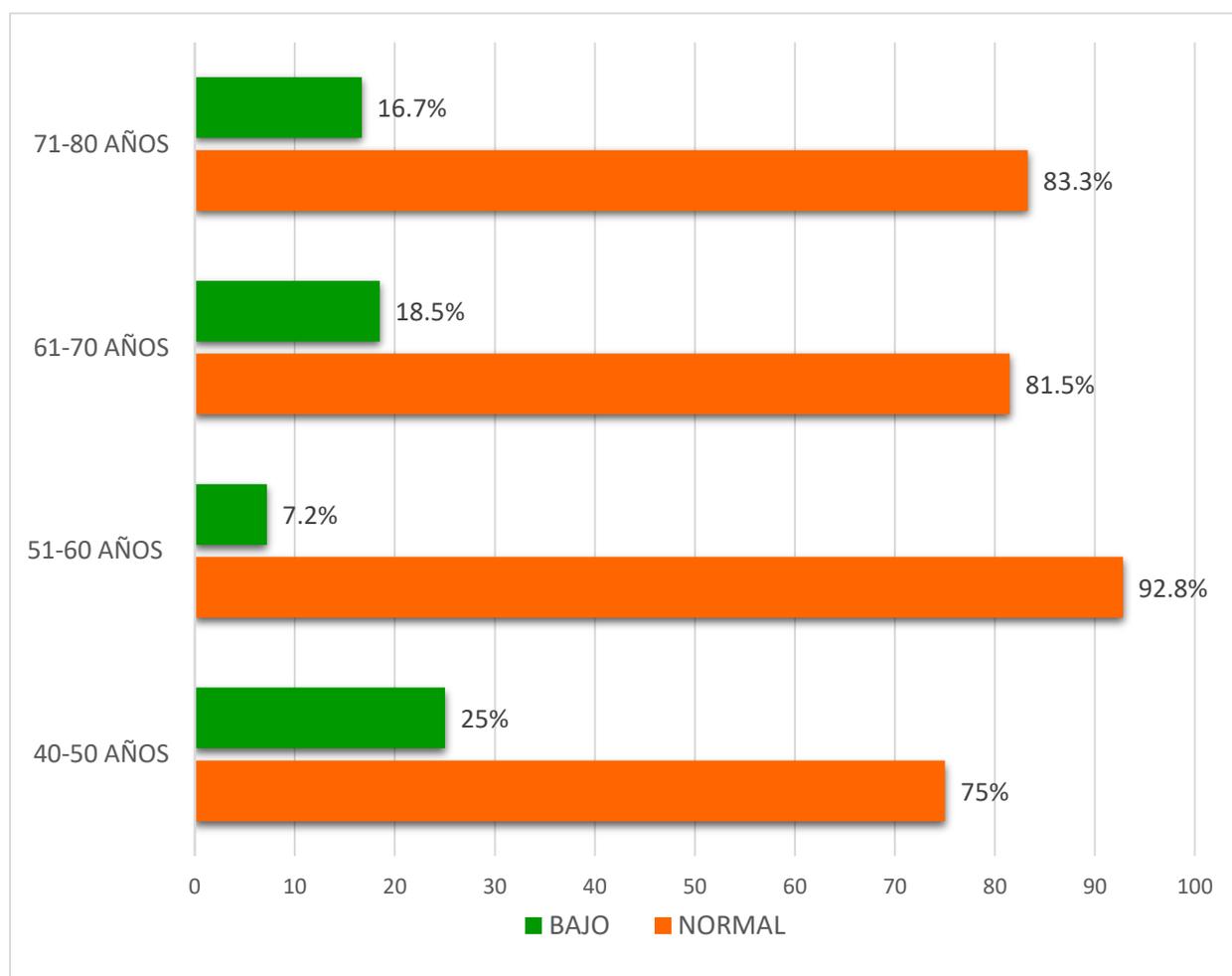


Fuente: escala de DUKE-UNC aplicada a hipertensos descontrolados en la UMF No. 94 del IMSS, julio 2020.

GRADO DE APOYO SOCIOFAMILIAR DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA
DESCONTROLADA DE LA UMF 94

Referente al apoyo sociofamiliar por rango de edad; resultó ser normal en el 92.8% (26) en el rango de edad de 51-60 años, 83.3% (15) en el rango de edad de 71-80 años seguido del 81.5% (31) en el rango de los 61-70 años y 75% (12) en el rango de los 40-50 años. Resultó ser bajo en el 25% (4) en el rango de edad de 40-50 años, 18.5% (7) en el rango de edad de 61-70 años, 16.7% (3) en el rango de los 71-80 años y 7.2% (2) en el rango de 51-60 años. Siendo el rango de 40-50 años el de menor apoyo (gráfico 8).

Gráfico 8. Distribución del grado de apoyo sociofamiliar en los distintos rangos de edad

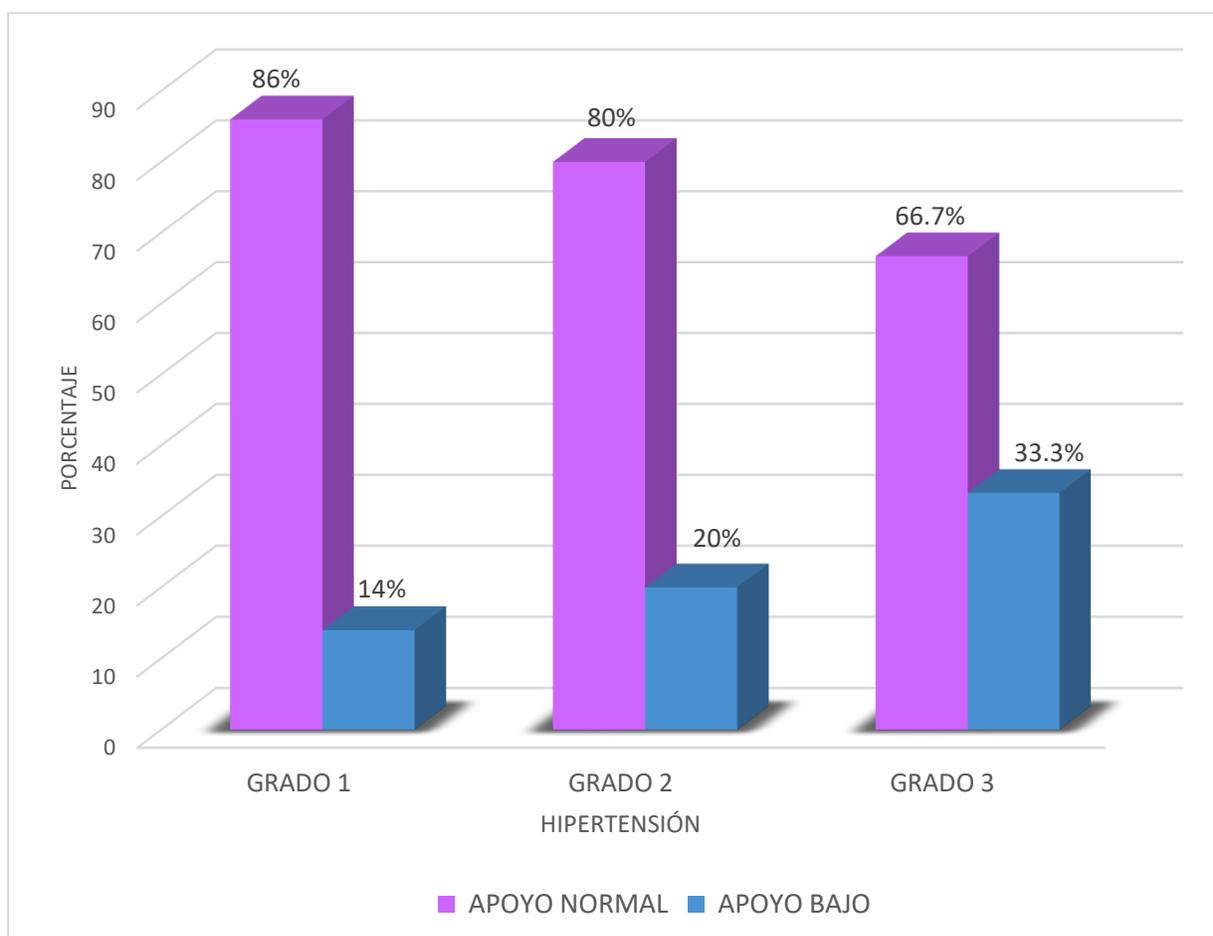


Fuente: escala de DUKE-UNC aplicada a hipertensos descontrolados en la UMF No. 94 del IMSS, julio 2020.

GRADO DE APOYO SOCIOFAMILIAR DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA
DESCONTROLADA DE LA UMF 94

Acercas del apoyo sociofamiliar por grado de hipertensión descontrolada resultó normal en el 86% (68) de los participantes con hipertensión grado 1, en el 80% (12) con hipertensión grado 2 y en el 66.7% (4) con hipertensión grado 3. Resultó ser bajo en el 33.3% (2) de los participantes con hipertensión grado 3, en el 20% (3) con hipertensión grado 2 y en el 14% (11) con hipertensión grado 1 (gráfico 9).

Grafico 9. Distribución del grado de apoyo sociofamiliar respecto a los grados de hipertensión arterial

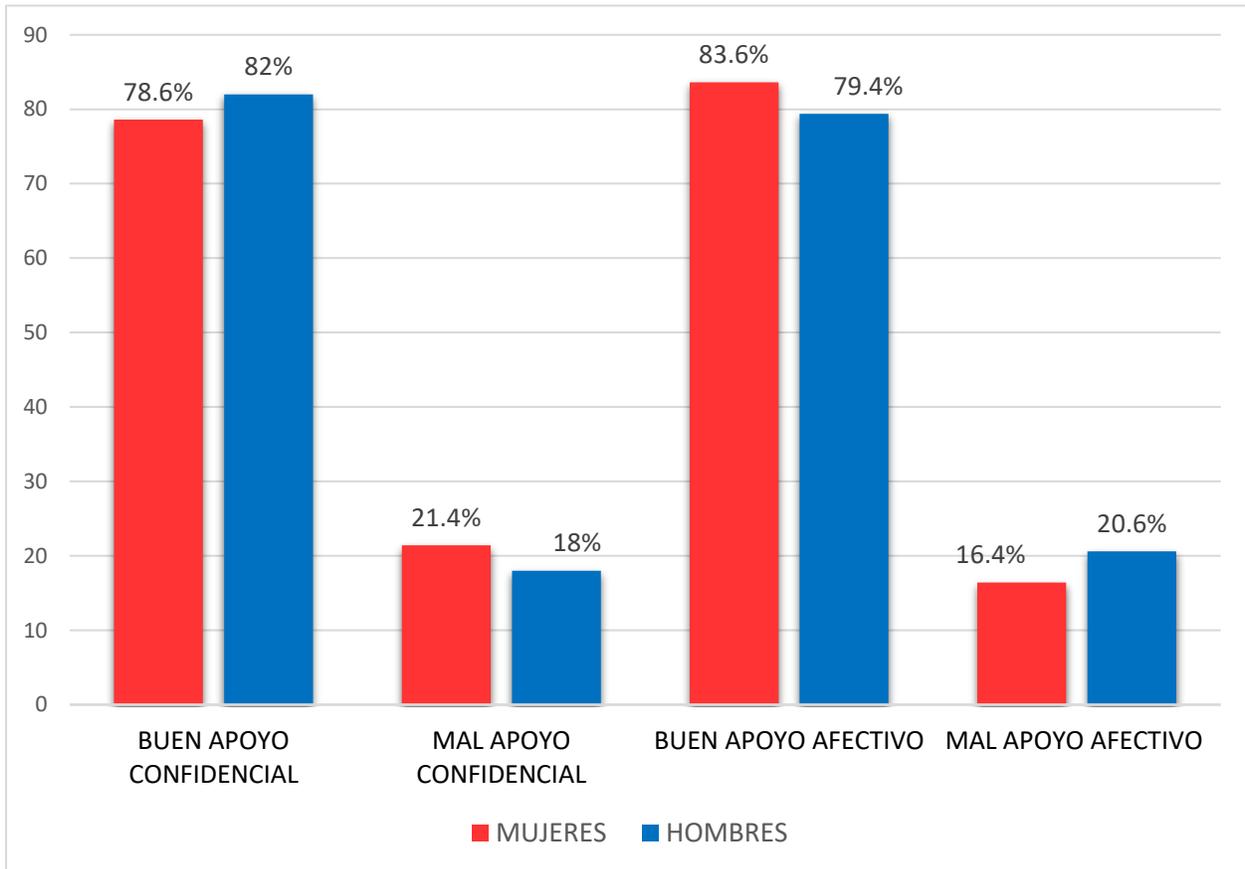


Fuente: escala de DUKE-UNC aplicada a hipertensos descontrolados en la UMF No. 94 del IMSS, julio 2020.

GRADO DE APOYO SOCIOFAMILIAR DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA
DESCONTROLADA DE LA UMF 94

Acerca del apoyo sociofamiliar por área afectiva y confidencial respecto a hombres y mujeres se encontró que: el apoyo afectivo resultó ser normal en el 83.6% (51) de las mujeres, el apoyo confidencial fue normal en el 82% (32) de los hombres, el apoyo afectivo resultó ser normal en el 79.4% (31) de los hombres y el apoyo confidencial fue normal en el 78.6% (48) de las mujeres. Por otro lado el apoyo confidencial se mostró bajo en el 21.4% (13) de las mujeres, el apoyo afectivo fue bajo en el 20.6% (8) de los hombres, el apoyo confidencial resultó ser bajo en el 18% (7) de los hombres y el apoyo afectivo fue bajo en 16.4% de las mujeres (gráfico 10).

Grafico 10. Distribución del grado de apoyo sociofamiliar en el área afectiva y confidencial en hombres y mujeres con hipertensión descontrolada



Fuente: escala de DUKE-UNC aplicada a hipertensos descontrolados en la UMF No. 94 del IMSS, julio 2020.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

En la UMF 94 se obtuvo un total de 780 casos de adultos mayores de 40 años y menores de 80 años con hipertensión arterial descontrolada, y el total de la muestra del presente trabajo se obtuvo con un nivel de confianza del 95%. Según el IMSS 2019 solo el 10% de los pacientes están controlados.

La población que más predominó en la investigación fue la del género femenino, que de acuerdo a la CONAPO 2019 en el país residen 126.6 millones de personas, de las cuales el 51% son mujeres y el 49% son hombres. Y con base a la ENSANUT 2016 MC el diagnóstico de la Hipertensión Arterial (HTA) suele ser mayor en mujeres 70.5% que en hombres 48.6%, lo que corresponde al comportamiento del género de la muestra del estudio.

La edad con mayor número de participantes correspondió a la del rango de 61-70 años, dato que coincide con la ENSANUT 2016 MC donde la prevalencia más baja de hipertensión se encontró en el grupo de 20 a 29 años de edad y la prevalencia más alta en el grupo de 60 a 80 años de edad, lo cual nos habla también del aumento de la esperanza de vida, la disminución de la natalidad, la reducción de la mortalidad por enfermedades infecciosas, el acceso a los servicios médicos, la mayor cobertura de atención en los sistemas de salud como el IMSS y el desarrollo socioeconómico que han contribuido a que la población en edad adulta constituya el grupo etario de mayor proporción.

Dos terceras partes de los participantes mencionaron ser casados ya que en México la composición de los hogares continua siendo familiar nuclear, principalmente con unión conyugal, pues conforme a la CONAPO 2019 el 85.2% de los habitantes están casados o unidos, lo que se asimila al comportamiento de la muestra de dicho estudio. En segundo lugar se encontraron las personas viudas, cabe destacar que éste estudio se basó en participantes con hipertensión descontrolada, que de acuerdo a Van Rossum y col. (2000) la hipertensión no controlada es más frecuente en viudas, lo que nos hablaría que el papel del cónyuge en el manejo de la hipertensión es esencial ya que el individuo hipertenso demanda apoyo familiar para cambiar su estilo de vida como parte del tratamiento no farmacológico y del control para la hipertensión. Bellón y Stanfeld (1996) demostraron que los viudos, separados y divorciados presentan un grado menor de apoyo social que los casados, explicándose esto porque en numerosas personas la pareja es la fuente principal de apoyo.

Los participantes demostraron un predominio de ocupación en el hogar y de acuerdo al INEGI la mayor proporción de personas dedicadas al trabajo del hogar son del sexo femenino, según Thompson y cols. (2016) las mujeres y las personas mayores de 64 años buscan servicios de atención médica preventiva con más frecuencia, acuden a sus citas mensuales y realizan un seguimiento de su estado en los centros de referencia, además de que la mayoría se encuentran aseguradas por algún miembro de la familia que labora.

Durante el estudio se observó que el apoyo sociofamiliar en hipertensos descontrolados fue bueno en el 84% de los participantes, lo cual resultó diferente de otros estudios como los de Bland y col. (1991) y Dressler et al. (1986) donde se concluyó que un apoyo social insuficiente se asociaba con incrementos en la presión arterial; otro de ellos fue el de Hanson y Stogatz el cual dice que una red familiar reducida se asociaba con un incremento de la presión arterial.

Solo una quinta parte de los participantes tuvo un apoyo social bajo lo que lo vuelve un grupo vulnerable ya que el apoyo social es un factor con efecto protector o benefactor sobre múltiples parámetros como la morbilidad psiquiátrica y la recuperación de enfermedades o trastornos crónicos.

En la investigación el comportamiento de la muestra fue diferente al esperado, a pesar de que los participantes se encontraban descontrolados y de los que se sospechaba un apoyo sociofamiliar deficiente, no fue así, probablemente ocurrió lo que Poblete y col. (2018) descubrieron en su estudio: cuando la persona percibe un buen apoyo social existe mayor relación favorable en la salud; es decir, no es suficiente con entregar apoyo a una persona, sino que este apoyo debe ser experimentado como valioso y necesario por quien es el receptor para que se relacione a efectos positivos. Los mecanismos por los que actuaría el apoyo social incluiría la modificación de conductas negativas para la salud. Las personas refieren tener buen apoyo social y familiar sin embargo éste no fue suficiente para causar efectos positivos en favor de su salud y lograr un adecuado control de la enfermedad.

Por otra parte la edad con menor apoyo social fue la del rango de 40- 50 años, seguido de 61-70 años, que nos habla de que los adultos mayores conforme pasan los años, se quedan solos, presentan peores indicadores de salud, con mayor frecuencia de mala salud autoevaluada, mala calidad de vida, necesidad de cuidador y otras enfermedades crónicas.

También se detectó que las mujeres presentaron mejor apoyo en el área afectiva, ésta se refiere a las demostraciones de amor, cariño o empatía, así como la disponibilidad de

personas para proporcionar esas expresiones de afecto; a diferencia de los hombres que mostraron una mejor percepción de apoyo en el área confidencial que se refiere a la posibilidad de contar con personas a las que se les puede comunicar problemas, hechos relevantes, situaciones conflictivas o problemas íntimos que requieran comprensión y ayuda.

Por lo tanto según el estudio de Murphy y cols. (2015): Aunque el individuo cuente con cierto grado de apoyo social, para que éste tenga un efecto significativo positivo en él, debe generarle suficiente interés que lo lleven a iniciar medidas en el cuidado de su salud; la autodeterminación lo ayudaría a adoptar comportamientos de estilo de vida saludables o adherirse al tratamiento con mayor facilidad cuando se sienten autónomos, competentes y tienen una relación o conexión con los demás; por ello es importante que se sientan respetados, comprendidos y atendidos.

CONCLUSIONES

No se cumplió la expectativa empírica, ya que resultó que el 84% obtuvo un apoyo sociofamiliar normal, y se trabajó con la expectativa empírica de que el 70% de los participantes con hipertension arterial sistémica descontrolada, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N. 94 resultarían con un bajo apoyo sociofamiliar.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Se recomienda la evaluación del individuo hipertenso no controlado con instrumentos que permitan determinar el apoyo social funcional y dar seguimiento personalizado para conocer la dinámica y estructura familiar con el posterior fortalecimiento de las redes de apoyo.

Para tener una intervención más integral, el médico familiar tendrá que proporcionar un apoyo social más intenso valiéndose de otras redes como son las que brindan apoyo económico, laboral y social que integran las instituciones o grupos de autoayuda; en conjunto con la familia quienes se vuelven parte fundamental para el cuidado de la salud, evitando el desarrollo de otros factores como ansiedad o depresión que dificulten el control y el autocuidado del paciente.

A partir de este estudio se sugiere que las siguientes líneas de investigación incluyan conocer otras variables como la satisfacción de los individuos con el apoyo social y cómo la sensación de sentirse apoyado repercute en su bienestar, puesto que aún no se sabe con certeza si basta con que el paciente reciba apoyo social o es necesaria una cierta

satisfacción del enfermo del apoyo que recibe para que pueda tener efectos positivos en el cuidado de su salud. Sería interesante conocer si los pacientes con descontrol hipertensivo muestran inconformidad, ansiedad y frustración al no recibir información adecuada, asesoramiento o apoyo social por parte de los proveedores de la atención médica y que esto los coloque en desventaja para controlar su condición.

El apoyo social tendrá que ser reforzado con ayuda del médico familiar para que el objetivo sea siempre el beneficio del paciente.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión [Internet]. 2020 [citado 25 agosto 2019]; Disponible en: <https://www.who.int/topics/hypertension/es/>
2. Hernández Hernández MA. Revisión clínica. Hipertensión arterial sistémica. Atención familiar [Internet]. 2012 [citado 25 agosto 2019]; Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm106/revisionclinica.html>
3. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial. Día mundial de la salud 2013. Suiza. Ginebra, 2013.
4. James PA, Oparil S, Carter BL, et al. Evidence based-guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA 2014; 311(5):507-20. DOI:10.1001/jama.2013.284427.
5. Centro Nacional de Excelencia Tecnología en Salud. Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención México: Instituto Mexicano del Seguro Social; México, 08/07/2014.

6. Campos Nonato I, Hernández Barrera L, Pedroza Tobías A, Medina C, Barquera S. et al. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. Ensanut MC 2016. Salud Pública Méx 2018; 60:233-43.
7. Instituto Mexicano del Seguro Social. Procesos de Salud Enfermedad en Población Derechohabiente, 2018. Atención Integral de las Enfermedades Hipertensivas en población derechohabiente de 20 años y más. Manual metodológico de indicadores médicos 2018 [Internet]. 2018 [citado 2 septiembre 2019]:59–81. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/profesionalesSalud/investigacionSalud/normatividadInst/manualmetodologico2018.pdf>
8. Organización Panamericana de la Salud. Hipertensión [Internet]. 2020 [citado 10 agosto 2019]; Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=221&Itemid=40878&lang=es
9. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT MC 2016). Informe final de resultados. Secretaría de Salud. México, 2016. p 55
10. Instituto Mexicano del Seguro Social. La Hipertensión Arterial de la población en México, una de las más altas del Mundo. Comunicación social IMSS [Internet]. Julio 2017. [citado 20 julio 2019]; (203). Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201707/203>
11. Instituto Mexicano del Seguro Social. COM. 291 Con un diagnóstico oportuno, es posible controlar la hipertensión: IMSS. Comunicación social IMSS [Internet]. Agosto 2019. [citado 20 julio 2019]; Disponible en: <https://www.gob.mx/imss/prensa/com-291-con-un-diagnostico-oportuno-es-posible-controlar-la-hipertension-imss-213392?idiom=es>
12. Instituto Mexicano del Seguro Social. En el IMSS se detectan diariamente 480 personas con hipertensión arterial. Comunicación social IMSS [Internet]. Abril 2019. [citado 21 julio 2019]; (121) Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201904/121>
13. Narro Robles JR. Enfermedades No Transmisibles Situación y Propuestas de Acción: Una Perspectiva desde la Experiencia de México. Primera edición. México. Secretaría de Salud, Octubre 2018.
14. Rosas Peralta M, Palomo Piñón S, Borrayo Sánchez G. et al. Consenso de Hipertensión Arterial en México. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2016; 54(1):S6-51.

15. Gebrewahd Bezabh G, Kalayou Kidanu B, Teklewoini Mariye Z. Uncontrolled hypertension and associated factors among adult hypertensive patients in Ayder comprehensive specialized hospital, Tigray, Ethiopia, 2018. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2019; 19(121):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12872-019-1091-6>
16. Martins Oliveira I, Oliveira Duarte Y, Trevisan Zanetta DM. Prevalence of Systemic Arterial Hypertension Diagnosed, Undiagnosed, and Uncontrolled in Elderly Population: SABE Study. *Journal of Aging Research*. 2019; 1-11. <https://doi.org/10.1155/2019/3671869>.
17. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *Eur Heart J*. 2018; 39(33):3021-3104. doi:10.1093/eurheartj/ehy339.
18. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on clinical practice guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2018; 71(19):e127-248. doi:10.1016/j.jacc.2017.11.006.
19. Norma Oficial Mexicana. NOM-030-SSA2-2009. Para la prevención, detección diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. 2010. p1-39.
20. Martos Méndez, M. Análisis de la satisfacción vital, salud y apoyo social en pacientes con hipertensión arterial. *Revista de Psicología de la Salud (New Age)*. 2016; 4(1):24-59.
21. Gąsiorowski J, Rudowicz E. Functional Social Support for Hypertensive Patients in Primary Care Setting in Poland: What Is Expected and What Is Received? *Value in health regional issues*. 2017; 13:39–43. <http://dx.doi.org/10.1016/j.vhri.2017.07.003>.
22. Poblete F, Glasinovic A, Sapag J, Barticevic N. et al. Apoyo social y salud cardiovascular: adaptación de una escala de apoyo social en pacientes hipertensos y diabéticos en la atención primaria chilena. *Rev. Atención primaria*. 2015; 47(8):523-31.
23. Higuera E, Rojas M, Garzón D. Experiencia de hipertensión arterial en la relación paciente, familia y contexto de ayuda. *Rev. salud pública*. 2015; 17(6):874-85. <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n6.49228>.

24. Menéndez Villalva C, Montes Martínez A, Gamarra Mondelo T, Núñez Losada C, et al. Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial. *Atención Primaria*. 2003; 31(8):506-13.
25. Murphy K, Chuma T, Mathews C, Steyn K, Levitt N. A qualitative study of the experiences of care and motivation for effective self-management among diabetic and hypertensive patients attending public sector primary health care services in South Africa. *BMC Health Services Research*. 2015; 15(303):1-9. DOI 10.1186/s12913-015-0969-y
26. Morera Llorca M, Folch Marín B, Giner Esparza MA. Inmigrantes magrebíes gestantes en Atención Primaria: características sociofamiliares. *Rev Clin Med Fam*. 2012; 5(2):81-8.
27. Poma J, Carrillo L, González J. Family Functionality and Modifiable Risk Factors for Arterial Hypertension. *Universitas Médica*. 2018; 59(1):1-8
28. Hu H, Li G, Aro T. The association of family social support, depression, anxiety and self-efficacy with specific hypertension self-care behaviours in Chinese local community. *Journal of Human Hypertension*. 2015; 29(3):198–203; doi:10.1038/jhh.2014.58
29. Nurchayati S, Utomo W, Karim D. Correlation between family support and quality of life among hypertensive patients. *Enferm Clin*. 2019; 29(1):60-2.
30. Arrieta LA, Casas Fernández JM. Auto percepción de enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas. *Medicina de Familia. Semergen*. 2018; 44(5):335-41.
31. Mejía Rodríguez O, Paniagua Sierra R, Valencia Ortiz M, Ruiz García J, Figueroa Núñez B, Roa Sánchez V. Factores relacionados con el descontrol de la presión arterial. *Salud Pública de México*. 2009; 51(4):291-97.
32. Menéndez Villalva C, Gamarra Mondelo MT, Alonso Fachado A, Naveira Castelo A, Montes Martínez A. Social network, presence of cardiovascular events and mortality in hypertensive patients. *Journal of Human Hypertension*. 2015; 29(7):417–23.
33. Sandhu A, Ho PM, Asche S, et al. Recidivism to uncontrolled blood pressure in patients with previously controlled hypertension. *American Heart Journal*. 2015; 169(6):791-97
34. Suarez Cuba MA, Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. *Rev Med La Paz*, 2011; 17(1): 60-7

- 35.RAE. Género. Diccionario de la lengua española [Internet]. 2019 [citado 22 julio 2019]. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=J49ADOi>
- 36.RAE. Edad. Diccionario de la lengua española [Internet]. 2019 [citado 22 julio 2019]. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=EN8xffh>
- 37.RAE. Estado civil. Diccionario de la lengua española [Internet]. 2019 [citado 22 julio 2019]. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=GiqhajH>
- 38.RAE. Ocupación. Diccionario de la lengua española [Internet]. 2019 [citado 22 julio 2019]. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=Qu0oRKT>

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario de apoyo social funcional Duke UNC.

Instrucciones: En la siguiente lista se muestran algunas preguntas sobre lo que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija con una "X" para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					

Anexo 2. Hoja de recolección de información

Fecha_____

Nombre_____ Edad_____

Género_____ Estado Civil_____ Ocupación_____

TA en 3 meses consecutivos _____

Cuestionario de apoyo social funcional Duke UNC.

Instrucciones: En la siguiente lista se muestran algunas preguntas sobre lo que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija con una "X" para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					

Anexo 3. Consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	GRADO DE APOYO SOCIOFAMILIAR DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA DESCONTROLADA DE LA UMF 94.
Patrocinador externo (si aplica):	No Aplica.
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, a ___ de _____ del 2020.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Justificación: la hipertensión arterial sistémica es una enfermedad común en nuestro país la cual produce un impacto negativo en la vida del enfermo, su familia, la sociedad y las instituciones, debido a las complicaciones que aparecen a largo plazo y que limitan la funcionalidad además de aumentar los recursos que genera su atención; su control es un proceso que implica atención y cuidados generales de ciertos sistemas, en esta sintonía, un elemento que puede favorecer una mejor evolución y un mejor control es poner énfasis a las relaciones sociales y familiares que presentan los enfermos, pues estas influyen en el control de la enfermedad y les brinda las herramientas necesarias para evitar complicaciones. Un panorama general del grado de apoyo socio familiar en nuestra población, puede motivar a diferentes acciones, tanto por parte de los participantes que padecen la enfermedad, como de las autoridades médicas (iniciativas de educación para la salud enfocadas a esta importante enfermedad). El objetivo es Identificar el grado de apoyo sociofamiliar de los pacientes con hipertensión arterial sistémica descontrolada de la UMF.94
Procedimientos:	Responder algunos datos personales, del participante y un cuestionario de 11 preguntas que orientan al apoyo social y funcional que el mismo percibe.
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos, debido a que la participación consiste en responder una serie de preguntas; podría causar molestia al contestar aproximadamente en 15 minutos.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Mejorar el apoyo social y familiar de los pacientes hipertensos y recibir las medidas necesarias para su control evitando futuras complicaciones que puedan afectar su salud más tarde.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El grado de apoyo sociofamiliar de los pacientes hipertensos se dará a conocer al contestar el instrumento, y se resolverán las dudas que el participante pueda tener, además se brindará una retroalimentación para reforzar la información.
Participación o retiro:	Los participantes tienen la plena libertad de retirarse en cualquier momento del estudio, sin que ello afecte o intervenga la atención médica que recibe el paciente en la unidad médica del instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos que se recaben se trabajarán con estricta confidencialidad, no hay manera de identificar la procedencia de los datos de cada uno de los participantes, ya que se foliarán con número consecutivo los datos obtenidos; además no se divulgarán los instrumentos y las hojas de recolección de datos y no estarán en manos de personas ajenas a la investigación.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Se otorgará la orientación necesaria, y la derivación oportuna en la consulta externa de Medicina Familiar en caso de identificar datos que por interrogatorio no coincidan con el abordaje clínico, y en caso necesario en urgencias adultos.
Beneficios al término del estudio:	Reconocer el grado de apoyo social y familiar funcional que tienen los pacientes hipertensos con descontrol para realizar las medidas necesarias con el objetivo de mejorar estas relaciones a fin de que el paciente pueda controlar su enfermedad, evite el desarrollo de complicaciones y mejore su calidad de vida.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Esther Azucárate García, matrícula: 99362280, teléfono: 57672799, extensión: 21465, correo electrónico: estherazcarate@gmail.com
Colaboradores:	Dra. Paula Andrea Alvarado Correa, matrícula: 97365151, teléfono 5561472805, correo electrónico: pau3blue@gmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma del participante del estudio

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. **Clave: 2810-009-013**

Anexo 4. Cronograma de Actividades.

**GRADO DE APOYO SOCIOFAMILIAR DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL SISTÉMICA DESCONTROLADA DE LA UMF 94.**

Actividades	MES (año)	ENERO JUNIO 2020	JULIO- AGO. 2020	SEPTIEMBRE- DICIEMBRE 2020	ENERO 2021	FEBRERO 2021	MARZO 2021
Elaboración del Protocolo	P	P					
	R	R					
Selección del instrumento	P		P				
	R		R				
Elaboración de la hoja de recolección de datos	P		P				
	R		R				
Presentación al CLIS para registro de protocolo	P			P			
	R			R			
Recolección de la información	P			P			
	R			R			
Elaboración de la base de datos	P				P		
	R				R		
Captura de la información	P					P	
	R					R	
Procesamiento de Datos	P						P
	R						R
Análisis de los Resultados	P						P
	R						R
Elaboración del escrito científico	P						P
	R						R

P= programado R= realizado