



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75

**“ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN
ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE RECIENTE DIAGNÓSTICO DE
LA UMF NO. 75.”**

NÚMERO DE REGISTRO SIRELCIS:

R – 2023 – 1408 - 019

Dra. Silvia Gpe. Flores Gálvez
DIRECTORA
C.P. 6988291
IMSS Mat. 99363880



T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Dr. Rey David Sánchez Morales
Med. Fam. y Prof. Titular
Residentes de Medicina Familiar
IMSS Mat. 98158757

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

SÁNCHEZ ACEVEDO BERTHA MAGALI

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

Dr. Imer Guillermo Herrera Olvera
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN EN SALUD
IMSS Mat. 98150497

Dra. Herrera González Norma
Médico Familiar
Cód. Prof. 5250538
IMSS Mat. 97153779

DIRECTORA DE TESIS E INVESTIGADORA RESPONSABLE:
E. en M. F. HERRERA GONZÁLEZ NORMA

CODIRECTOR(ES) DE TESIS E INVESTIGADORES ASOCIADOS
E. en M.F. CARRILLO FLORES GISSELLE



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

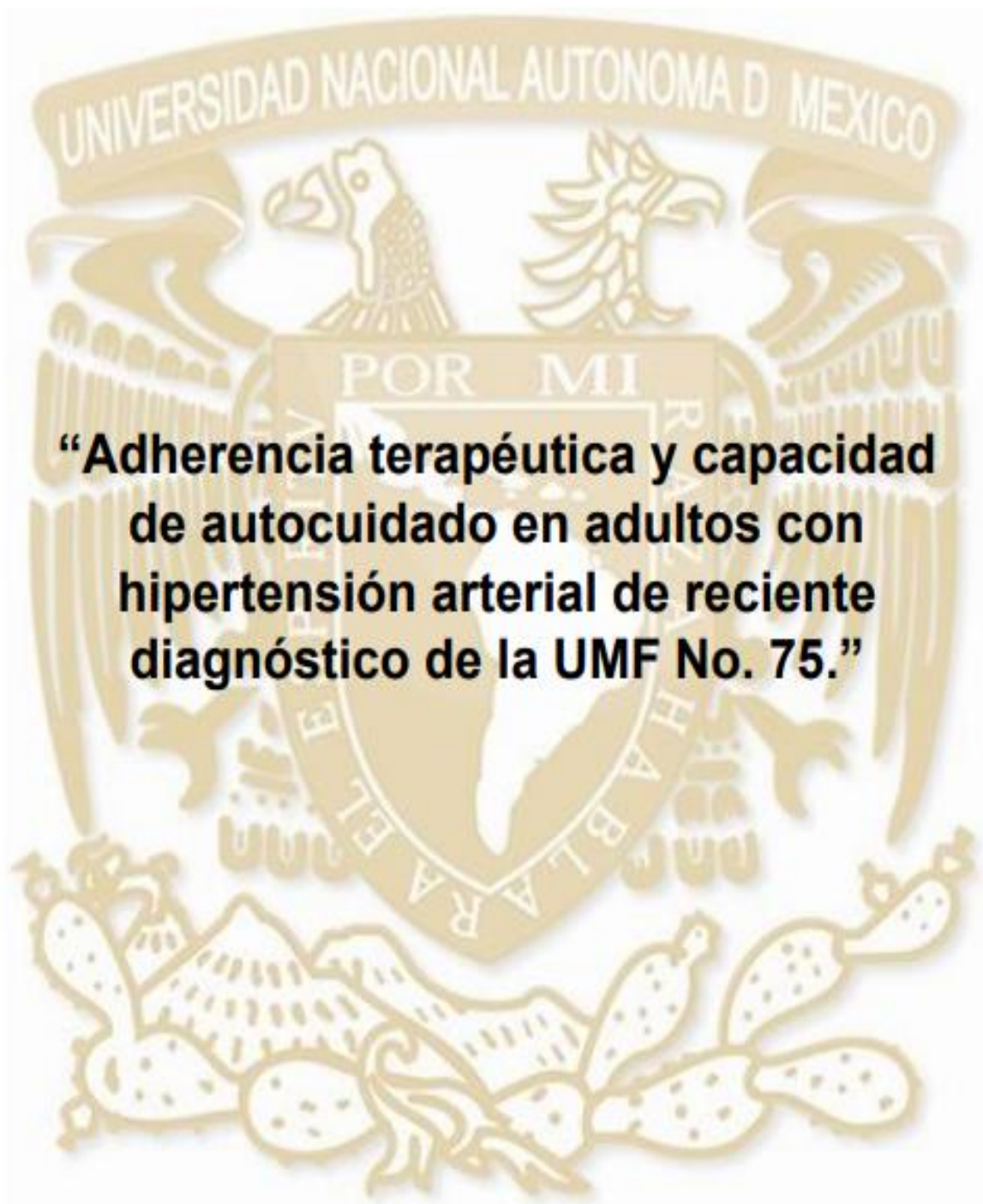


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



“Adherencia terapéutica y capacidad de autocuidado en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF No. 75.”

El presente proyecto fue aprobado por el Comité Local de Investigación en Salud 1408 No 15 CEI 003 2018041 y por el Comité de Ética en Investigación 14088 en el Instituto Mexicano del Seguro Social, al cual se le asignó el número de registro: **R – 2023 – 1408 – 019**, que tiene como título:

“ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE RECIENTE DIAGNÓSTICO DE LA UMF NO. 75.”

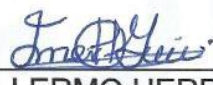
TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR


PRESENTA:

SÁNCHEZ ACEVEDO BERTHA MAGALI
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

AUTORIZACIONES:


DRA. SILVIA GUADALUPE FLORES GARZA
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75, IMSS.


DR. IMER GUILLERMO HERRERA OLVERA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75, IMSS.


E. en M. F. REY DAVID SÁNCHEZ MORALES
PROFESOR TITULAR DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75, IMSS.


E. en M.F. NORMA HERRERA GONZÁLEZ
DIRECTORA DE TESIS E INVESTIGADORA RESPONSABLE


E. en M.F. GISSELLE CARRILLO FLORES
CODIRECTORA DE TESIS E INVESTIGADORA ASOCIADA



**"ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y CAPACIDAD DE AUTOCAUIDADO EN
ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE RECIENTE DIAGNÓSTICO DE
LA UMF NO. 75."**

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

PRESENTA:

BERTHA MAGALI SANCHEZ ACEVEDO

AUTORIZACIONES:



**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



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



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





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **1408**.
U MED FAMILIAR NUM 64

Registro COFEPRIS **17 CI 15 104 043**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 15 CEI 003 2018041**

FECHA **Lunes, 03 de abril de 2023**

Dra. HERRERA GONZALEZ NORMA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Adherencia terapéutica y capacidad de autocuidado en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF No. 75**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2023-1408-019

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

MARIA ISABEL RAMIREZ MURILLO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1408

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación **14088**.
U MED FAMILIAR NUM 64

Registro COFEPRIS **17 CI 15 104 043**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 15 CEI 003 2018041**

FECHA **Jueves, 23 de marzo de 2023**

Dra. HERRERA GONZALEZ NORMA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Adherencia terapéutica y capacidad de autocuidado en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF No. 75**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
Sin número de registro

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Lic. JEHÚ TAMAYO CALDERÓN
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 14088

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

DATOS DEL ALUMNO

Apellido paterno	Sánchez
Apellido materno	Acevedo
Nombre	Bertha Magali
Universidad	Nacional Autónoma de México
Facultad o escuela	Facultad de Medicina
Carrera	Medicina
Especialidad	Medicina Familiar
No de cuenta	413521752
Correo electrónico	berth.maga21@gmail.com

DATOS DEL ASESOR

Apellido paterno	Herrera
Apellido materno	González
Nombre	Norma

NOMBRE COLABORADOR

Apellido paterno	Carrillo
Apellido materno	Flores
Nombre	Gisselle

DATOS DE LA TESIS

Titulo	Adherencia terapéutica y capacidad de autocuidado en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF No. 75.
No. de páginas	57
Año	Febrero 2025

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi familia por los valores inculcados los cuales están fuertemente relacionados con la especialidad que estoy a punto de concluir, por el apoyo que me han brindado desde el inicio de mi carrera. Agradezco en especial a mi mamá por siempre preguntar y preocuparse por mí en cada momento, así como sin saber darme ánimos y los mejores consejos para seguir adelante, le agradezco por todo el apoyo durante mi vida académica, por el confiar siempre en lo que estaba realizando.

Agradezco a Wendy Coy por todo el apoyo que me ha brindado a lo largo de toda mi carrera en medicina familiar, por estos 3 años de desvelos, por ser mi soporte en días de estrés cuando sentía que no iba a poder, por el tiempo brindado y la paciencia que ha tenido con días de ausencia durante cada guardia. Por apoyarme en la realización de esta tesis y recordarme que lo voy a lograr.

Agradezco a mi hermana Irma por ser parte importante en este largo camino que llevo en el especializarme y en la realización de esta tesis. Agradezco a mi tía Leticia Acevedo quien ha apoyado en cada dificultad y me ha ayudado a salir adelante. De igual forma agradezco a mi prima Daniela Felix por su entusiasmo y su alegría cada vez que llevo a verla, por acompañarme en mis loqueras y ser aquella persona que me impulsa a no dejar de ser quien soy.

Agradezco a mis profesores por esa enseñanza que nos han dejado, por la disciplina que nos han inculcado y los valores tan importantes que debe llevar un médico familiar.

Agradezco a la Dra Norma Herrera quien ha sido mi asesora en esta tesis y en mi aprendizaje en el arte de la consulta, por su alegría y su disciplina. A la Dra Gisselle Carrillo y al Dr Rey David Morales, por su paciencia y conocimiento el cual ha sido fundamental para lograr esta Tesis.

Contenido

ANTECEDENTES	1
JUSTIFICACION	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
OBJETIVOS.....	14
HIPOTESIS	15
DISEÑO DE ESTUDIO.....	16
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	16
TAMAÑO DE LA MUESTRA	17
TIPO DE MUESTREO	18
MÉTODOS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN.....	19
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.....	23
PROPUESTA DE ANALISIS ESTADISTICO.....	25
ASPECTOS ETICOS	27
RESULTADOS	32
DISCUSIÓN.	48
Conclusión.....	51
Recomendaciones.....	51
REFERENCIAS	52
ANEXOS	56

Resumen estructurado

Título: Adherencia terapéutica y capacidad de autocuidado en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF No. 75. **Antecedentes:** La adherencia terapéutica fue definida por primera vez por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2003 que refiere al comportamiento que tiene una persona al seguir las recomendaciones emitidas por el personal de salud. La hipertensión arterial considerada un problema de salud a nivel mundial como nacional, esto mencionado por la OMS, teniendo a nivel mundial 1130 millones con este diagnóstico, en México durante el año 2021 reporta una tasa nacional de incidencia de 157.6 casos por cada 100 mil habitantes. La prevalencia de HAS es mayor en las personas que tienen >65 años de edad (65.6%, que en adultos jóvenes con de 53.6%). **Objetivo:** Se asocio la adherencia terapéutica con la capacidad de autocuidado en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico. **Material y Métodos:** Estudio de tipo observacional, transversal en donde participaron 268 personas con diagnóstico de Hipertensión arterial seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por cuotas, a quienes se les realizó toma de presión arterial y se les aplicó el instrumento MBG de adherencia terapéutica, ASA para la capacidad de autocuidado y cedula de recolección de datos nombre de cuestionarios **Análisis.** Se realizó estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes, en la estadística inferencial con análisis bivariado, con prueba estadística no paramétrica chi cuadrado en donde se asoció la capacidad de autocuidado con adherencia terapéutica y control hipertensivo. **Recursos e Infraestructura:** Tesista Sánchez Acevedo Bertha Magali y Asesora e Investigadora responsable Norma Herrera González y como investigadora asociada la Doctora Gisselle Carrillo Flores, se realizó dentro de las instalaciones de la UMF No. 75, Nezahualcóyotl. **Experiencia del grupo:** La UMF No. 75 cuenta con experiencia en la realización y asesoramiento de múltiples protocolos de investigación, sin embargo, no se han realizado del tema de autocuidado y adherencia terapéutica en hipertensión. **Resultados:** El 75% presentaron hipertensión descontrolada, el 25% hipertensión controlada. El 47% presentaron adherencia terapéutica. El 68.7% mostraron capacidad de autocuidado. La asociación de la adherencia terapéutica con el género mostro mayor adherencia género femenino. El grado de adherencia terapéutica se asocia con el control hipertensivo ($P=0.0001$), y una asociación con el tiempo de evolución observando mayor adherencia en aquellos que tienen un tiempo de evolución de 4 a 5 años con hipertensión arterial. **Conclusión:** La adherencia terapéutica está relacionada con el control hipertensivo y con el tiempo de evolución de la hipertensión arterial. Es importante reforzar la adherencia

terapéutica, así como identificar aquellos factores que incrementan la mala adherencia terapéutica. **Tiempo para desarrollarse:** Marzo a Diciembre del 2023

Palabras clave: Adherencia terapéutica, Capacidad de autocuidado, hipertensión arterial.

Structured summary

Title: Therapeutic adherence and self-care capacity in adults with recently diagnosed arterial hypertension from the UMF No. 75. **Background:** Therapeutic adherence was defined for the first time by the World Health Organization (WHO) in 2003, which refers to the behavior that a person has when following the recommendations issued by health personnel. High blood pressure is considered a global and national health problem, mentioned by the WHO, with 1.13 billion people with this diagnosis worldwide. In Mexico during 2021, it reports a national incidence rate of 157.6 cases per 100,000 inhabitants. The prevalence of SAH is higher in people who are >65 years of age (65.6%, than in young adults with 53.6%. **Objective:** Therapeutic adherence was associated with the capacity for self-care in adults with recently diagnosed arterial hypertension. **Material and Methods:** Observational, cross-sectional study in which 268 people with a diagnosis of arterial hypertension participated, selected through non-probabilistic quota sampling, to whom blood pressure was taken and the MBG therapeutic adherence instrument, ASA, was applied. passes the self-care capacity and data collection card name of questionnaires **Analysis.** Descriptive statistic was carried out with frequencies and percentages, in the inferential statistics with bivariate analysis, with non-parametric chi square statistical test where the self-care capacity was associated with adherence therapeutics and hypertensive control. **Resources and Infrastructure:** Thesisist Sánchez Acevedo Bertha Magali and Advisor and responsible researcher Norma Herrera González and as associate researcher Dr. Gisselle Carrillo Flores, it was carried out within the facilities of the UMF No. 75, Nezahualcóyotl. **Group experience:** UMF No. 75 has experience in carrying out and advising on multiple research protocols; however, they have not been carried out on the topic of self-care and therapeutic adherence in hypertension. Time to develop: March to December 2023

ANTECEDENTES

Adherencia terapéutica

La adherencia terapéutica es definida por primera vez por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2003 que refiere al comportamiento que tiene una persona al seguir las recomendaciones emitidas por el personal de salud. Menciona el grado en el que la conducta del paciente se ajusta a las indicaciones en la toma de medicamento, seguimiento de la dieta y modificación de hábitos de vida⁽¹⁾

Está conformada por tres componentes: la iniciación, la implementación y la terminación.⁽²⁾ La iniciación es el tiempo en el que transcurre desde la prescripción hasta la toma de la primera dosis del medicamento. La implementación es el seguimiento de la dosis indicada por el personal de salud y el seguimiento del paciente, el cual se puede modificar por factores como olvidos de ingesta, periodos prolongados y suspensión. El último componente siendo la interrupción, es aquella que se presenta al finalizar la terapia, al omitir la siguiente dosis y el tratamiento ya no tiene continuidad.⁽³⁾

Los factores asociados a una mejor adherencia terapéutica son: el conocimiento de la enfermedad, así como la gravedad y consecuencias que conlleva un mal tratamiento.⁽⁴⁾

Clasificación

Esta clasificación se divide acorde a su origen o características, formando dos grupos 1) No intencionada: caracterizada cuando el paciente no puede seguir adecuadamente el tratamiento, por factores como olvidos, cambios de horarios, viajes, falta de destreza manuales o visuales y desorganización en sus actividades diarias. 2) Falta de adherencia intencionada es aquella en la que el paciente conociendo su diagnóstico y tratamiento no quiere o decide no iniciar o continuar su tratamiento, esta barrera es modificada por barreras perceptuales como creencias erróneas, falta de motivación, una idea negativa de la enfermedad y evolución, estigmatización social, entorno familiar.⁽⁵⁾

Factores asociados a la adherencia terapéutica

La OMS menciona cinco dimensiones que agrupan los factores asociados a la adherencia terapéutica: Factores relacionados con el paciente como características sociodemográficas, edad, escolaridad, creencias y la personalidad. Los factores relacionados con la patología,

el diagnóstico, la gravedad o estadio en la que se diagnostica, síntomas que se presentan o no al recibir el diagnóstico. Factores relacionados con el tratamiento, número de medicamentos y tomas. Factores relacionados con el sistema sanitario, tales como el acceso a los servicios, la cobertura y la relación médico paciente. Por último, los factores socioeconómicos relacionados a las personas que tienen acceso a medicamentos y los que no cuentan con el acceso y deben de pagar para obtener estos. ⁽⁶⁾

Respecto a la adherencia relacionada con la relación médico paciente, es importante resaltar la prescripción de un tratamiento claro, entendible, medible y accesible, contando con acceso a un servicio público se entiende la facilidad del tratamiento farmacológico, esto para asegurar la adherencia terapéutica⁽⁷⁾

Complicaciones

Parece que la falta de adherencia al tratamiento es algo que perjudica individualmente sin embargo este tema es importante para el sector salud, ya que una mala adherencia trae como consecuencias a nivel personal como al sector salud, es por eso que debemos considerar la alta prevalencia de una mala adherencia al tratamiento con la que se cuenta y no dejar de lado las consecuencias negativas para los tres niveles de salud.

Dentro de estas consecuencias se encuentra A) nivel clínico pérdida de beneficios de los tratamientos, el fracaso terapéutico, falta de control de enfermedades crónicas que se pueden controlar, llevando a mayor recaídas y complicaciones de la patología, requerimiento de medicamentos que podrían evitarse. B) Nivel humanística, empeora la calidad de vida del paciente, afectando a nivel familiar, mental y social, afectando el siguiente nivel C) Nivel económico, aumento de gasto en medicamentos los cuales pueden evitarse, mayor frecuencia en visita al médico, hospitalizaciones recurrentes o urgencias, como consecuencia muerte prematura en un inicio de la enfermedad.⁽⁸⁾

Intervención sobre la adherencia terapéutica.

Conociendo los factores y clasificación de la adherencia terapéutica es importante identificar la causa o barrera que está afectando la adherencia terapéutica, es importante que el personal de salud conozca estas barreras para así poder realizar las intervenciones correspondientes en su paciente, no se tiene una guía especial para intervenciones, es dinámico el tipo de intervención que se requieren, combinando diferentes estrategias y técnicas que ayuden a dirigir y establecer una adecuada adherencia.

Sin embargo, podemos mencionar la técnica network meta-analysis, en la cual se identifican cuatro categorías en las cuales poder trabajar: educativas, técnicas, actitudinales y económicas. Tratando de no mantener una intervención meramente conductual ya que podrían tener una modificación por un tiempo corto, es importante trabajar sobre las cuatro categorías para poder obtener adecuados tratamientos y evitar comorbilidades.⁽⁹⁾

Adherencia terapéutica e hipertensión arterial sistémica (HAS)

La falta de adherencia terapéutica es común en patologías crónicas, enfocándonos en la HAS se describen de un 45% de personas con diagnóstico de HAS el 71% con tratamiento aun no logran un adecuado control, en EE.UU obteniendo una tasa de no adherencia terapéutica en 50%, dependiendo de factores como un régimen complejo al iniciar el tratamiento, la percepción de que no se tiene mejoría, falta de conocimiento hacia la enfermedad, escaso acceso económico a medicamentos o incluso al transportarse al centro de salud.⁽¹⁰⁾

En un estudio realizado por Emmanuel Sarkodie, en Escocia reporta un nivel de adherencia en hipertensión arterial de un 89.2%, con prevalencia de olvidos en un 53.4% y uso de medicamentos con hierbas del 30.1% obteniendo una mejor adherencia terapéutica en aquellos sujetos que se les da educación sobre HAS y en los que tienen conocimientos sobre los fármacos. La relación con la forma de percepción en donde mayor gravedad de percepción mayor adherencia. Se ve mejor control hipertensivo en personas con mayor acceso y cercanía a la instalación de salud, así como los sujetos que cuentan con seguridad de salud pública mantienen una mayor adherencia a diferencia de los que deben de pagar por un seguimiento.⁽¹¹⁾

En un estudio realizado por Sajid Mahmood en Asia reporto una mayor tasa de incumplimiento en mujeres con 49% en comparación con los hombres con 47% reportando un mayor incumplimiento en países con ingresos bajos con 50% en comparación en países con un ingreso medios y altos (37%).⁽¹²⁾

En un estudio realizado en 2021 en Irán menciona la importancia del autocuidado estudiando su relación con la adherencia terapéutica, encontrando resultados con una prevalencia <0.05 en la prueba de adherencia a la medicación, control de peso, actividad física y nutrición. Utilizando la teoría de Orem se observó una mejor adherencia por parte de los participantes con diagnóstico de hipertensión arterial.⁽¹³⁾

En México se reporta una adherencia del 39% adherencia al tratamiento, 59% con una adherencia parcial y 2% sin adherencia a tratamiento en HAS, con un rango de edad entre 31 a 69 años de los cuales en un rango de 50 a 69 años mostraba una adherencia mayor con 71.4% respecto de los de edad menor. El tiempo de diagnóstico oscila en 37.6% menos de cinco años, 24.8% entre 6 y 10 años, 9.6% con 11 y 15 años y un 11.2% más de 16 años, por último reporta un descontrol hipertensivo mayor a 140/90 mmHg en un 37.3%⁽¹⁴⁾

Capacidad de autocuidado

Orem (1993) define la capacidad de autocuidado como “proceso que se aprende durante el crecimiento y que permite mejorar el estado de salud en general” dicha teoría menciona los cuidados básicos, considerando entre ellos al personal de salud quienes permite conocer, actuar y ayudar a conservar el autocuidado dependiendo las necesidades que tiene cada persona. ⁽¹⁵⁾

Teoría de autocuidado

Menciona la importancia del autocuidado de las personas conformado por la regulación de su bienestar, dentro de esta teoría se encuentra la demanda de autocuidado terapéutico/necesidades de autocuidado, haciendo referencia a las habilidades complejas que adquieren las personas al ir madurando, que les permitirán conocer y cubrir aquellas necesidades con acciones deliberadas e intencionadas que podrán regular su funcionamiento y cuidado. Para poder cubrir estas habilidades se requieren tres dimensiones para controlar los aspectos funcionales y del desarrollo humano.⁽¹⁶⁾

Las dimensiones están conformadas por la dimensión de requisitos universales basado en procesos que llevan a la persona a cubrir aquellas necesidades básicas, como conservación de aire, agua, descanso, interacciones sociales y prevención de riesgos. La segunda dimensión es el requisito del desarrollo: conformado por el resultado de los requisitos universales durante el proceso del ciclo de vida estableciendo nuevos hábitos y por último los requisitos de la desviación de la salud: relacionados con la regulación de las consecuencias y resultados de las funciones y mantenimiento de la salud. ⁽¹⁶⁾

Factores condicionantes básicos (FBC)

Estos factores condicionantes son aquellos que refuerzan o modifican el autocuidado terapéutico con el que se desarrolló la persona, entre estos se mencionan edad, sexo,

estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, modelo de vida, factores del sistema sanitario entre estos el diagnóstico médico y su tratamiento, factores del sistema familiar, factores socioculturales o patrón de vida entre ellas las actividades realizadas con regularidad, disponibilidad de recursos y por ultimo los factores externos. ⁽¹⁷⁾

Para mantener los FBC a favor de la capacidad de autocuidado, se describen cuatro dimensiones conformadas por físicas, emocionales, mentales y espirituales, dentro de la dimensión físicas se encuentra la alimentación, higiene de sueño y ejercicio. En la dimensión emocional se encuentra la inteligencia emocional, la capacidad del individuo de regular y conocer sus sentimientos y emociones. La dimensión mental se enfoca en la parte cognitiva y actividades como la meditación, finalmente la dimensión espiritual encontrando un equilibrio entre las creencias de carácter religioso como las no religiosas. ⁽¹⁸⁾

Para mantener esta capacidad, esta se desarrolla al promover la salud y prevenir cuando se conocen factores predisponentes a una enfermedad, así como la alimentación saludable, mantener una buena higiene del sueño y actividad física. En personas que se conocen con alguna enfermedad es importante el conocimiento de signos y síntomas, aceptar su propio estado de salud y querer aprender sobre la enfermedad crónica para mantener una buena adherencia al tratamiento. ⁽¹⁹⁾

Es importante impulsar la capacidad de autocuidado e identificar los factores que ocasionan una mala capacidad de autocuidado, ya que si se tiene un adecuado autocuidado lleva a una mejoría en los costos personales y en el sistema de salud pública, mejorando pronósticos, disminuyendo complicaciones y de esta forma considerarla un pilar de la salud pública. ⁽¹⁹⁾

La teoría de Orem menciona la importancia del personal de salud para brindar los cuidados completos y el apoyo educativo hacia el paciente⁽²⁰⁾. No dejando de lado el desarrollo que obtuvo la persona durante su crecimiento.

La capacidad de autocuidado conformado por tres componentes de rasgos personales: 1) rasgos fundamentales relacionado con acciones deliberadas basadas en la sensación de los individuos, percepción, memoria y orientación que desarrolla el sujeto para el cuidado personal. 2) componentes de poder/ rasgos habilitadores, en la cual se realizan acciones deliberadas como conocimiento y compromiso para autocuidado. 3) rasgos operativos, en el cual se requieren habilidades requeridas para tomar decisiones, juicio sobre el autocuidado y la adopción de medidas para satisfacer las necesidades requeridas.⁽²¹⁾

La capacidad de autocuidado es importante para las personas, familias y comunidades, de esta forma se promueve la salud, prevención de enfermedades y mantenimiento de la salud llevando un adecuado afrontamiento de enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo del personal de salud, ya que siguiendo el contexto de esta teoría se espera que las personas mantengan tareas de prevención realizadas en el hogar, así como de control cuando ya se tiene un diagnóstico de enfermedad crónica.⁽²²⁾

Capacidad de autocuidado e Hipertensión arterial sistémica

En un estudio realizado por Shegaw Gelaw en 2021, en el cual se reporta una prevalencia del 54.1% en autocuidado en personas con diagnóstico de hipertensión arterial. Dentro de los factores asociados al autocuidado de la hipertensión arterial se encuentra la edad, con una mayor probabilidad de buena capacidad de autocuidado en rangos de 40-64 años, que se incrementa de 3.15 y 3.8 en mayores de 65 años, sin embargo con una menor probabilidad en menores de 39 años, también se obtienen mejores resultados en pacientes que tienen un mejor control de estrés, con una probabilidad del 60%.⁽²³⁾

Hipertensión arterial

La definición de Hipertensión arterial sistémica (HAS) es la elevación persistente de la presión arterial la cual se encuentra por arriba de 140 mmHg en tensión sistólica y mayor a 90 mmHg en tensión diastólica, la cual es relacionada a diversos factores de origen multifactorial.

Epidemiología

En mexicanos la prevalencia fue de 49.4% (44.0% en mujeres y 55.3% en hombres), utilizando como referencia la clasificación del JNC-8 (cuadro I). En estos adultos, 70.0% fue diagnosticado con HAS, durante el año 2016 la prevalencia fue de 30.2%. La prevalencia de HAS es mayor en las personas que tienen ≥ 65 años (65.6%, IC95% 53.6-75.0) que en los adultos más jóvenes (28.7%, IC95% 21.8-37.6). La HAS causa anualmente 9.4 millones de muertes en el mundo y contribuye al 12.8% de la mortalidad por todas las causas.⁽²⁴⁾

Factores de riesgo

Conformados por factores extrínsecos como la edad, obesidad, sobrepeso descrito por un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor a 25 kg/m² aumentando el riesgo de elevación de tensión arterial hasta en un 5 mmHg.⁽²⁵⁾

Dentro de los factores modificables que se tiene, se tiene una vida sedentaria, circunferencia abdominal mayor de 80 cm en mujeres y mayor 94 cm en hombres y alimentación mal balanceada.

Recomendaciones.

Las recomendaciones fundamentales son realizar 30 minutos de ejercicio aeróbico de intensidad moderada podemos sugerir caminata, trotar, andar en bicicleta o nadar de 5 a 7 días a la semana en promedio 150 min a la semana. Mantener una circunferencia abdominal menor a 94 cm en hombres y menor de 80 cm en mujeres, seguir una dieta mediterránea o la dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), agregándose un consumo de potasio no mayor a 5g/día o su equivalente a 2 g de sodio. ⁽²⁶⁾

Es importante mencionar seguir el tratamiento adecuado, evitando tener un descontrol, así como hipotensión en pacientes, recordando como principal consecuencia la isquemia la cual se define como un cambio en el ST visualizada en Holter, relacionando con cifras menores de 100/65 mmHg en estado de vigilia y menos de 90/50 durante el sueño. Esta complicación se puede prevenir al evitar la implementación de sobre medicación ⁽²⁷⁾

Fisiopatología

El sistema renina-Angiotensina-Aldosterona (SRAA)

Involucrado en el mantenimiento de la presión arterial y tono vascular interfiriendo con procesos celulares esenciales, así como en modulación de presión arterial, oxidación, inflamación, fibrosis e hipertrofia.

La función principal de la renina es dividir el angiotensinógeno en angiotensina I (Ang I), que luego se convierte en angiotensina II (Ang II) mediante la enzima convertidora de angiotensina (ECA). Los receptores Ang II en el SRAA actúan interactuando con los receptores Ang II tipo 1 (AT1) y Ang II tipo 2 (AT2). Cuando no se encuentra una adecuada homeostasis se inicia la progresión de la hipertensión arterial, esto al inducir vasoconstricción, retención de agua y sodio, inflamación, hipertrofia, fibrosis y secreción de aldosterona. ⁽²⁸⁾

Tratamiento

La recomendación para iniciar el tratamiento en personas con hipertensión arterial es un abordaje multidisciplinario en conjunto con psicología, nutrición y el médico. De esta forma

se podrá iniciar un plan alimenticio adecuado a la enfermedad crónica, así como iniciar medidas no farmacológicas por parte de su médico estadificar el riesgo cardiovascular e iniciar medidas no farmacológicas como son evitar el consumo de tabaco, alcohol e iniciar actividad física así como seguimiento mensual.⁽²⁹⁾

Como tratamiento farmacológico este será establecido acorde a las cifras tensionales, factores de riesgo, comorbilidades, valorando mantener el objetivo de <140/90 mmHg con los cambios de estilo de vida, si no se logran los objetivos se recomienda indicar tratamiento farmacológico de primera línea con uso de inhibidores del SRAA asociado a antagonistas del calcio procurando mantener el tratamiento con combinaciones de medicamentos en una sola píldora para favorecer la adherencia terapéutica. ⁽²⁹⁾

Complicaciones.

La hipertensión arterial está asociada a diversas complicaciones en diferentes sistemas, el riesgo cardiovascular tiene mayor impacto en la población, se encuentra que los Eventos cerebrales vasculares isquémicos que se presentan se asocian en un 50% a Hipertensión arterial. ⁽³⁰⁾

JUSTIFICACION

Magnitud.

La hipertensión arterial considerada un problema de salud a nivel mundial como nacional, esto mencionado por la OMS, teniendo a nivel mundial 1130 millones con este diagnóstico en países en vías de desarrollo teniendo una prevalencia en los últimos años de 40%, uno de cada cuatro hombres y una de cada cinco mujeres presentan hipertensión arterial, incrementando el riesgo de sufrir cardiopatías, encefalopatías y nefropatías, es por esto que es considerada una de las causas de muerte precoz y para disminuir estos riesgos la base de esta patología es una adecuada adherencia al tratamiento y la calidad de vida en la adaptabilidad del paciente a mejorar su salud.⁽³¹⁾

En México durante el año 2021 reporta una tasa nacional de incidencia de 157.6 casos por cada 100 mil habitantes. Se reporta una tasa de incidencia en 60 a 64 años de edad. Los casos reportados por instituciones son 36% de IMSS, 23% de secretaria de salud y 0% en PEMEX. En 2020 la prevalencia de HAS fue 49.4% (según JNC-8), de los cuales 70% desconocía su diagnóstico, 30.2% de los adultos tenía HAS y 51.0% ignoraba su diagnóstico. El 54.9% tuvo cifras tensionales en control, en adultos en condición de vulnerabilidad fue de 49.2% de los cuales 54.7% desconocía su diagnóstico.⁽³²⁾

En mujeres se obtuvo un 53% menos sub diagnóstico de hipertensión que los hombres, la prevalencia de la hipertensión arterial aumenta con respecto a la edad, se menciona que a partir de los 45 años se tiene una prevalencia de un 48,5%, en personas mayores de 64 años con una prevalencia del 77%⁽³³⁾

Datos internacionales de diversas investigaciones han obtenido resultados con prevalencias de diagnóstico en pacientes mayores de 65 años de edad con un 51.9% con un tiempo de evolución de más de 10 años de edad. Es por eso que se pretende realizar un estudio con personas que tengan un tiempo de diagnóstico corto de preferencia menores de 60 años de edad.⁽³¹⁾

En cuestión a la edad es importante por las diversas cuestiones sociales, como es la escolaridad, la estabilidad laboral o incluso la inestabilidad al no tener un futuro claro, se ha mencionado como consecuencia el abandono de trabajo o la variada rotación laboral, obteniendo crisis familiares. Pomares y cols obtuvieron una mayor adherencia terapéutica en aquellos que tienen un mayor nivel de escolaridad (76.6%) respecto a los de menor nivel escolar con un 60% en adherencia parcial y un 30% en adherencia total.⁽³¹⁾

En otro estudio realizado en Argentina se reporta la relación entre la adherencia terapéutica y el tiempo de diagnóstico, mostrando mayor adherencia terapéutica en los primeros años con un 23.2% la cual disminuye conforme pasan los años con e tratamiento. ⁽³¹⁾

Un estudio realizado con 322 participantes en la Ciudad de Reynosa Tamaulipas, México obtuvieron los siguientes resultados; 39% adherencia al tratamiento, 59% con una adherencia parcial y 2% sin adherencia a tratamiento en hipertensión arterial, con un rango de edad entre 31 a 69 años de los cuales en un rango de 50 a 69 años mostraba una adherencia mayor con 71.4% respecto de los de edad menor. El tiempo de diagnóstico oscilaba en un 37.6% menos de cinco años, 24.8% entre 6 y 10 años, 9.6% con 11 y 15 años y un 11.2% más de 16 años, por último, reporta un descontrol hipertensivo mayor a 140/90 mmHg en un 37.3⁽¹⁴⁾

Respecto al estudio en conjunto de la capacidad de autocuidado y la adherencia terapéutica no se encuentran estudios previos en México. La capacidad de autocuidado sin antecedentes de estudio en personas jóvenes de reciente diagnóstico de Hipertensión arterial, por lo que es importante el estudio para poder brindar herramientas a la población con reciente diagnóstico.

Vulnerabilidad

La hipertensión arterial se considera un problema de salud pública por ser causa de discapacidad y muerte en el mundo, así como ser un factor de riesgo para desarrollar otras enfermedades cardiovasculares complicando con el paso de los años provocando incluso incremento de la mortalidad. ⁽³⁴⁾

Al buscar estudios en el que se estudie la asociación entre la adherencia terapéutica y el autocuidado en personas con diagnóstico de HAS de reciente diagnóstico no se encontró con información previa, por lo que es importante estudiar la asociación entre estas variables ya que al analizar la bibliografía, se puede pensar en una asociación de las anteriores, de esta forma podemos aportar a la mejoría de la adherencia terapéutica disminuyendo la las comorbilidades, complicaciones y mortalidad en las personas con diagnóstico de hipertensión arterial que cuentan con un diagnóstico temprano.

Contemplando la población inscrita en la Unidad de Medicina Familiar es importante abordar a los pacientes con reciente diagnóstico de hipertensión arterial, ampliar el conocimiento de la enfermedad, así como las complicaciones que conllevan una mala adherencia al tratamiento, considerando que es una enfermedad asintomática y con mayor

facilidad se puede tener un abandono temprano del tratamiento. Así considerando que se encuentran en una edad en la que los cambios de hábitos son importantes de iniciar y con mayor facilidad se podría implementar estos cambios.

Trascendencia

La poca adherencia a tratamiento tiene como consecuencia fracaso al tratamiento afectando en la calidad de vida individual, aumento de costos para el sector salud, en cada año a nivel mundial con un 9.4 millones de defunciones. ⁽³⁵⁾

Aquella población que tiene mayor inconveniente en su control hipertensivo son los adultos mayores, ya que es cuando más se presentan inconvenientes biológicos y sociales, los cuales los pone en vulnerabilidad, influyendo su entorno, estilos de vida, económicos, comunitarios y el acceso a los servicios de salud.

Factibilidad

La investigación se llevará a cabo dentro de la UMF No. 75, con derechohabientes que acuden a su cita mensual para control de hipertensión arterial, contando con una población con diagnóstico de hipertensión se encuentran 5801 derechohabientes, se solicitará apoyo por parte de la Unidad de Medicina familiar, para poder hacer uso de aula para aplicar los cuestionarios. Solicitaremos apoyo para la facilidad de inmueble, así como sillas y una mesa.

Los recursos humanos, económicos como de papelería será proporcionado por el investigador, esto basado en estrategias de accesibilidad y disponibilidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según el panorama Epidemiológico de las enfermedades no transmisibles en México, junio 2021, la hipertensión arterial sistémica es una enfermedad que mantiene en aumento la morbimortalidad y su prevalencia se mantiene en aumento. Los datos arrojados por parte de Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) se ha mantenido un alza de casos desde 2016 a 2019 con una tasa de incidencia por cada 100 mil habitantes de 295.2 y en el año 2020 disminuyó a 237.8 casos. ⁽³⁶⁾

Tomando en cuenta que la HAS es un problema de salud pública, las cifras van en aumento, sin embargo, se puede ver afectado por la no adherencia terapéutica. Retomando que es importante el conocimiento de la patología, la educación para la salud, la transmisión y adquisición de información, para poder mantener un mejor control hipertensivo, de esta forma poder disminuir el riesgo de complicaciones a largo plazo. ⁽³⁷⁾

Es importante recordar la adherencia parcial terapéutica (68,3 %) lo cual predispone a los pacientes a complicaciones propias de la enfermedad crónica, estas dificultades en su mayoría predominan el acceso a la obtención del medicamento (86,7 %) y la realización de dieta (77,5 %), esto en personas que no tienen acceso a salud pública. ⁽³⁸⁾

La literatura nos menciona la importancia de la capacidad de autocuidado en enfermedades crónicas como la HAS, al tener una adecuada capacidad de autocuidado se puede asegurar una adherencia terapéutica, de esa forma se disminuye el riesgo de complicaciones propias de la enfermedad.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la asociación de la adherencia terapéutica y la capacidad de autocuidado en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF No 75?

OBJETIVOS

Objetivo general

Asociar la adherencia terapéutica con la capacidad de autocuidado en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico.

Objetivos específicos

- Identificar las variables sociodemográficas (Edad, estado civil, ocupación, escolaridad y género)
- Clasificar la asociación entre las variables sociodemográficas con la adherencia terapéutica (Edad, estado civil, ocupación, escolaridad y género)
- Establecer el grado de capacidad de autocuidado en sujetos con diagnóstico de hipertensión arterial
- Clasificar el tipo de adherencia terapéutica en sujetos con hipertensión arterial
- Categorizar el grado de adherencia en sujetos con diagnóstico de hipertensión arterial
- Determinar el control hipertensivo en sujetos con diagnóstico de hipertensión arterial
- Identificar el tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial.

HIPOTESIS

Hipótesis alterna

Existe asociación del 30% entre la adherencia terapéutica y la capacidad de autocuidado en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF 75

Hipótesis nula

No existe asociación del 30% entre la adherencia terapéutica y la capacidad de autocuidado en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF No. 75

DISEÑO DE ESTUDIO

TIPO DE INVESTIGACION

- Estudio Observacional, transversal, analítico.

UNIVERSO DE ESTUDIO

Adultos de 35-60 años con diagnóstico de Hipertensión arterial sistémica menor a 5 años de evolución, adscritos a la unidad de medicina familiar No. 75

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Participaron sujetos con Hipertensión arterial menor de 5 años de diagnóstico, de 35 a 60 años de edad.
- Adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 75 del IMSS..
- Participantes del género masculino y femenino

Criterios de exclusión:

Fueron excluidos aquellos participantes con enfermedades psiquiátricas y alteración en el estado de orientación en tiempo, lugar y persona, con los que hubo dificultad al responder las encuestas.

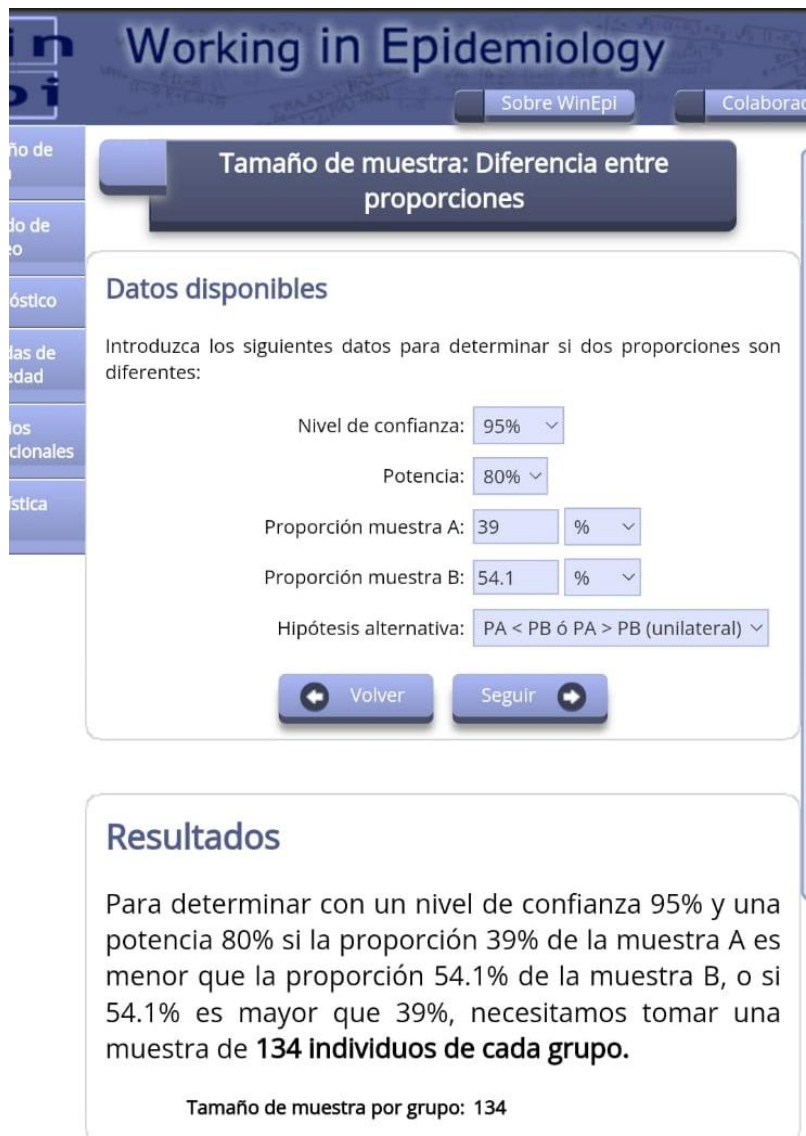
Criterios de eliminación:

Participantes que no llenaron adecuadamente las cédulas de encuesta e instrumentos o que abandonaron la investigación por causas personales.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para realizar el cálculo se usó la fórmula para diferencia de proporciones utilizando un nivel de confianza de 95% y una potencia de estadística del 80% en la calculadora www.winEpi.net, en la cual se calculó con una prevalencia de adherencia terapéutica del 39%⁽⁷⁾ y capacidad de autocuidado con 54.1%⁽¹⁴⁾, con un nivel de confianza del 95% dando como resultado una muestra de 134 sujetos por grupo dando un total de 268 participantes.

Se anexa impresión de pantalla.



The screenshot shows the WinEpi calculator interface. At the top, it says "Working in Epidemiology" and "Tamaño de muestra: Diferencia entre proporciones". The "Datos disponibles" section contains the following input fields:

- Nivel de confianza: 95%
- Potencia: 80%
- Proporción muestra A: 39%
- Proporción muestra B: 54.1%
- Hipótesis alternativa: PA < PB ó PA > PB (unilateral)

Buttons for "Volver" and "Seguir" are visible. The "Resultados" section states: "Para determinar con un nivel de confianza 95% y una potencia 80% si la proporción 39% de la muestra A es menor que la proporción 54.1% de la muestra B, o si 54.1% es mayor que 39%, necesitamos tomar una muestra de **134 individuos de cada grupo.**" Below this, it specifies "Tamaño de muestra por grupo: 134".

TIPO DE MUESTREO

Se realizó un muestreo no probabilístico por cuotas.

VARIABLE DEPENDIENTE

- Adherencia Terapéutica

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Capacidad de autocuidado

LUGAR DONDE SE DESARROLLARÁ EL ESTUDIO

El desarrollo de esta investigación se llevó a cabo dentro de las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar Numero 75, Nezahualcóyotl, del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicado en: Av. Chimalhuacán esquina con Av. López Mateos s/n Col. El Palmar, Nezahualcóyotl, Estado de México, C.P. 57550.

TÉCNICA DE MUESTREO

Se realizó un muestreo no probabilístico por cuota dentro de la UMF No. 75 en los derechohabientes que contaron con los criterios de inclusión.

MÉTODOS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

Instrumentos:

Instrumento para evaluar adherencia terapéutica MBG (MARTÍN-BAYARRE-GRAU)

Descripción: Este cuestionario autoaplicado de 12 ítems con respuesta tipo Likert de 5 opciones diseñado para evaluar la adherencia terapéutica, especialmente en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, dentro de sus componentes evalúa el cumplimiento, conocimiento del medicamento y grado de implicación del paciente en su enfermedad. Validado al español, con una confiabilidad Alfa de Cronbach de 0.889.⁽³⁹⁾

Interpretación: Para nuestro estudio se utilizó una escala de 0 a 5 en donde 0 es nunca y el 5 es siempre, obteniendo una sumatoria de puntaje clasificando en buena adherencia (38-48 puntos), adherencia parcial (18- 37 puntos), mala adherencia (0-17 puntos).⁽⁴⁰⁾

Escala de valoración de la capacidad de autocuidado en población mexicana (ASA)

Esta escala basada en la teoría de autocuidado de Orem, la cual fue desarrollada por Evers, en países Bajos, posteriormente por necesidad de otros países de América latina fue traducida al español en 1998 por Gallegos en México, cuestionario auto aplicable de 21 ítems, tipo Likert, agrupados en cinco alternativas, con un alfa de Cronbach de 0,74 y de 0,95 para México y Colombia.⁽¹⁹⁾ siendo aplicado en diversos países como Chile y Costa rica.

La interpretación que se utilizó en este estudio fue la siguiente:

Totalmente desacuerdo = 1 punto, Desacuerdo = 2 puntos, Indeciso = 3 puntos, De acuerdo = 4 puntos, Totalmente de acuerdo = 5 puntos

Alto = 76 puntos, Medio = 75-68 y Bajo = menos de 69 puntos. ⁽¹⁹⁾

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Tipo de Variable	Escala de medición	Unidad de medición
Capacidad de autocuidado	Proceso que se aprende durante el crecimiento y que permite mejorar el estado de salud en general. ⁽¹⁵⁾	<p>Escala de valoración de la capacidad de autocuidado en población mexicana (ASA)</p> <p>Alto = 76 puntos Medio = 75-68 Bajo = menos de 69 puntos.⁽¹⁹⁾</p>	Cualitativa	Nominal Dicotómica	<p>1) Con capacidad</p> <p>2) Sin capacidad</p>
Adherencia terapéutica	Comportamiento que tiene una persona al seguir las recomendaciones emitidas por el personal de salud. ⁽²⁾	<p>MBG (MARTÍN-BAYARRE-GRAU)</p> <p>Con adherencia (18- 48 puntos)</p> <p>Sin adherencia (0-17 puntos)</p>	Cualitativa	Nominal Dicotómica	<p>(1) Con adherencia</p> <p>(2) Sin Adherencia</p>

Grado de adherencia terapéutica	Grado en el que la conducta de una persona en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida corresponden con las recomendaciones acordadas con el profesional de sanitario. ⁽³⁷⁾	MBG (MARTÍN-BAYARRE-GRAU) Buena adherencia (38-48 puntos) Adherencia parcial (18- 37 puntos) Mala adherencia (0-17 puntos)	Cualitativa	Nominal Politómica	1) Buena adherencia 2) Adherencia parcial 3) Mala adherencia
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual ⁽⁴¹⁾	Edad referida por el paciente, en años cumplidos y se clasificarán en rangos	Cuantitativa	Discreta	1) 35 – 40 2) 41 - 45 3) 46 – 50 4) 51 – 55 5) 56 - 60
Estado civil	Situación de las personas físicas determinando por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del parentesco que se establece. ⁽⁴²⁾	Estado civil referido por el paciente	Cualitativo	Ordinal	1) Soltero 2) Casado 3) Unión libre 4) Viudo 5) Divorciado
Control de hipertensión arterial	Objetivos de control en cifras de hipertensión arterial por la AHA 2017 es PA < 130/79 mmHg ⁽⁴¹⁾	Toma de presión con cifras Hipertensión arterial controlada 120/80mmHg	Cualitativa	Nominal	1= Hipertensión controlada 2= Hipertensión descontrolada

		Hipertensión descontrolada 130/90 mmHg			
Tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial	Tiempo transcurrido desde la primera cifra tensional mayor a 140/90 mmHg e inicio de tratamiento farmacológico. ⁽²⁹⁾	El tiempo transcurrido será agrupado en <1 año 2-3 años 4-5 años	Cuantitativa	Discreta	< 1 año 2- 3 años 4 - 5 años
Ocupación	Actividad remunerada que efectúan las personas para obtener medios para subsistir ⁽⁴³⁾	Actividad principal diaria referida por el participante como forma de ganarse la vida.	Cualitativa	Nominal	1)Estudiante 2)Hogar 3)Comerciante 4)Empleado 5)Jubilado 6)Otro
Escolaridad	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza. ⁽⁴⁴⁾	Escolaridad referida por el paciente	Cualitativa	Ordinal	1)Analfabeta 2)Saber leer y escribir 3)Primaria 4)Secundaria 5)Preparatoria 6)Licenciatura
Genero	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico. ⁽⁴⁵⁾	El estado biológico con respecto a su identificación como persona siendo femenino o masculino. Hombre Mujer	Cualitativa	Nominal	1) Masculino 2) Femenino

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Este proyecto de investigación tuvo por título “Adherencia terapéutica y capacidad de autocuidado en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF No. 75.” a cargo de la médica residente Bertha Magali Sánchez Acevedo, quien cuenta con la licenciatura en Médica Cirujana, que se encuentra en proceso de formación como médica especialista en Medicina familiar, quien se encargó de la aplicación de encuestas, análisis de datos y resguardo de la información, quién a su vez fue supervisada por la Dra. Norma Herrera González, Médica especialista en Medicina Familiar con categoría de Médico Familiar adscrita en la Unidad de Medicina Familiar No. 75 Nezahualcóyotl y como investigadora asociada Dra. Gisselle Carrillo Flores especialista en Medicina Familiar con categoría de Médico Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 75 Nezahualcóyotl.

El proyecto se evaluó por el Comité de ética en investigación 14088 y por el Comité de Investigación en Salud 1408, con número de registro SIRELCIS: R-2022-1408-019, posterior se realizó la recolección de datos dentro de las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 75, Nezahualcóyotl.

La investigadora previamente identificada, se presentó con el sujeto de investigación, saludando cordialmente y le invitó a participar en el estudio.

Se explicó el objetivo así como la aplicación de instrumento, procedimiento y tiempo estimado del estudio y una vez que se aceptó la participación en la investigación se le entregó el consentimiento informado (Anexo1) junto con la hoja de protección de datos (Anexo 2), en los cuales se incluyó información acerca de los objetivos, justificación del proyecto y beneficios los cuales fueron conocer los factores de riesgo para descontrol de hipertensión arterial tales como olvidos en la toma de medicamentos, abandono del tratamiento, descontrol alimenticio, los cuales pueden modificar o influir en su tratamiento, se le mencionó que el presente estudio es de riesgo mínimo y se le explicó que los datos proporcionados en los cuestionarios y la toma de presión arterial, no causa algún riesgo a su salud. Para mantener la confidencialidad el participante y su registro se le asignó un número de folio con el cual se trabajó en la recolección de datos.

Para verificar los criterios de inclusión y exclusión se integró a la encuesta un reactivo solicitando tiempo con el diagnóstico de hipertensión arterial se verifico la cartilla de salud en donde se hace registro de enfermedad crónica, edad y citas de control.

Los materiales que se utilizaron son: consentimientos informados (Anexo 1), hoja de privacidad de datos (Anexo 2), cedula de recolección de datos (Anexo 3) cuestionarios impresos (Anexo 4), infografía (Anexo 5 y 6), bolígrafos, carteles de invitación, tabla de apoyo, bolígrafos, baumanómetro marca Omron estetoscopio Littman, mesa y sillas.

Para la toma de presión arterial se instaló un módulo en donde usamos una mesa con silla para el sujeto en posición sentada, con un buen respaldo y reposo del sujeto de cinco minutos, asegurando el paciente no presentaba algún factor que pudiera alterar la cifra tensional, así como retirar relojes, pulseras, no se tomó sobre la ropa, la toma de presión se realizará en el brazo izquierdo, este a la altura del corazón.

Durante la aplicación del instrumento de investigación, se mencionó podía externar cualquier duda en todo momento, en participantes que decidieron ya no participar una vez que se explicó el objetivo y procedimiento del estudio, se respetó su decisión, se le agradeció el tiempo que brindo y se le informó que su decisión no afectará en su proceso de atención médica por parte de su Médico familiar, se le otorgó una infografía con la información sobre el tema de hipertensión arterial, así como las complicaciones, tratamiento no farmacológico, alimentación y actividad física.

Al finalizar la aplicación y con los resultados se les brindó una infografía con información sobre Hipertensión arterial la mala adherencia al tratamiento y sus complicaciones (Anexo 5) reafirmando la importancia del apego a su tratamiento para evitar complicaciones. De igual forma a quien no acepto participar se respetó su decisión y se les entregó la infografía (Anexo 5)

Al concluir la recolección de la muestra, se vaciaron los datos en Excel y se realizó un análisis de datos los cuales serán posteriormente reportados en una tesis y en cartel de investigación.

PROPUESTA DE ANALISIS ESTADISTICO.

En la estadística descriptiva se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas dicotómicas y ordinales como son capacidad de autocuidado, adherencia terapéutica, control de hipertensión arterial, escolaridad, estado civil.

Para la variable cuantitativa edad, se utilizó la prueba de normalidad shapiro-wilk con una $P < 0.05$ de lo contrario se trabajará con la hipótesis nula.

En estadística Inferencial se realizó un análisis bivariado: se utilizó la prueba estadística no paramétrica chi cuadrada para asociar capacidad de autocuidado con adherencia terapéutica y control hipertensivo.

Variable	Objetivo	Análisis descriptivo	Tipo de grafico
Capacidad de autocuidado	Establecer el grado de capacidad de autocuidado en personas adscritas a la UMF No. 75	Frecuencia y porcentajes simples.	Tablas y graficas de barras
Adherencia terapéutica	Clasificar el tipo de adherencia terapéutica en sujetos con diagnóstico de Hipertensión arterial sistémica de la UMF No. 75	Frecuencia y porcentajes simples.	Tablas y graficas de barras
Grado de adherencia terapéutica	Categorizar el grado de adherencia terapéutica en sujetos con hipertensión arterial de la UMF No. 75	Frecuencia y porcentajes simples.	Tablas y graficas de barras
Control de hipertensión arterial	Determinar el control de hipertensión arterial en personas de la UMF No. 75	Frecuencia y porcentajes simples,	Tablas y graficas de barras
Edad	Determinar la edad de los participantes de la UMF No. 75	Media, mediana y moda	Tablas y graficas de barras

Estado civil	Identificar la asociación entre las variables sociodemográficas con la adherencia terapéutica de los participantes de la UMF No. 75	Frecuencias y porcentajes simples	Tablas y graficas de barras
Tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial	Identificar el tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial en sujetos de la UMF No. 75	Media, mediana y moda	Tablas y graficas de barras
Ocupación	Identificar la asociación entre las variables sociodemográficas con la adherencia terapéutica de los participantes de la UMF No. 75	Frecuencias y porcentajes simples	Tablas y graficas de barras
Escolaridad	Identificar la asociación entre las variables sociodemográficas con la adherencia terapéutica de los participantes de la UMF No. 75	Frecuencia y porcentajes simples	Tablas y graficas de barras
Genero	Identificar la asociación entre las variables sociodemográficas con la adherencia terapéutica de los participantes de la UMF No. 75	Frecuencias y porcentajes simples	Tablas y graficas de barras

ASPECTOS ETICOS

Esta investigación fue elaborada considerando las normas éticas nacionales e internacionales y la investigación con seres humanos, basándonos en los principios bioéticos, privacidad, riesgos y beneficios que conlleva el realizar y participar en esta investigación, para eso se consultaron las siguientes normativas:

CODIGO DE NUREMBERG:

Dicho código menciona la obligación de las investigadoras R1 MF Sánchez Acevedo Bertha Magali, Dra. Norma Herrera González y la Dra. Gisselle Carrillo Flores de informar y respetar la autonomía del participante, es por esto que se realizó el consentimiento informado, plasmando nombre completo del investigador, propósito de la investigación, riesgos y beneficios de la participación, el cual se dejó libremente su lectura, especificando la no relación con su atención médica, así como ninguna compensación por su participación, se respetará su decisión de participar o negarse.

DECLARACION DE HELSINKI: PRINCIPIOS ETICOS PARA LA INVESTIGACION MEDICA SOBRE SUJETOS HUMANOS

Esta declaración basada en el análisis de la 5° reforma, aprobada por la asamblea general de la asociación médica mundial en octubre del año 2000, en Edimburgo. Utilizado para orientar a los médicos y a otras personas que realicen investigación incluyendo la utilización del material humano o de la información de identificación.

Durante la participación de los sujetos se respetó sus derechos humanos fomentando el beneficio, mencionando que durante esta investigación se busca el bien común, protegiendo la vida, dignidad, confidencialidad del sujeto de investigación.

En esta investigación se presentó con un riesgo mínimo, los beneficios fueron mayores a los riesgos, los gastos fueron cubiertos por la investigadora, por lo que se proporcionará el consentimiento informado firmado por el participante.

Esta investigación fue validada por el comité de investigación, los datos de los pacientes son confidenciales y privados, por lo que no serán divulgados por ninguna circunstancia.

INFORME BELMONT

Informe en el cual se proporcionan los principios y guía éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación, tales como la base para formular y criticar e interpretar reglas específicas.

En este proyecto se respetaron los principios básicos de los participantes, tales como el respeto al ser conscientes de las personas autónomas, protegerlas, mantenerlas informadas en todo momento de la participación

El segundo principio básico que se contempla en esta investigación es el de beneficencia, al mencionarle al participante el riesgo al participar en esta investigación, así como se ha considerado aumentar los beneficios y disminuir los posibles daños lo más que sea posible.

Y por último Justicia, para esta investigación se realizaron con una selección no probabilística por cuotas en área de consulta externa de medicina familiar, toda aquella persona que participo para beneficiarse de las aplicaciones de la investigación.

PAUTAS ETICAS INTERNACIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN RELACIONADA CON LA SALUD CON SERES HUMANOS, ELABORADAS POR EL CONSEJO DE ORGANIZACIONES ALTERNACIONES DE LAS CIENCIAS MEDICAS (CIOMS) EN LA COLABORACIÓN CON LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).

El protocolo realizado estuvo basado en la CIOMS, realizado con el fin de investigar la relación que existe entre la capacidad de autocuidado con la adherencia terapéutica en sujetos con diagnóstico de Hipertensión arterial sistémica de la UMF No. 75, se hizo de su conocimiento a los participantes el derecho con el que cuentan de privacidad, no divulgación de la información personal que sea requerida en esta investigación.

Para la elaboración de este proyecto se permitió participar a las personas que cumplan con los criterios de selección ya plasmados previamente, en ningún momento se solicitó información sobre nivel económico. Se resguardó la integridad de los participantes por lo que no se expondrán a riesgos graves, siempre buscando el bienestar común de los participantes.

Serán incluidas mujeres de igual forma que hombres por lo que no se sufrió algún tipo de discriminación, daño o maltrato durante esta investigación, en todo momento se explicó el

propósito del estudio, tiempo de duración, consentimiento informado, siempre recordando y respetando la autonomía de los participantes.

Norma Oficial Mexicana NOM la ejecución de proyectos de 012SSA32012. Que establece los criterios para investigación para apegarse a la Norma Oficial Mexicana NOM

Para la realización de esta investigación tomamos en cuenta las normas establecidas para la realización de proyectos humanos, protocolos de investigación e investigación para la salud en seres humanos. Para fines de validación se presentó ante el Comité de ética en investigación 14088 y al Comité de Investigación en Salud 1408, obteniendo el número de registro SIRELCIS: R-2022-1408-019 obtenido dicho registro se procedió a la aplicación de los instrumentos de evaluación.

Se realizó en la UMF No. 75 Nezahualcóyotl, por un médico residente de medicina familiar, quien fue asesorado por médico familiar adscrito a la misma. Los resultados y datos fueron presentados en divulgación científica y en los informes de seguimiento de SIRELCIS.

Presentando un informe el cual está conformado con datos de identificación, cronograma en el cual vendrán fechas, fases y duración o etapas del estudio, se incluyen materiales y método de estudio, resultados ya plasmados en gráficos y cuadros, se integran fotografías, conclusiones, referencias y anexos.

Por ser un trabajo de investigación el cual se realizó dentro de las instalaciones de la UMF No. 75, se informó a los directivos quienes estuvieron al pendiente de los asuntos relevantes con principios éticos y científicos, de igual forma no se tuvo que notificar a los comités locales de investigación y de ética acerca de complicaciones o reacciones adversas.

Los investigadores, la investigación y los comités de ética e investigación en conjunto están para proteger la identidad y los datos personales de los sujetos de investigación durante todo el proceso de investigación, así como al publicar los resultados emitidos.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Basado en los diversos artículos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, se realizó el proyecto:

Artículo 13. El respeto a la dignidad humana, así como la protección de los derechos y el bienestar son puntos prioritarios de esta investigación. En ningún momento se perdió el respeto hacia los participantes.

Artículo 14. Los principios básicos y científicos son fundamentales para esta investigación, por lo que previo a la realización de cualquier procedimiento se entregará el consentimiento informado en el que se explicó el objetivo de la investigación.

Artículo 16. No se utilizó los datos personales de los participantes por terceras personas ajenas a este proyecto, por lo que serán protegidos y resguardados, si es necesario identificar se hará con el folio asignado durante su participación.

Artículo 17. Esta investigación se presenta con un riesgo mínimo para el sujeto de estudio, durante su participación no se expuso ningún daño, ni riesgo de muerte o daño grave, únicamente llenará un cuestionario respecto a su tratamiento y seguimiento. Existen preguntas en las encuestas las cuales pueden considerarse sensibles para los participantes por ejemplo: *“lleva a cabo el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos”, “Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio”, “Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme”, “A pesar de mis limitaciones para movilizarme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta”,* por lo que se le hizo saber la libertad de suspender su participación en cualquier momento.

Artículo 20. En el consentimiento informado se plasmó información sobre el objetivo, los riesgos y beneficios de esta investigación.

Artículo 21. Previo al inicio de la aplicación del cuestionario se les explico a los participantes o representantes legales los beneficios y riesgos del estudio, así como hacerles saber la accesibilidad en caso de dudas durante el proceso, de igual forma si desean suspender su participación se respetó su decisión, proporcionando al finalizar la información basada en este protocolo.

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACION, REGISTRO, SEGUIMIENTO, ENMIENDA Y CANCELACION DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACION EN SALUD PRESENTADOS ANTE LOS COMITES LOCALES DE INVESTIGACION EN SALUD Y LOS COMITES DE ETICA EN INVESTIGACION 2810-003-002

La presente investigación se realizó bajo los procedimientos para la evaluación, registro, seguimiento, enmienda y cancelación de protocolos de investigación en salud presentados ante los comités locales de investigación en salud y los comités de ética en investigación 2810-003-002, actualizado el 27 de octubre del 2022.

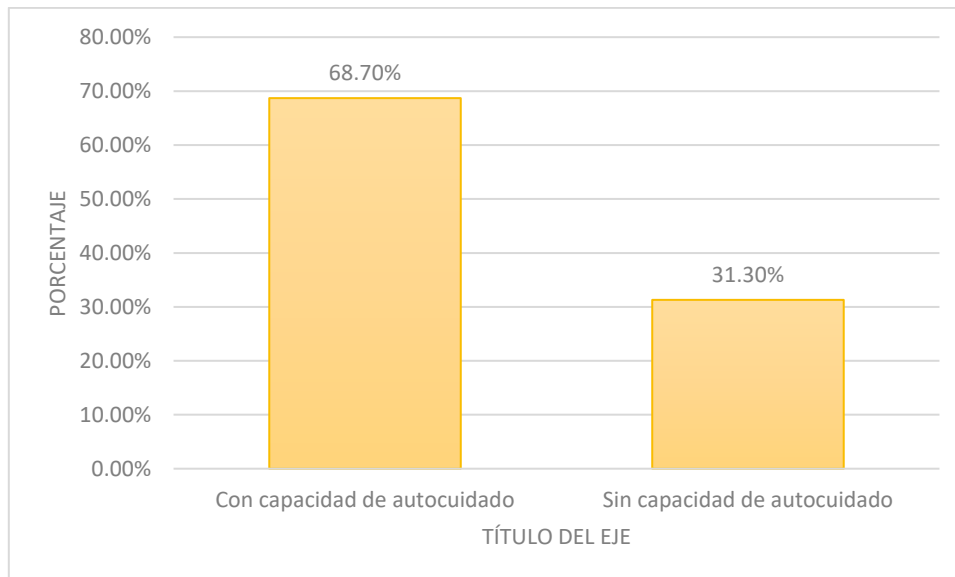
RESULTADOS

Tabla 1. Capacidad de autocuidado en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF No. 75.

		Frecuencia	Porcentaje (%)
Válido	Con capacidad de autocuidado	184	68.7%
	Sin capacidad de autocuidado	84	31.3%
	Total	268	100%

Nota aclaratoria: UMF= Unidad de medicina familiar. *Fuente: Base de datos en SPSS versión 25.

Gráfico 1. Capacidad de Autocuidado en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF No. 75.



*Fuente: Tabla 1

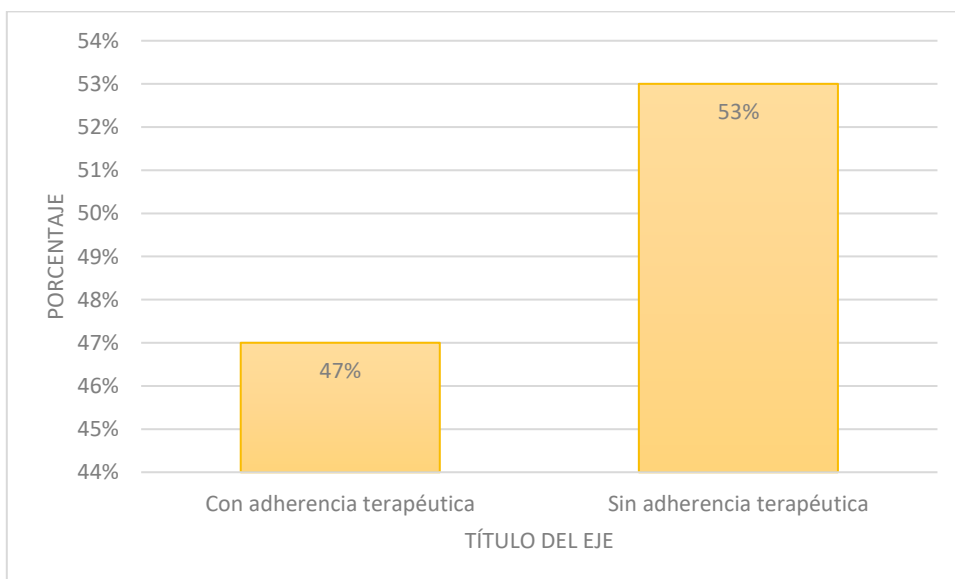
De los 268 participantes, el 68.7%% (184) presento capacidad de autocuidado y el 31.3% (84) no tienen capacidad de autocuidado.

Tabla 2. Adherencia terapéutica en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF No. 75.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Con adherencia terapéutica	126	47.0
	Sin adherencia terapéutica	142	53.0
	Total	268	100.0

Nota aclaratoria: UMF= Unidad de medicina familiar. *Fuente: Base de datos en SPSS versión 25.

Gráfico 2. Adherencia terapéutica en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF No. 75.



Fuente: Table 2

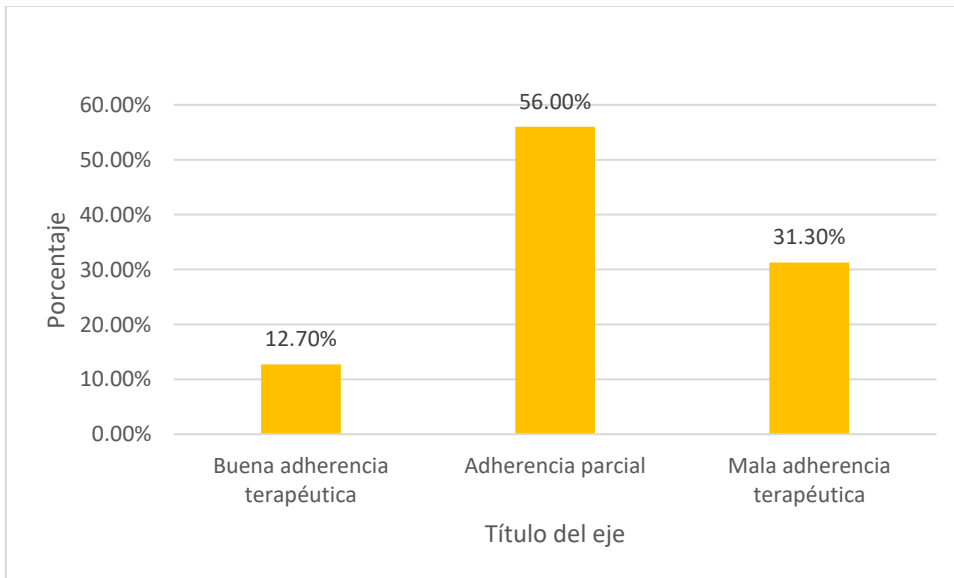
De los 268 participantes, el 47% (126) presenta adherencia terapéutica y el 53% (142) sin adherencia terapéutica.

Tabla 3. Grado de adherencia terapéutica en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF No. 75

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Buena adherencia terapéutica	34	12.7%
Adherencia parcial	150	56.0%
Mala adherencia terapéutica	84	31.3%
Total	268	100.0%

Nota aclaratoria: UMF= Unidad de medicina familiar. *Fuente: Base de datos en SPSS versión 25.

Gráfico 3. Grado de adherencia terapéutica en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF No. 75



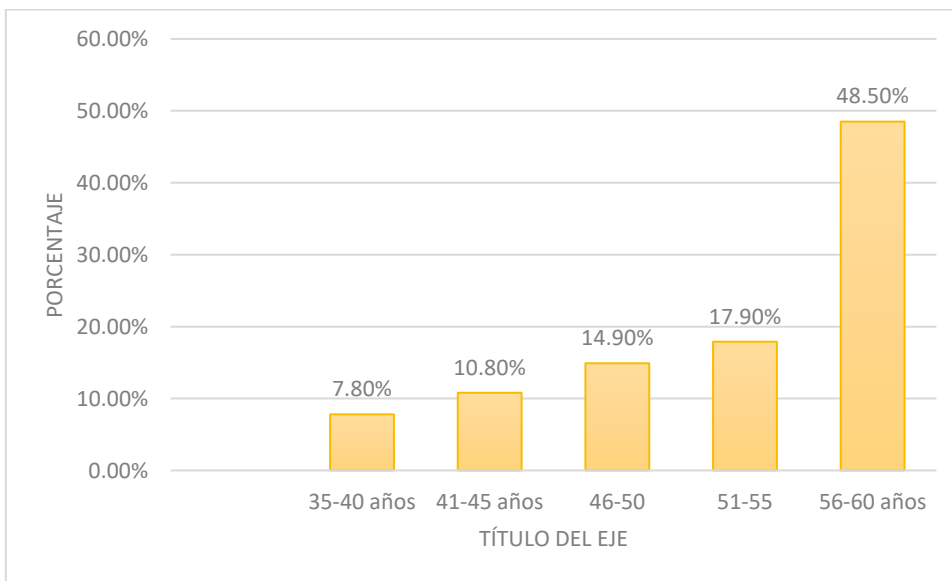
Se estudiaron a 268 participantes, de los cuales el 12.7% (34) refirieron una buena adherencia terapéutica, el 56% (150) adherencia terapéutica parcial y el 31.3% mala adherencia terapéutica.

Tabla 4. Edad en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF No. 75

	Frecuencia	Porcentaje (%)
35-40 años	21	7.8%
41-45 años	29	10.8%
46-50	40	14.9%
51-55	48	17.9%
56-60 años	130	48.5%
Total	268	100.0%

Nota aclaratoria: UMF= Unidad de medicina familiar. *Fuente: Base de datos en SPSS versión 25.

Gráfico 4. Edad en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF No. 75



Fuente: Tabla 4

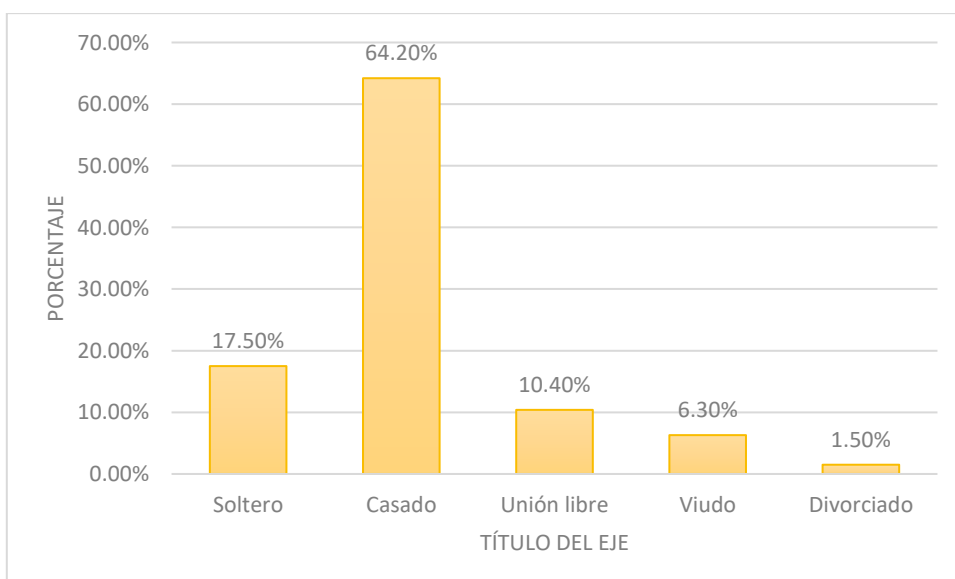
De los 268 participantes, el grupo de edad con mayor frecuencia fue de 56 a 60 años de edad con un 48.5% (130), seguido de 51 -55 años de edad con un 17.9% (48), 46-50 años de edad con un 14.9% (40) y menor frecuencia 41-45 años de edad con un 10.8% (29).

Tabla 5. Frecuencia de Estado civil en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF No. 75

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	47	17.5
Casado	172	64.2
Unión libre	28	10.4
Viudo	17	6.3
Divorciado	4	1.5
Total	268	100.0

Nota aclaratoria: UMF= Unidad de medicina familiar. *Fuente: Base de datos en SPSS versión 25.

Gráfico 5. Frecuencia de Estado civil en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF No. 75



Fuente tabla 5

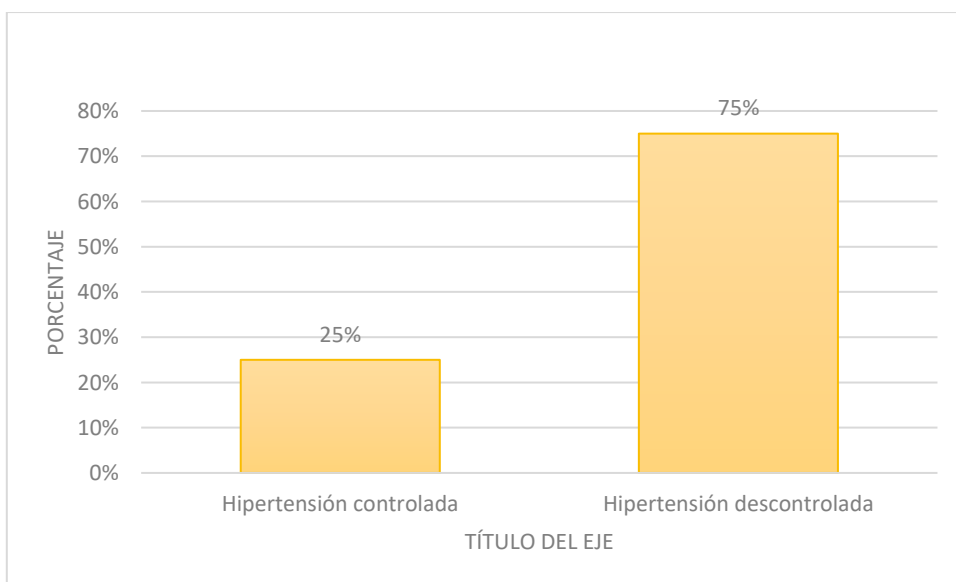
El estado civil de los 268 participantes era en el 17.5% (47) casados, seguido de solteros con un 17.5% (47) unión libre 10.4% (28) en menor frecuencia viudos 6.3% (17) y divorciados 1.5% (4)

Tabla 6. Control de hipertensión arterial en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF No. 75

	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión controlada	67	25.0
Hipertensión descontrolada	201	75.0
Total	268	100.0

Nota aclaratoria: UMF= Unidad de medicina familiar. *Fuente: Base de datos en SPSS versión 25.

Gráfico 6. Control de hipertensión arterial en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF No. 75



Fuente: Tabla 6

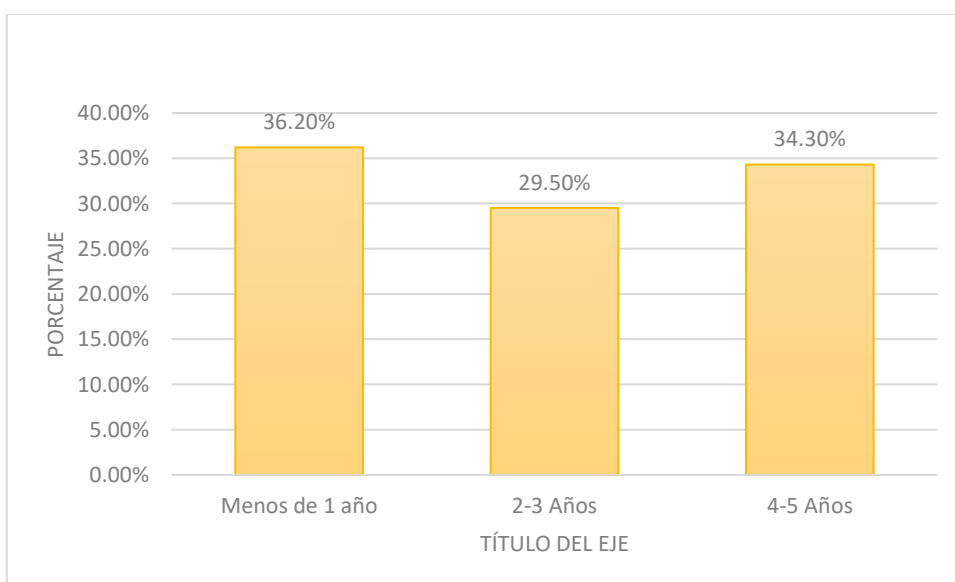
De los 268 participantes, el 25% (67) presentaron hipertensión controlada y el 75% (201) presentaron hipertensión descontrolada.

Tabla 7. Tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF No. 75

	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 año	97	36.2
2-3 Años	79	29.5
4-5 Años	92	34.3
Total	268	100.0

Nota aclaratoria: UMF= Unidad de medicina familiar. *Fuente: Base de datos en SPSS versión 25.

Gráfico 7 Tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF No. 75



Fuente: Tabla 7

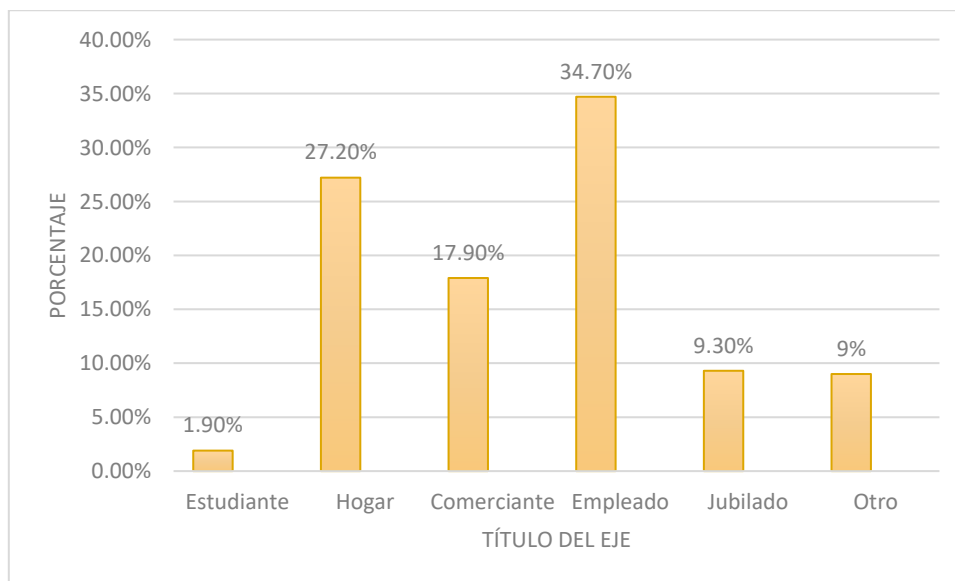
En nuestro estudio se encontró que de los 268 participantes el 36.2% (97) se agrupó en menos de un año de diagnóstico, el 34% (92) de dos a 3 años de diagnóstico y el 29.5% (79) se agrupó en un tiempo de diagnóstico de 4 a 5 años.

Tabla 8. Frecuencia de ocupación en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF No. 75

	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	5	1.9
Hogar	73	27.2
Comerciante	48	17.9
Empleado	93	34.7
Jubilado	25	9.3
Otro	24	9.0
Total	268	100.0

Nota aclaratoria: UMF= Unidad de medicina familiar. *Fuente: Base de datos en SPSS versión 25.

Gráfico 8. Frecuencia de ocupación en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF No. 75



Fuente: Tabla 8.

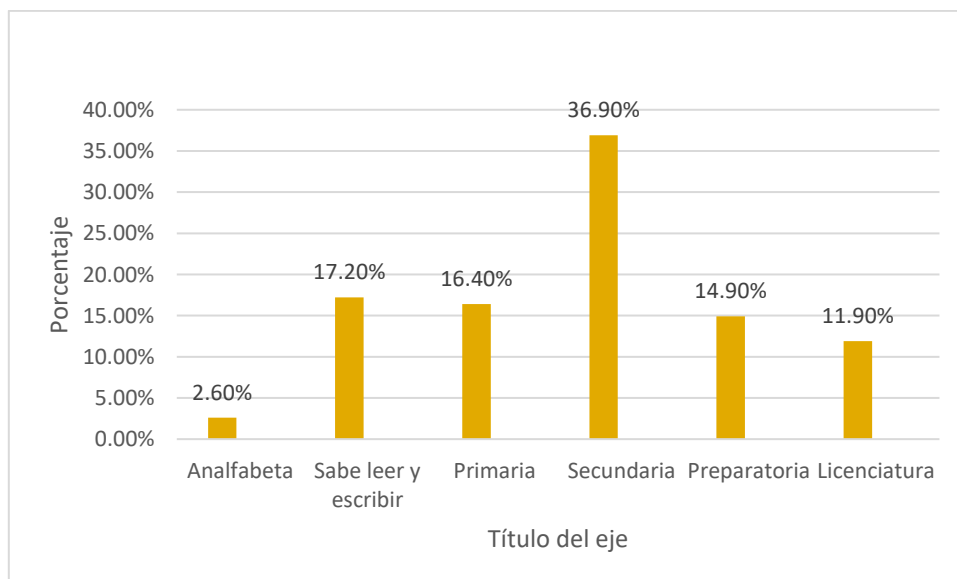
De los 268 participantes la ocupación que con más frecuencia fue empleados con un 34.7% (93), hogar 27.2% (73), comerciantes con un 17.9% (48) con menor frecuencia jubilados 9.3% (25) otro 9% (24) y estudiantes con un 1.9% (5)

Gráfico 9. Escolaridad en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF No. 75

	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	7	2.6
Sabe leer y escribir	46	17.2
Primaria	44	16.4
Secundaria	99	36.9
Preparatoria	40	14.9
Licenciatura	32	11.9
Total	268	100.0

Nota aclaratoria: UMF= Unidad de medicina familiar. *Fuente: Base de datos en SPSS versión 25.

Gráfico 9. Escolaridad en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF No. 75



Fuente: Tabla 9

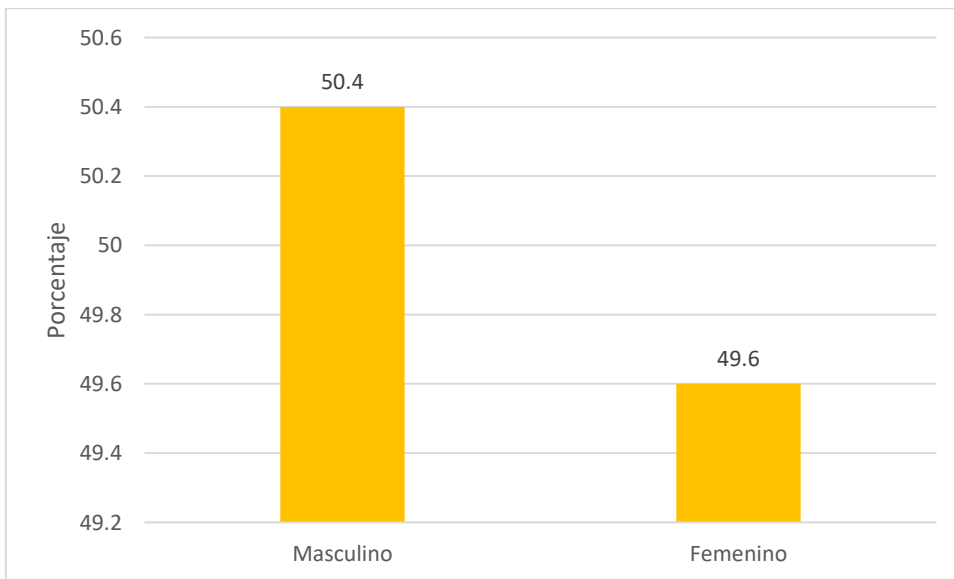
De los 268 participantes el 36.9% (99) refirieron secundaria, 16.4% (44) con primaria, 17.2% (46) sabe leer y escribir, 14.9% (40) preparatoria, 11.9% (32) tienen licenciatura y el 2.6% (7) son analfabetas.

Gráfico 10. Género en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF No. 75

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	135	50.4
Femenino	133	49.6
Total	268	100.0

Nota aclaratoria: UMF= Unidad de medicina familiar. *Fuente: Base de datos en SPSS versión 25.

Gráfico 10. Género en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF No. 75



Fuente: Tabla 10

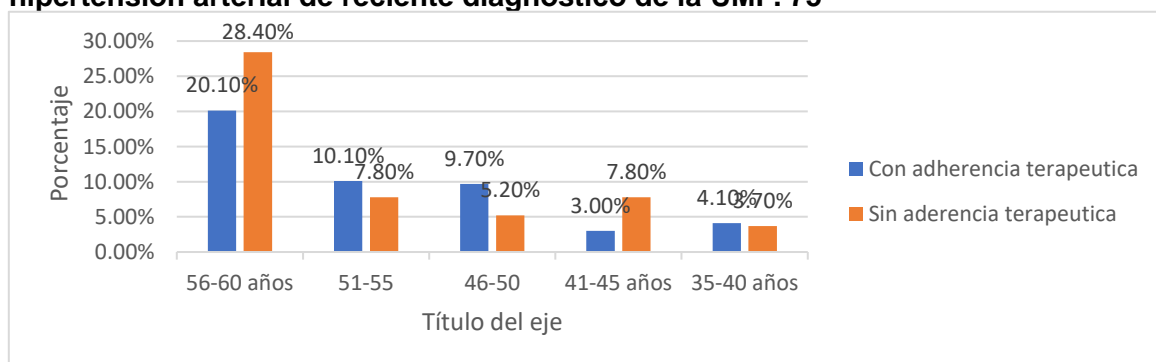
De los 268 participantes el 50.4% (135) se encontró de género masculino y el 49.6% (133) fueron del género femenino.

Tabla 11. Asociación entre la adherencia terapéutica y la edad en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF. 75

		Con adherencia terapéutica	Sin adherencia terapéutica	Total
Edad	56-60 años	54 (20.1%)	76 (28.4%)	130 (48.5%)
	51-55	27 (10.1%)	21 (7.8%)	48 (17.9%)
	46-50	26 (9.7%)	14 (5.2%)	40 (14.9%)
	41-45 años	8 (3.0%)	21 (7.8%)	29 (10.8%)
	35-40 años	11 (4.1%)	10 (3.7%)	21 (7.8%)
Total		126 (47%)	142 (53%)	268 (100%)

Nota aclaratoria: UMF= Unidad de medicina familiar. *Fuente: Base de datos en SPSS versión 25. Valor de P = 0.554

Grafico. 11. Asociación entre la adherencia terapéutica y la edad en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF. 75



Fuente: Tabla 11

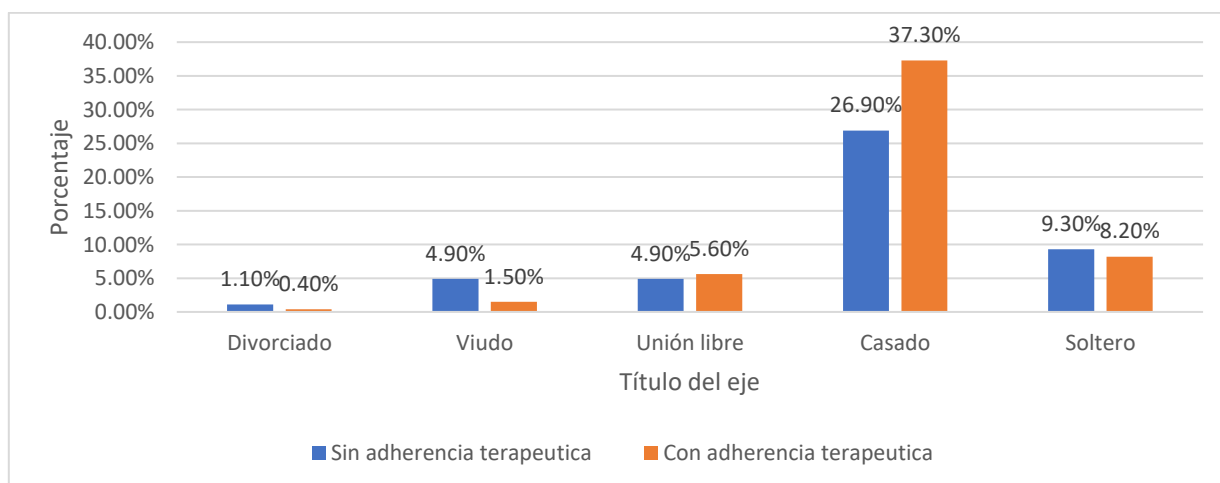
De los 268 participantes el 48.5% (130) se encontraron en el grupo de 56 a 60 años de edad de los cuales el 28.4% (76) no tenía adherencia terapéutica, el 20.1% (54) aceptaron tener adherencia terapéutica. El 17.9% (48) refirieron 51-55 años de edad de los cuales el 7.8% (21) no tiene adherencia terapéutica y el 10.1% (27) presentaban adherencia terapéutica. EL 14.9% (40) refirieron 46-50 años de edad de los cuales 5.2% (14) no presentó adherencia terapéutica y el 9.7% (26) presentó adherencia terapéutica. El 10.8% (29) en el grupo de 41-45 años de edad del cual el 7.8% (21) no tiene adherencia terapéutica y el 3% (8) cuentan con adherencia terapéutica y en menor frecuencia el 7.8% (21) de 35-40 años de edad de los cuales el 3.7% (10) no tenía adherencia terapéutica y el 4.1% (11) si presentaron adherencia terapéutica

Tabla 12. Asociación entre la adherencia terapéutica y estado civil en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF. 75

		Con adherencia terapéutica	Sin adherencia terapéutica	
Estado civil	Divorciado	3 (1.1%)	1 (0.4%)	4 (1.5%)
	Viudo	13 (4.9%)	4 (1.5%)	17 (6.3%)
	Unión libre	13 (4.9%)	15 (5.6%)	28 (10.4%)
	Casado	72 (26.9%)	100 (37.3%)	172 (64.2%)
	Soltero	25 (9.3%)	22 (8.2%)	47 (17.5%)
Total		126 (47%)	142 (53%)	268 (100%)

*Fuente: Base de datos. Nota aclaratoria: UMF= Unidad de medicina familiar. Valor de P = 0.121

Gráfico 12. Asociación entre la adherencia terapéutica y estado civil en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF. 75



Fuente: Tabla 12.

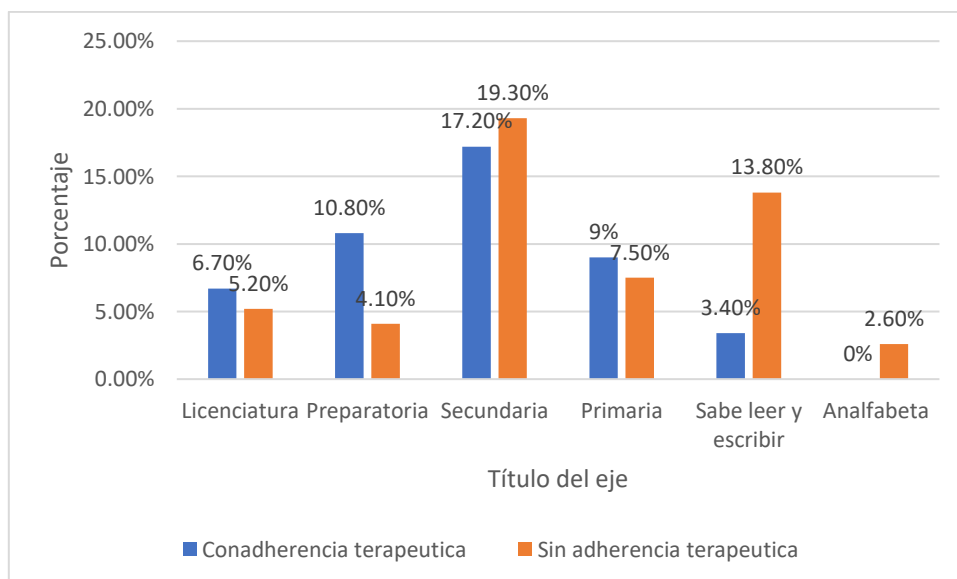
La relación que se mostró la adherencia terapéutica con casados fue 37.3% sin adherencia terapéutica y un 26.9% con adherencia terapéutica. Solteros mostros tener adherencia terapéutica con un 9.2% y sin adherencia terapéutica en un 8.2%. en unión libre se muestran datos homogéneos con 4.9% con adherencia terapéutica y 5.6% sin adherencia, mientras que en viudos se vio notablemente mayor adherencia en un 4.9% y solo el 1.5% sin adherencia terapéutica.

Tabla 13. Asociación entre la adherencia terapéutica y escolaridad en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF. 75

Escolaridad	Con adherencia terapéutica		Sin adherencia terapéutica	Total
Licenciatura	18 (6.7%)		14 (5.2%)	32 (11.9%)
Preparatoria	29 (10.8%)		11 (4.1%)	40 (14.9%)
Secundaria	46 (17.2%)		53 (19.3%)	99 (36.9%)
Primaria	24 (9%)		20 (7.5%)	44 (16.4%)
Sabe leer y escribir	9 (3.4%)		37 (13.8%)	46 (17.2%)
Analfabeta	0 (0%)		7 (2.6%)	7 (2.6%)
Total	126 (47%)		142 (53%)	268 (100%)

*Fuente: Base de datos. Nota aclaratoria: UMF= Unidad de medicina familiar. Valor de P = 0.001

Gráfico 13. Asociación entre la adherencia terapéutica y escolaridad en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF. 75



Fuente: Tabla 13

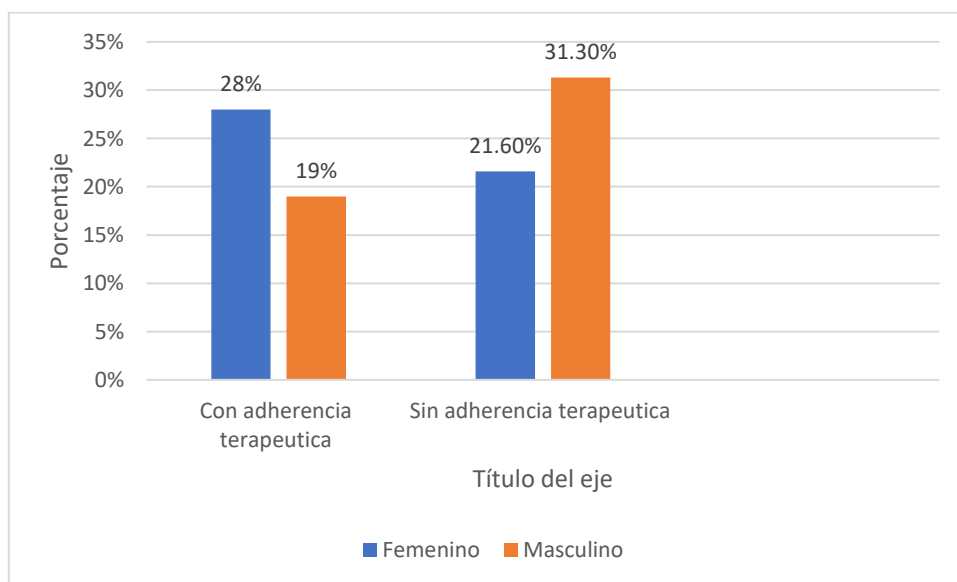
La relación que se mostró entre la adherencia terapéutica y la escolaridad fue un 17.2% (46) en secundaria, 10.8% (29) en preparatoria, 9% (24) en primaria, 6.7% (18) con licenciatura, 3.4% (9) saben leer y escribir.

Tabla 14. Asociación entre la adherencia terapéutica y género en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF. 75

		Con adherencia terapéutica	Sin adherencia terapéutica	Total
Genero	Femenino	75 (28%)	58 (21.6%)	133 (49.6%)
	Masculino	51 (19%)	84 (31.3%)	135 (50.4%)
Total		126 (47%)	142 (53%)	268 (100%)

*Fuente: Base de datos Nota aclaratoria: UMF= Unidad de medicina familiar. Valor de P = 0.002

Gráfico 14. Asociación entre la adherencia terapéutica y género en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF. 75



Fuente: Tabla 14

De los 268 participantes se obtuvo 49.6% (133) del género femenino, de los cuales el 21.6% (58) no presentó adherencia terapéutica y 28% (75) tienen adherencia terapéutica. El 50.4% (135) fueron del sexo masculino de los cuales el 31.3% (142) no tuvieron adherencia terapéutica y el 19% (51) presentaron adherencia terapéutica

Tabla 15. Asociación del grado de adherencia terapéutica con la capacidad de autocuidado en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF.

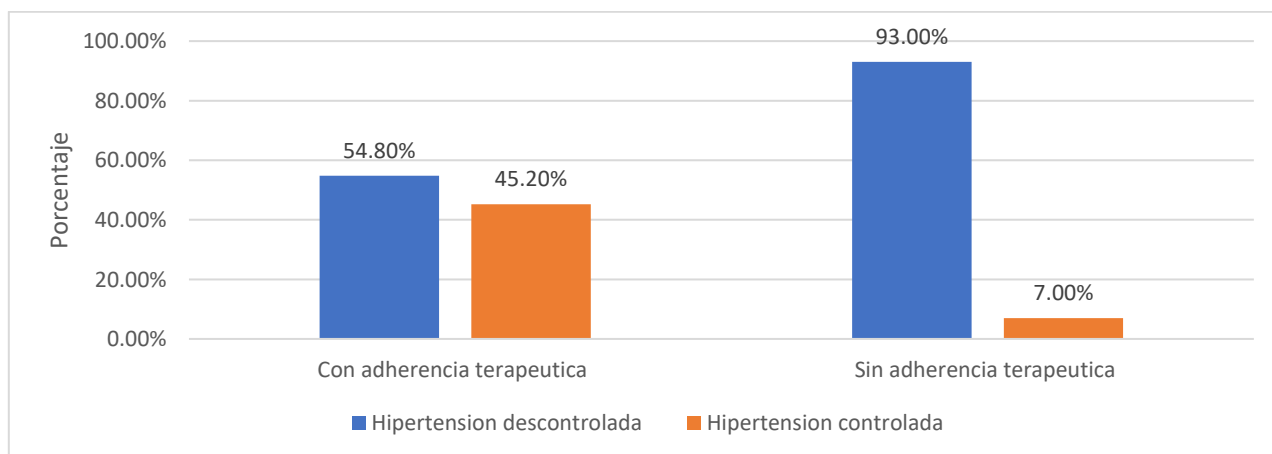
75

		Con capacidad de autocuidado	Sin capacidad de autocuidado	Total
Grado de adherencia terapéutica	Buena adherencia terapéutica	30(11.2%)	4 (1.5%)	34 (12.7%)
	Adherencia parcial	92 (34.3%)	58 (21.6%)	150 (56%)
	Mala adherencia terapéutica	62 (23.1%)	22 (8.2%)	84 (31.3%)
Total		184 (68.7%)	84 (31.3%)	268 (100%)

Nota aclaratoria: UMF= Unidad de medicina familiar. *Fuente: Base de datos en SPSS versión 25. Valor de P = 0.631

Gráfico 15 Asociación entre el grado de adherencia terapéutica con la capacidad de autocuidado en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF.

75



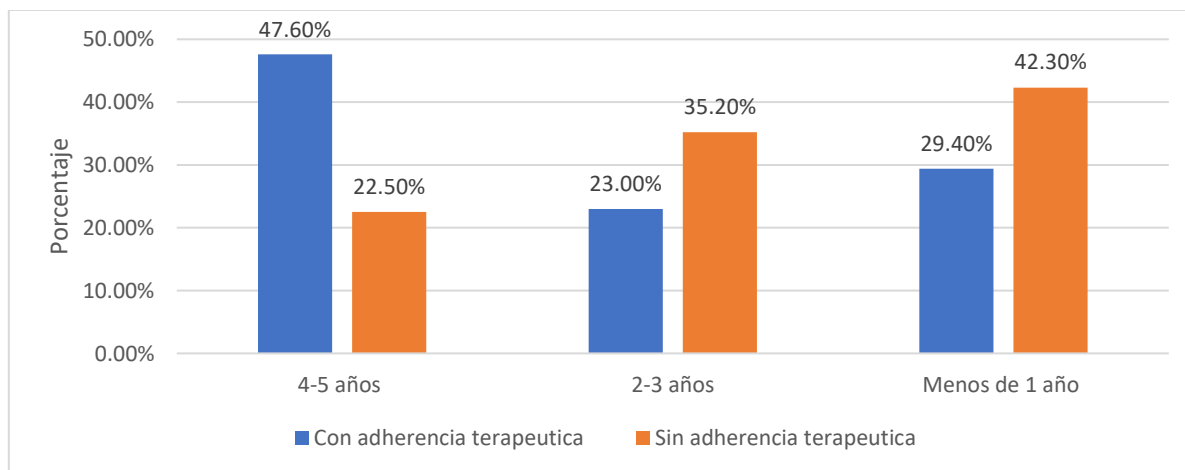
Al asociar el grado de adherencia terapéutica con el control de hipertensión arterial encontramos una asociación lineal por lineal de 0.001 en la que encontramos aquellos pacientes que presentaron descontrol de hipertensión arterial (93%) no presentaron adherencia terapéutica y el 54.80% con hipertensión descontrolada se encuentra en aquellas que tienen adherencia terapéutica. De igual forma el 45.20% mostro mayor adherencia terapéutica y control de hipertensión arterial.

Tabla 16. Asociación del tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial y Adherencia terapéutica en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF. 75

		Con adherencia terapéutica	Sin adherencia terapéutica	Total
Tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial	4-5 Años	60 (47.6%)	32 (22.5%)	92 (34.3%)
	2-3 Años	29 (23.0%)	50 (35.2%)	79 (29.5%)
	Menos de 1 año	37 (29.4%)	60 (42.3%)	97 (36.2%)
Total		126 (100.0%)	142 (100.0%)	268 (100.0%)

Fuente: Base de datos Nota aclaratoria: UMF= Unidad de medicina familiar Asociación lineal por lineal = 0.001

Gráfico 16. Asociación del tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial con la adherencia terapéutica en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF. 75



Al asociar el tiempo de diagnóstico con la adherencia terapéutica encontramos una asociación lineal por lineal del 0.001, mostrando mayor adherencia terapéutica (47.60%) en aquellos participantes que tienen de 4 a 5 años de diagnóstico de hipertensión. Se encontró en un 35.20% sin adherencia terapéutica en aquellos que tienen 2 a 3 años de diagnóstico. Y con un 42.30% sin adherencia terapéutica en aquellas personas que mencionaron tener menos de un año de diagnóstico de hipertensión arterial.

DISCUSIÓN.

En este estudio se obtuvo participación equitativa por parte de ambos géneros, en comparación con otros estudios en el cual la participación corresponde en su mayoría a participantes del género femenino, de los cuales la edad oscilo entre 35 a 60 años de edad con una media de 51 a 55 años de edad con mayor participación de 56-60 años de edad concluyendo una mayor prevalencia en estas edades en comparación en estudios en donde concluyeron como el que se realizó por Nasser 2020 en donde su población estuvo conformada por edad de 50-59 años de edad, esta variables es importante a que se reporta una asociación con la adherencia terapéutica ya que disminuye con la edad y con el tiempo de diagnóstico.⁽⁴²⁾

Respecto al grado de adherencia terapéutica se obtuvieron buena adherencia terapéutica en 34 participantes, adherencia parcial en 150 y mala adherencia terapéutica en 84 participantes. De los cuales, 67 presentaron hipertensión controlada y 201 presentaron hipertensión descontrolada. Comparado con un estudio realizado por Alibe Natanai en 2022 reporto 57% de adherencia terapéutica⁽⁴³⁾, vemos que obtenemos similitudes respecto a población mexicana del IMSS, continuando con descontrol hipertensivo en pacientes por una mala adherencia terapéutica.

Respecto al estado civil se obtuvo mayor participación de Casados obteniendo 172 sujetos participantes, seguido de solteros con 47, unión libre con 28 sujetos y 17 personas viudas y 4 divorciados. La asociación con la adherencia terapéutica y el estado civil mostro hay mayor adherencia terapéutica en casados, seguido por solteros. Por el contrario 142 no presentan adherencia terapéutica de los cuales fueron casados.

Respecto a la variable ocupación se obtuvo mayor participación de empleados participando 93, continuado por 73 participantes dedicadas al hogar, 48 comerciantes y en menor frecuencia 25 jubilados y 24 participantes dedicadas a otras ocupaciones no especificadas. Esta variable muestra relevancia comparado con un estudio reportado por Ávila⁽⁴⁴⁾ en donde menciona un 22.9% de los participantes realizaron modificaciones en sus labores del trabajo y hogar para poder cumplir con el tratamiento y así poder tener adecuada adherencia terapéutica. Relacionado con nuestros resultados al ver la relación de la adherencia terapéutica con la ocupación, podemos observar que, de 25 personas jubiladas, 20 si presentaron adherencia terapéutica. De 93 empleados solo 35 sujetos presentaron

adherencia terapéutica y 58 no tienen adherencia terapéutica, participando también 48 comerciantes de los cuales solo 19 personas tuvieron adherencia terapéutica y 29 sin adherencia terapéutica. Observamos la participación de 73 personas dedicadas al hogar de las cuales 36 presentaron adherencia terapéutica y 37 sin adherencia terapéutica y por último 5 estudiantes obteniendo resultados homogéneos. Pudiendo comprobar que personas que mantienen una actividad laboral o con carga de trabajo no presentan adherencia terapéutica.

Respecto a la escolaridad de los participantes se obtuvo una participación de 99 participantes con secundaria, seguido de 44 con primaria, 46 dijeron sabe leer y escribir, 40 sujetos con nivel preparatoria, 32 cuentan con licenciatura y únicamente 7 personas refirieron ser analfabetas. Al relacionarlo con la adherencia terapéutica encontramos mayor adherencia terapéutica en personas con secundaria y una menor adherencia en personas que refirieron no saber leer y escribir.

Al buscar el tiempo de diagnóstico de hipertensión se encontró mayor participación en sujetos con mejor a un año desde su diagnóstico, obteniendo 97 sujetos participantes, seguido de 92 pacientes que oscila de 2 a 3 años de evolución y un último grupo de 4 a 5 años de evolución. De los cuales los 67 sujetos presentaron hipertensión controlada y 201 participantes presentaron hipertensión descontrolada. Esto comparado con el estudio realizado por Nasser⁽⁴²⁾ en donde menciona que la falta de adherencia disminuye conforme a mayor tiempo de diagnóstico, y que el control hipertensivo mejora con la edad y con el tiempo de evolución.

De igual forma encontró que en pacientes que tienen diagnóstico de menos de un año de evolución se espera mayor tasa de interrupción de tratamiento hasta en un 50%. Podemos ver una relación en este estudio en el cual se observa un mayor descontrol en sujetos con diagnóstico menor a un año.

En diversos estudios se menciona una relación de la edad con la adherencia terapéutica en donde a mayor edad se obtiene mayor adherencia terapéutica⁽³⁾, tal y como se encontró en este estudio al observar la asociación de la edad con la adherencia terapéutica se comprobó en los grupos de 46 a 55 años de edad se presentó adherencia terapéutica,

mientras que en grupos con edades menores a 45 años de edad la mayoría refirió no tener adherencia terapéutica.

La escolaridad que mostro mayor adherencia terapéutica en hipertensión arterial fue la secundaria con un 17.2% (46) y el grupo que presento menor adherencia terapéutica con únicamente conocimiento de saber leer y escribir con un 3.4% (9). Los participantes no tienen adherencia terapéutica se distribuye en secundaria con un 19% (53), con un 13.8% (37) sabe leer y escribir y en menor porcentaje licenciatura con un 5.2% (14).

Se obtuvo 49.6% (133) del género femenino, de los cuales el 21.6% (58) no tiene adherencia terapéutica y el 26% (75) tienen adherencia terapéutica. El 50.4% (135) son del sexo masculino de los cuales el 31.3% (142) no tienen adherencia terapéutica y el 19% (51) presentan adherencia terapéutica

Los resultados obtenidos respecto a la capacidad de autocuidado y la adherencia terapéutica mostraron una asociación lineal 0.631 rechazando la hipótesis alterna por lo que aceptamos la hipótesis nula que menciona No existe relación del 30% entre la adherencia terapéutica y la capacidad de autocuidado en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF No. 75

Conclusión

La relación esperada según otros estudios es del 30% entre la adherencia terapéutica y la capacidad de autocuidado⁽¹⁴⁾, sin embargo, los resultados obtenidos en este estudio fue una relación de la adherencia terapéutica con la capacidad de autocuidado en un 11.2% (30) y la mala adherencia terapéutica con un 23.1% (62) con la capacidad de autocuidado, concluyendo que no existe relación entre la capacidad de autocuidado y la adherencia terapéutica.

Esta relación se puede modificar según el tiempo de diagnóstico en el que se observó mayor adherencia terapéutica en personas con mayor edad y mayor evolución de hipertensión arterial.

Por otra parte, en este estudio se clasifico la adherencia terapéutica en buena adherencia, adherencia parcial y mala adherencia, obteniendo mayores resultados en la adherencia parcial relacionada con una adecuada capacidad de autocuidado.

Recomendaciones

- a) Recordar que las recomendaciones sobre cuidados higiénico dietéticos y farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial debe de continuar desde el inicio de la patología incluso si los pacientes tienen larga evolución de esta, mencionando la importancia de la adherencia terapéutica.
- b) La educación en los pacientes con hipertensión arterial es importante al inicio del diagnóstico, dando a conocer los riesgos, complicaciones y cuidados que se deben de mantener durante su tratamiento, haciendo hincapié en que la hipertensión arterial se controla y no se cura, para que así los pacientes no abandonen su tratamiento farmacológico al ver mejoría de sus cifras tensionales.

REFERENCIAS

1. Formentin-Zayas M, Carbajales-León EB, Medina-Fuentes G, Formentin-Zayas DM, Formentin-Zayas M. Adherence to treatment in hypertensive patients from a local primary care office linked to the Policlínico Universitario Joaquín de Agüero y Agüero. *Revista Información Científica*. 2021;100(4):1-11.
2. Quintero LH, Fernández DAC, Cruz LT, Hernández Quintero LM, Pérez MA. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Finlay*. 2021;11(3):279-86.
3. Burnier M, Egan BM. Adherence in hypertension: a review of prevalence, risk factors, impact, and management. *Circulation research*. 2019;124(7):1124-40.
4. Ritscher S, Hoyer M, Georges C, Wunder C, Wallemacq P, Persu A, et al. Benefit of serum drug monitoring complementing urine analysis to assess adherence to antihypertensive drugs in first-line therapy. *PLoS One*. 2020;15(8):e0237383.
5. Zheng C, Chagpar AB. Contribution of cost to treatment nonadherence in the US breast cancer survivors: a population-based analysis. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2022:1-5.
6. Valverde Merino MI. Impacto e implantación de un servicio de adherencia terapéutica desde la farmacia comunitaria. 2022.
7. Acosta GG, Benítez EM, Barzaga SS, Muños EEC. Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos de un consultorio médico. *Revista Científica Estudiantil UNIMED*. 2023;5(1).
8. Tran S, Smith L, El-Den S, Carter S. The use of Gamification and incentives in mobile health Apps to improve medication adherence: Scoping review. *JMIR mHealth and uHealth*. 2022;10(2):e30671.
9. Yang C, Zhu S, Lee DTF, Chair SY. Interventions for improving medication adherence in community-dwelling older people with multimorbidity: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2022;126:104154.
10. Abdulhussain Y, Ghelani H, Henderson H, Sudhir M, Mascarenhas S, Radhakrishnan R, et al. The use and effectiveness of high-fidelity simulation in health professions education: current update. *SIMULATION*. 2022;98(12):1085-95.
11. Sarkodie E, Afriyie DK, Hutton-Nyameaye A, Amponsah SK. Adherence to drug therapy among hypertensive patients attending two district hospitals in Ghana. *African Health Sciences*. 2020;20(3):1355-67.
12. Mahmood S, Jalal Z, Hadi MA, Khan TM, Haque MS, Shah KU. Prevalence of non-adherence to antihypertensive medication in Asia: a systematic review and meta-analysis. *International journal of clinical pharmacy*. 2021;43(3):486-501.
13. Nasresabetghadam S, Jahanshahi M, Fotokian Z, Nasiri M, Hajiahmadi M. The effects of Orem's self-care theory on self-care behaviors among older women with hypertension: A randomized controlled trial. *Nursing and Midwifery Studies*. 2021;10(2):99.
14. Romero-Sandoval N, Canelos SR, Sánchez-Pérez HJ, Romero R, Cornejo F, Martín-Mateo M. Non-Communicable Chronic Diseases and Structural Indicators in an Epidemiological Transition Country. *Open Journal of Epidemiology*. 2019;10(1):32-42.
15. Flores D, GUZMÁN F. Factores condicionantes básicos en el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial del Hospital Santa Barbara. *Revista Ciencia, Tecnología e Innovación*. 2018;16(17):991-1000.
16. Izurieta IL, Molina AAS, Terrazas SdCR. Orem's theory for addressing sexual health during climacteric. *Enfermería Investiga*. 2022;7(3):94-100.

17. Campbell NR, Schutte AE, Varghese CV, Ordunez P, Zhang XH, Khan T, et al. [Sao Paulo call to action for the prevention and control of high blood pressure: 2020Llamado a la accion de San Pablo para la prevencion y el control de la hipertension arterial, 2020]. *Rev Panam Salud Publica*. 2021;44:e27.
18. Lozano-Zúñiga MM, Tapia EDA, Martínez IG, Méndez EDA, Villegas GG, Recéndiz MdJR. Capacidad de autocuidado en adultos mayores que radican en Morelia, Michoacán. *ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería*. 2022;9(2):73-81.
19. Espinoza-Venegas M, Huaiquián-Silva J, Sanhueza-Alvarado O, Luengo-Machuca L, Valderrama-Alarcón M, Ortiz-Rebolledo N. Validation of the Appraisal of Self-care Agency Scale (ASA) in Chilean adolescents. *Escola Anna Nery*. 2020;24.
20. de León Castañeda CD, Morán ACA, Guzmán MJV, Oba ERV. ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA INTERNA DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN POBLACIÓN MEXICANA DE DIFERENTES GRUPOS DEMOGRÁFICOS. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*. 2022;11(22):113-36.
21. Oliveira L, Teixeira A, Duarte I. The Appraisal of Self-Care Agency Scale-Revised (ASAS-R): Reliability and Validity among Portuguese Medical Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(17):10848.
22. Lawless MT, Tieu M, Feo R, Kitson AL. Theories of self-care and self-management of long-term conditions by community-dwelling older adults: A systematic review and meta-ethnography. *Social Science & Medicine*. 2021;287:114393.
23. Gelaw S, Yenit MK, Nigatu SG. Self-Care Practice and Associated Factors among Hypertensive Patients in Debre Tabor Referral Hospital, Northwest Ethiopia, 2020. *International Journal of Hypertension*. 2021;2021.
24. Campos I, Hernández L, Flores A, Gómez E, Barquera S. Prevalencia, diagnóstico y control de hipertensión arterial en adultos mexicanos en condición de vulnerabilidad. *Salud Pública de México [revista en Internet]*. 2019;61(6):888-97.
25. Gopar-Nieto R, Ezquerro-Osorio A, Chavez-Gomez NL, Manzur-Sandoval D, Raymundo-Martinez GIM. [inverted question markComo tratar la hipertension arterial sistémica? Estrategias de tratamiento actuales]. *Arch Cardiol Mex*. 2021;91(4):493-9.
26. Hanssen H, Boardman H, Deiseroth A, Moholdt T, Simonenko M, Kränkel N, et al. Personalized exercise prescription in the prevention and treatment of arterial hypertension: a Consensus Document from the European Association of Preventive Cardiology (EAPC) and the ESC Council on Hypertension. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2022;29(1):205-15.
27. Silva RP, Rodrigues H. New Diagnostic Criteria for Overmedication in Systemic Arterial Hypertension. *Tex Heart Inst J*. 2022;49(5).
28. Ghatage T, Goyal SG, Dhar A, Bhat A. Novel therapeutics for the treatment of hypertension and its associated complications: Peptide-and nonpeptide-based strategies. *Hypertension Research*. 2021;44(7):740-55.
29. Clínica GdEyRGdP. Promocion, prevencion, diagnostico y tratamiento de la hipertension arterial en el primer nivel de atencion. *CENETEC Mexico*. 2021.
30. Liprandi ÁS, Baranchuk A, López-Santi R, Wyss F, Piskorz D, Puente A, et al. El control de la hipertensión arterial, una asignatura pendiente. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2022;46.
31. Contreras MPC, Mesa-Cano IC, Ramírez-Coronel AA, Vásquez LJ. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y calidad de vida en adultos de Nabón. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2021;40(3):290-6.
32. Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Oviedo-Solís C, Ramírez-Villalobos D, Hernández B, Barquera S. Epidemiology of hypertension in Mexican adults: diagnosis, control and trends. *Ensanut 2020. salud pública de México*. 2021;63(6):692-704.

33. Álvarez-Ochoa R, Torres-Criollo LM, Ortega JPG, Coronel DCI, Magaly D, Cayamcela B, et al. Factores de riesgo de hipertensión arterial.
34. Jiménez AV, Sánchez ACA, Mayorga JS. Manejo del insomnio en el adulto. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*. 2020;4(6):ág. 18-24.
35. Maldonado Cantillo G, Rodríguez Salvá A, Díaz Perreira AM, Londoño Agudelo E, León Sánchez M. Epidemiological behavior of arterial hypertension in a Cuban Polyclinic. *Horizonte sanitario*. 2020;19(1):69-77.
36. Salud SdPyPdl. Panorama Epidemiológico de las Enfermedades No Transmisibles en México. 2021.
37. Hernández-Castro E, Martínez-Gómez L, Cuevas-Téllez OI, Carrillo-Flores G, Guerrero-Morales AL. Conocimiento de la enfermedad y adherencia terapéutica en pacientes hipertensos en una unidad de medicina familiar. *Atención Familiar*.29(4):257-62.
38. Guerra C, Conte E, Del Rio AI, Motta J, Moreno Velásquez I, Quintana HK, editors. *Medication Adherence in Hypertensive Individuals in Panama 2019: A National Cross-Sectional Study*. Healthcare; 2022: MDPI.
39. Martínez JW, Perea JAV, Jaramillo J, Betancur AMQ, Calderón V. Validación del cuestionario de adherencia al tratamiento anti hipertensivo Martín Bayarré Grau. *Revista Médica de Risaralda*. 2011.
40. Rodríguez-Chamorro MA, Garcia-Jiménez E, Rodríguez-Pérez A, Batanero-Hernán C, Pérez-Merino EVAM. REVISIÓN DE TEST VALIDADOS PARA LA VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO UTILIZADOS EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL. *Pharmaceutical Care España*. 2020;22(3):148-72.
41. Gorostidi M, Gijón-Conde T, de la Sierra A, Rodilla E, Rubio E, Vinyoles E, et al. 2022 Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the Spanish Society of Hypertension. *Hipertension y Riesgo Vascular*. 2022:S1889-37 (22) 00066.
42. Abu-El-Noor NI, Aljeesh YI, Bottcher B, Abu-El-Noor MK. Assessing Barriers to and Level of Adherence to Hypertension Therapy among Palestinians Living in the Gaza Strip: A Chance for Policy Innovation. *Int J Hypertens*. 2020;2020:7650915.
43. Peña-Valenzuela AN, Ruiz-Cervantes W, Barrios-Olán C, Chávez-Aguilasocho AI. Relación médico-paciente y adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Medica del IMSS*. 2023;61(1).
44. Ávila D, Bustos C, González K, Tandazo B. ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS DEL PERSONAL DE UNA UNIVERSIDAD ECUATORIANA. *Enfermería Investiga*. 2023;8(3):17-24.

39. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Edad Vgesimotercera edición, octubre de 2022. [Internet]. Consultado en Diciembre del 2022. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad?m=form>

40. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Estado civil. Vgesimotercera edición, octubre de 2022. [Internet]. Consultado en Diciembre del 2022. Disponible en: <https://dle.rae.es/estado?m=form#7uGgJBt>

41. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Ocupación. Vgesimotercera edicion, octubre de 2022. [Internet]. Consultado en Diciembre del 2022. Disponible en: <https://dle.rae.es/ocupaci%C3%B3n?m=form>
42. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Escolaridad. Vgesimotercera edicion, octubre de 2022. [Internet]. Consultado en Diciembre del 2022. Disponible en: <https://dle.rae.es/escolaridad?m=form>
43. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Genero Vgesimotercera edicion, octubre de 2022. [Internet]. Consultado en Diciembre del 2022. Disponible en: <https://dle.rae.es/g%C3%A9nero>

ANEXOS

1. Consentimiento
2. Aviso de privacidad
3. Cedula de recolección de datos
4. Instrumentos
5. Infografía hipertensión arterial
6. infografía adherencia terapéutica y capacidad de autocuidado
7. Desglose financiero
8. Cronograma
9. Evidencia de realización de encuestas para el trabajo de investigación



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



**Carta de consentimiento informado para participación en
protocolos de investigación en salud
(adultos)**

Lugar y fecha

No. De registro institucional _____

Título del protocolo:

Adherencia terapéutica la capacidad de autocuidado en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico de la UMF No. 75.

Justificación y objetivo de la investigación: La presión alta es una de las enfermedades con mayores complicaciones del corazón, siendo la principal causa de muerte en nuestro país, por tal motivo es indispensable el seguimiento del tratamiento adecuado, acompañado de modificaciones en el estilo de vida en personas que cursan con esta enfermedad. El objetivo de esta investigación es asociar la capacidad de autocuidado y la adherencia terapéutica que se tiene en las personas con diagnóstico reciente de hipertensión arterial, con la finalidad de evitar complicaciones propias de la enfermedad, requerimiento de más medicamentos o incluso hospitalizaciones.

Procedimientos y duración de la investigación:

Al aceptar participar se le explicara el procedimiento y objetivo, posterior a 10 minutos de reposo se le tomara su presión arterial, inmediatamente se le pedirá que conteste una serie de preguntas relacionadas con su tratamiento de la presión alta. En caso de tener dudas respecto al las preguntas, se le estará resolviendo en ese momento, podrá obtener ayuda por parte de familiares. El tiempo estimado para participar será de aproximadamente 30 minutos.

Riesgos y molestias:

En esta investigación usted tiene un riesgo mínimo, al responder las preguntas que podrían causarle incomodidad por el tipo de información que se maneja, por lo que en todo momento estaremos al pendiente de sus dudas. De igual forma si desea ya no participar, está en su derecho de abandonar el presente estudio, sin ninguna consecuencia en su proceso de atención por parte del instituto.

Beneficios que recibirá al participar en la investigación: A todo participante se le indicará su resultado del nivel de adherencia terapéutica y capacidad de autocuidado, permitiéndole mejorar el control de su enfermedad, además se le brindará una infografía de complicaciones, alimentación saludable, actividad física y cuidados para la presión arterial alta así como adherencia terapéutica y autocuidado.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Al termino se le explicará los resultados del estudio y alternativas para control alimenticio y actividad física.

Participación o retiro: Durante su participación usted podrá expresar sus dudas, las cuales serán resueltas en ese momento, si a pesar de ello no está convencido de continuar participando, usted es libre de retirarse en cualquier momento sin que esto afecte la atención que recibe por parte del instituto.

Privacidad y confidencialidad: Los datos que nos proporcione serán resguardados, no serán compartidos a terceras personas y no serán usadas para otro destino más que para el presente estudio. Para manejo de cuestionarios se le asignará un folio para asegurar la confidencialidad de datos.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con la investigación podrá dirigirse a:

Investigadora Responsable: Sánchez Acevedo Bertha Magali, Matricula 96158304, Residente de medicina familiar, Unidad de medicina familiar No. 75. Correo: berth.maga21@gmail.com, teléfono: 5578129484.

Investigadora responsable: Dra. Norma Herrera González, Matrícula: 97153779, Médica especialista en Medicina Familiar. Categoría: Médico Familiar adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 75 Nezahualcóyotl. Correo: dr.normahg@gmail.com. Teléfono:(55)11877740

Investigadora asociada: Dra. Gisselle Carrillo Flores, Matricula: 99389372. Grado de estudios: Especialista en Medicina Familiar. Categoría: Medico Familiar. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 75 Nezahualcóyotl. Teléfono: 5541414460. Correo: gisselle85@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del 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: comite.eticainv@imss.gob.mx

Declaración de consentimiento:

<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos para este estudio
<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos para este estudio y/o estudios futuros
<input type="checkbox"/>	No acepto participar

Se conservarán los datos o muestras hasta por 5 años tras lo cual se destruirán.

Nombre y firma del participante

Sánchez Acevedo Bertha Magali

Nombre y firma de quien obtiene el
consentimiento

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación en salud, sin omitir información relevante del estudio.

Clave 2810-009-0

Anexo 2. Aviso de privacidad.

Toda información y datos personales que se proporcionen para fines de este protocolo de investigación serán resguardados por el investigador, así como datos de investigación, edad, género, nivel escolar, estado civil, cifras de presión arterial. Se le solicitará antes de iniciar su participación, deberá firmar el consentimiento informado de acuerdo al capítulo II del artículo 9, de la ley general de protección de datos personales en posesión particulares, lo cual nos permitirá hacer uso de sus datos personales para motivos de esta investigación.

Reiteramos que los datos que usted proporcione serán utilizados con fines educativos, asistenciales y de salud, sin embargo, al ser publicados los resultados de esta investigación, no serán expuestos dichos datos privados.

Lo anterior redactado para protección de sus datos personales basado en los artículos 6, 7, 8 y 12 de la ley general de protección de datos en posesión particulares.

Nombre y firma del participante

Anexo 3. Cédula de recolección de datos.

Instrucciones: En el resto de apartados marque con una **X** la opción que se acople a usted.

Folio:	Edad:
Escolaridad: <input type="radio"/> 1. No sé leer ni escribir <input type="radio"/> 2. Sabe leer y escribir <input type="radio"/> 3. Primaria <input type="radio"/> 4. Secundaria <input type="radio"/> 5. Preparatoria <input type="radio"/> 6. Licenciatura	Estado civil: <input type="radio"/> 1. Soltero <input type="radio"/> 2. Casado <input type="radio"/> 3. Unión libre <input type="radio"/> 4. Viudo <input type="radio"/> 5. Divorciado
Ocupación: <input type="radio"/> 1. Estudiante <input type="radio"/> 2. Hogar <input type="radio"/> 3. Comerciante <input type="radio"/> 4. Empleado <input type="radio"/> 5. Jubilado <input type="radio"/> 6. Otro	Género Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>
Tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial: <input type="radio"/> 1) < 1 año <input type="radio"/> 2) 2- 3 años <input type="radio"/> 3) 4 - 5 años	

Anexo 4. Instrumentos

Cuestionario M-B-G

Instrucciones: Coloca una X en la respuesta que mejor se apegue a su tratamiento para la presión arterial.

1. Toma los medicamentos en el horario establecido

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

2. Se toma todas las dosis indicadas

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

3. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

5. Realiza los ejercicios físicos indicados

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

6. Acomoda sus horarios de medicación a las actividades de su vida diaria

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

7. Usted y su médico, decide de manera conjunta, el tratamiento a seguir

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

8. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

9. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

10. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

11. Usted y su médico analizan como cumplir el tratamiento

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico.

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre


Escala de valoración de la capacidad de autocuidado en población mexicana (ASA)

Indicaciones: Marca con una X la mejor opción que describa tu forma de cuidar tu presión arterial.


ÍTEMES	Toralmente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2 puntos)	Indeciso (3 puntos)	De acuerdo (4 puntos)	Totalmente de acuerdo (5 puntos)
INTERACCION SOCIAL					
1. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre					
2. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.					
BIENESTAR PERSONAL					
3. Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.					
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.					
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.					
6. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.					
7. Cuando obtengo información sobre mi salud, pido explicaciones sobre lo que no entiendo.					
8. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.					

9. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.					
10. Soy capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.					
11. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.					
12. Puedo sacar tiempo para mí					

Anexo 5. Infografía hipertensión arterial




CUIDADOS DE LA HIPERTENSION ARTERIAL




Alimentación saludable


Consumir frutas, verduras, y
lacteos descremados.



Ejercítate

Realice ejercicio 30 min al día
Puede reducir PA 4-9 mmHG







No le pongas mas sal...

Evita comer sal, embutidos,
alimentos en conserva y grasas
saturadas , comida chatarra

No consumas alcohol, tampoco
fumes

Con la disminución de consumo de
alcohol puedes.
El cigarro es el principal factor de
riesgo para complicaciones






Cuida tu peso

Si tu medico te dice que tu peso es
adecuado, es momento de mantener
ese peso, sin embargo si es alto
deberas de reducir tu peso y tener un
control


Conoce tus medicamentos

Debes de conocer los medicamentos
que te indica, si te es difícil
recordarlos podrias escribirlos y
guardarlo en tu carnet, con horario y
dosis indicada.



HIPERTENSION ARTERIAL

¿QUE PASA SI NO ME CUIDO Y NO TOMO MI MEDICAMENTO?

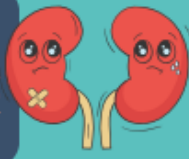



Daña al Corazón

Insuficiencia cardiaca, lo que provoca que no
realice su función adecuada. Infartos y
llevarte a la muerte. Tu corazón se puede
hacer grande por lo cual no tendrá un
adecuado bombeo de sangre

Daña los Riñones

Si no sigues las indicaciones de tu medico,
una de las complicaciones de una presión
arterial elevada es llegar a tener
Insuficiencia renal






Afecta el Cerebro

Derrame cerebral o mejor conocido como
EMBOLIA
Deterioro cognitivo o Dificultad para realizar
actividades básicas como comer, hablar,
caminar, moverse e incluso bañarse.


Recuerde



La hipertension no se cura,
es importante por lo que es
importante mantenerla
controlada.

No olvidar

Acudir a las consultas de control.
Expresar dudas en tu consultorio



Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos del Sistema Guía de Evaluación y Recomendaciones Guía de Práctica
Clínica México, CENETEC, 2017

Realizó: RJ MF Bertha Magali Sánchez Acevedo

66

¿QUE ES CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO?



- 1

Es el proceso que desarrollamos durante el crecimiento y nos permite mejorar y cuidar nuestro estado de salud.
- 2

Es importante la percepción y memoria para el cuidado personal, no dependiendo de otros, el autocuidado depende de uno mismo.
- 3

Para poder cuidarnos debemos conocer la enfermedad, las herramientas para prevenirla y evitar sus complicaciones.
- 4

Tu tienes la capacidad de tomar decisiones correctas para prevenir enfermedades y sus complicaciones.
- 5

Recuerda que somos un equipo, el autocuidado es la parte que corresponde al paciente en este equipo con tu médico familiar.



¿COMO LLEVAR UN ADECUADA ADHERENCIA TERAPEUTICA?



- 1

Seguir las recomendaciones que nos da nuestro médico Familiar
- 2

Iniciar el tratamiento en el momento que nos indica el medico, si tienes duda de la dosis o forma de tomarlo, pregunta en tu consulta, no te quedes con dudas
- 3

No te automediques y no recomiendes tu tratamiento recuerda el tratamiento es único para cada persona.
- 4

No suspendas el tratamiento, establece horarios, apóyate con alarmas y pídele ayuda a tu familia. Recuerda que pueden iniciar a modificar sus hábitos alimenticios y actividad física en familia.
- 5

Conoce tu enfermedad, sus complicaciones y riesgos, platica con tu medico familiar y expresa tus dudas en cada consulta.



R2 Medicina familiar: Sánchez Acevedo
Bertha Magali

R2 Medicina familiar: Sánchez Acevedo
Bertha Magali

Anexo 7. Desglose financiero.

Material	Cantidad	Costo en pesos mexicanos
Co5pias de hojas de recolección de datos	134	\$134
Tabla de apoyo	5	\$100
Pluma azul	12	\$55
Paquetería Office 365 personal	1	\$800
USB	1	\$250
Programa SPSS	1	\$435
Sanitizante	2	\$50
Gel anti-bacterial	2 botes	\$160
Impresiones de material de apoyo (infografías, carteles)	572	2144
Total		4128

8 CRONOGRAMA

Actividad		Segundo semestre	Primer semestre						Segundo semestre					
		2022	2023											
		JULIO - DICIEMBRE	EN E	FE B	MA R	AB R	MA Y	JU N	JU L	AG O	SE P	OC T	NO V	DI C
Elaboración del protocolo	P	■	■											
	R	■	■											
Autorización por comité de ética en Investigación y comité local de investigación	P				■									
	R				■									
Obtención de número de registro Sirelcis	P					■								
	R					■								
Aplicación de encuestas Estandarización de métodos e instrumentos	P						■							
	R						■							
Elaboración de base de datos Recolección de datos	P							■	■					
	R							■	■					
Captura de información	P									■	■			
	R									■	■			
Análisis de resultados y estadístico	P											■		
	R											■		
Redacción del escrito final	P												■	■
	R												■	■

■ Programado (P)

■ Realizado (R)

Idea de investigación, elaboración de marco teórico, objetivos, hipótesis, planteamiento del problema, material y métodos, plan de análisis, aspectos éticos, operacionalización de variables, instrumentos y bibliografía.

ANEXO 10. EVIDENCIA DE REALIZACION DE ENCUESTAS PARA EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

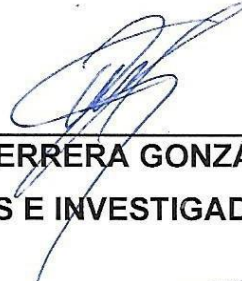


CRÉDITOS

Para efectos de publicación del estudio de investigación titulado “**ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE RECIENTE DIAGNÓSTICO DE LA UMF NO. 75**”, con número de registro institucional **R-2023-1408-019** en revistas, foros, congresos o jornadas de investigación locales, regionales, nacionales y/o internacionales, el tesista siempre deberá aparecer como primer autor y el director de tesis como segundo autor, así como los respectivos colaboradores en orden secuencial de participación, que están descritos en la presente.



**RESIDENTE NOMBRE SÁNCHEZ ACEVEDO BERTHA MAGALI
TESISTA Y AUTOR PRINCIPAL**



**E. EN M. F. HERRERA GONZÁLEZ NORMA
DIRECTORA DE TESIS E INVESTIGADORA RESPONSABLE**



**E. EN M. F. CARRILLO FLORES GISSELLE
CODIRECTORA DE TESIS E INVESTIGADORA ASOCIADA**

Lo anterior deberá realizarse en todos los casos con el fin de proteger los derechos de autoría y participación.