

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACION DE INVESTIGACION Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL CON ADHERENCIA TERAPEUTICA
EN SUJETOS CON HIPERTENSION ARTERIAL DE 25 A 60 AÑOS EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 93”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 75**

**TESIS
PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR**

**PRESENTA
M.C. MA. DE JESUS RAMIREZ MOSQUEDA**

**DIRECTORA DE TESIS
E. EN MF. WENDY SAUCEDO RAMIREZ**

REVISORES:

**PH.D.MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMAN
E.EN S.P. JAVIER CONTRERAS DUARTE
E. EN M.F. EDUARDO FLORES GONZALEZ
M. EN ED. RAUL AGUILAR ESPEJEL**

TOLUCA DE LERDO, ESTADO DE MÉXICO. 2020

“Asociación entre apoyo social con adherencia terapéutica en sujetos con hipertensión arterial de 25 a 60 años en la unidad de medicina familiar número 93.”

RESUMEN

Título: Asociación entre apoyo social con adherencia terapéutica en sujetos con hipertensión arterial de 25 a 60 años en la unidad de medicina familiar número 93.

Antecedentes: El apoyo social y la adherencia terapéutica influye de manera positiva en el control de la presión arterial ya que permite tener adherencia terapéutica aunado al apoyo que recibe del entorno familiar y extrafamiliar, esto permite la aceptación de su enfermedad y por lo tanto hacer conciencia de la magnitud de la misma tanto en su control, tratamiento, evolución, complicaciones, pronóstico de vida, la familia nos permite enfrentar situaciones adversas como una enfermedad y enfrentarla lo mejor posible.

Objetivo: Asociar el apoyo social con la adherencia terapéutica en sujetos con hipertensión arterial de 25 a 60 años de edad, atendidos en la unidad de medicina familiar número 93 del IMSS.

Material y Métodos: Estudio Observacional, transversal, prospectivo, analítico, en pacientes que acuden a la consulta externa de ambos turnos, diagnosticados con hipertensión arterial en el periodo de septiembre a diciembre del 2019, mediante un muestreo por cuotas de conveniencia hasta alcanzar una muestra de 400 sujetos. A todos se les aplicó el instrumento MOS para conocer el apoyo social y cuestionario MBG para conocer la adherencia terapéutica. Los resultados obtenidos se clasificaron en Excel y con el paquete estadístico (SSP) 22. El análisis descriptivo se llevó a cabo mediante medidas de tendencia central, se aplicó chi cuadrada para determinar la asociación de las variables cualitativas.

Resultados: El grupo de edad más frecuente fue de 56 a 60 años que corresponde a 220 sujetos de los 400, que representan el 55%; mientras que el género femenino predominó con el 73.8%, que corresponden a 295 sujetos; de acuerdo al nivel escolar predominó la primaria con 292 (73%); de acuerdo al tiempo de evolución de la hipertensión arterial 188 sujetos corresponden de 6 a 10 años de evolución (47%); Predominó el estado civil de casado con 359 (89.8%); de acuerdo a la actividad física se presentó adecuadamente en 243 (60.8%); de acuerdo a la dieta 387 (96.8%) corresponden a la básica; y de acuerdo a los 400 sujetos diagnosticados con hipertensión arterial 321 perciben apoyo social medio (80.3%), mientras 367 (91.9%) arrojaron percibir adherencia parcial.

Conclusión: Existe asociación entre apoyo social medio y la adherencia terapéutica parcial, es decir es significativa, al hallarse un valor p menor de 0.05.

Palabras clave: Apoyo social, adherencia terapéutica, hipertensión arterial.

SUMMARY

Title: Association between social support with therapeutic adherence in subjects with arterial hypertension aged 25 to 60 in the family medicine unit number 93.

Background: Social support and therapeutic adherence positively influences blood pressure control as it allows therapeutic adherence in addition to the support it receives from the family and extrafamily environment, this allows acceptance of their disease and therefore make awareness of the magnitude of it both in its control, treatment, evolution, complications, life prognosis, the family allows us to face adverse situations such as a disease and face it as best it can.

Objective: To associate social support with therapeutic adherence in subjects with high blood pressure aged 25 to 60 years, in the family medicine unit number 93 of IMSS.

Material and Method: Observational, cross-sectional, prospective, analytical study, in patients attending the external consultation of both shifts, diagnosed with high blood pressure in the period from September to December 2019, meeting the inclusion criteria, on average one sampling per convenience quota up to a sample of 400 subjects. All will answer the MOS instrument and MBG questionnaire. The results obtained are classified in Excel and with the statistical package (SSP) 22. The descriptive analysis was carried out using measures of central tendency, chi-square was applied to determine the association of qualitative variables.

Results: The most frequent age group was 56 to 60 years old, corresponding to 220 subjects of the 400, representing 55%; while the female gender predominated with 73.8%, corresponding to 295 subjects; according to the school level, primary school predominated with 292 (73%); according to the time of evolution of arterial hypertension 188 subjects correspond to 6 to 10 years of evolution (47%); Married marital status prevailed with 359 (89.8%); according to physical activity, it was adequately presented in 243 (60.8%); according to diet 387 (96.8%) correspond to the basic one; and According to the 400 subjects diagnosed with arterial hypertension 321 receive medium social support (80.3%), while 367 (91.9%) showed partial adherence.

Conclusion: There is an association between social support and therapeutic adherence, that is to say, it is significant, and since a P, value of less than 0.05 is found.

Keywords: Social support, therapeutic adherence, arterial hypertension.

INDICE

CONTENIDO	PÁGINAS
I. Marco teórico	1
II. Planteamiento del problema	14
II.1 Argumentación	14
II.2 Pregunta de investigación	14
III. Justificación	15
III.1 Científica	15
III.2 Académica	15
III.3 Social	15
III.4 Económica	16
IV. Hipótesis	17
IV.1 Alterna	17
IV.2 Nula	17
IV.3 Unidad de Observación	17
IV.4 Variables de estudio, variable dependiente e independiente	17
IV.5 Relación lógica entre variables	17
IV.6 Dimensión espacio-temporal	17
V.OBJETIVOS.	18
V.1.- Objetivo Generales	18
V.2.- Objetivos Específicos	18
VI. Método	18
IV.1 Tipo de Estudio	18
VI.2 Diseño	19
VI.3 Operacionalización de Variables	20
VI.4 Universo de Trabajo	22
VI.4.1 Criterios de Inclusión	23
IV.4.2 Criterios de Exclusión	23
IV.5 Instrumento de Investigación	24
VI.5.1 Descripción	24
VI.5.2 Validación	25
VI.5.3 Aplicación	25
VI.6 Desarrollo del proyecto	26
VI.7 Límite de tiempo y espacio	27
VI.8 Diseño de análisis	28
VII. Implicaciones éticas	28
VIII. Organización	34
IX. Créditos	34
X. Resultados y Discusión	35
XI. Cuadros y Gráficos	39
XII. Conclusiones	48
XIV. Sugerencias o recomendaciones	48

X. Bibliografía	49
XI. Anexos	52
XI.1 Cuestionario MOS de apoyo social	53
XI.2 Cuestionario MBG de adherencia terapéutica	54
XI.3 Hoja de recolección de datos	57
XI.4 Plática informativa de Hipertensión Arterial	59
XI.5 Tríptico de Hipertensión arterial	60
XI.6 Consentimiento informado	62

I.- MARCO TEORICO

La Hipertensión arterial definida como una presión arterial sistólica promedio de 140 mm Hg o más, o una presión arterial diastólica promedio de 90 mm Hg o más, es una enfermedad crónica con morbilidad significativa. Las personas con hipertensión tienen un mayor riesgo de enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia renal y enfermedad arterial periférica. En los Estados Unidos, la hipertensión afecta aproximadamente al 32% de los adultos no institucionalizados mayores de 20 años, y aproximadamente 67 millones de adultos en total. La prevalencia de la hipertensión difiere por edad, género, raza y etnia. Las estimaciones de prevalencia aumentan del 6.8% entre las personas de 18 a 39 años al 66.7% para las personas de 60 años o más. La hipertensión afecta al 29.4% de los hombres y al 27.5% de las mujeres, así como al 26.1% de los hispanos, al 27.4% de los blancos no hispanos y al 40.4% de los negros no hispanos. Se calcula que los costos directos de la hipertensión, incluidos los servicios de atención médica y medicamentos, fueron de \$ 69.9 mil millones en 2010, y que se gastaron \$ 23.6 mil millones adicionales para los costos indirectos de la hipertensión. ¹

La hipertensión es un factor de riesgo importante para las enfermedades cardiovasculares y especialmente para el accidente cerebrovascular. Para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular, los pacientes hipertensos deben ser tratados adecuadamente, ya sea a través de intervenciones de estilo de vida solo o en combinación con medicamentos. El tratamiento de la hipertensión falla cuando no se reconocen las barreras al tratamiento relacionadas con el paciente. Una mejor evaluación y comprensión de estas barreras permitirá una adaptación óptima de las intervenciones. ²

Aproximadamente 117 millones de estadounidenses viven con al menos una o más enfermedades crónicas, que a menudo requieren múltiples medicamentos de por vida para el control. La mejora de la adherencia a la medicación puede tener una mayor influencia en la salud de la población que en el descubrimiento de cualquier terapia nueva. Los medicamentos eficaces están disponibles para muchas afecciones y, sin embargo, los pacientes no son adherentes a su medicamento el 50% del tiempo. ²

En ciertos estados de enfermedad, condiciones potencialmente asintomáticas como la hipertensión, la incidencia puede acercarse al 80%. Los pacientes pueden ocultar su comportamiento de toma de medicación, a menudo motivados por emociones tanto del proveedor como del paciente. Los factores relacionados con el paciente tienen una mayor influencia al predecir la adherencia que las variables relacionadas con el proveedor o el pago. Aunque la mayoría de los médicos creen que la no

adherencia se debe a la falta de acceso o a la mala memoria, a menudo es una elección intencional por parte del paciente. Los predictores críticos de adherencia son la confianza, la comprensión y las relaciones entre el proveedor y el paciente, que están ausentes en las bases de datos actuales. Mejorar la adherencia a los medicamentos es la "próxima frontera en la mejora de la calidad". ³

El tratamiento de la hipertensión reduce el número de eventos cardiovasculares adversos y, por lo tanto, disminuye el impacto económico y de salud de la calidad de vida relacionada con la hipertensión. Se ha demostrado que la efectividad de las terapias utilizadas para tratar la hipertensión está estrechamente relacionada con la adherencia médica de los pacientes al tratamiento. Un nivel de buena adherencia necesario para que un tratamiento farmacológico sea efectivo se reconoce ampliamente que sea alrededor del 80% de la terapia prescrita. Las investigaciones existentes muestran que, en varios países europeos, el 60% de los pacientes hipertensos tratados tienen una adherencia a su tratamiento superior al 80%. La mala adherencia resulta en pérdidas severas en términos de eficacia clínica y económica, especialmente porque los eventos cardiovasculares que la adherencia total podría evitar se traducen en mayores costos de hospitalización. ⁴

La mala adherencia a la medicación prescrita y las recomendaciones de estilo de vida se han identificado como la causa modificable más importante de las disparidades en el control de la presión arterial y, en consecuencia, la aparición de complicaciones relacionadas con la hipertensión arterial sistémica. Mejorar la adherencia del paciente a las medidas terapéuticas es un primer paso esencial hacia la reducción de las disparidades étnicas observadas en el control de la presión arterial. ⁵

La detección, el tratamiento y el control de la hipertensión se consideran inadecuados en muchos países de ingresos altos; en los países de bajos ingresos, donde la conciencia acerca de la hipertensión es generalmente baja, la situación es aún peor. Un estudio reciente en los Países Bajos mostró que solo un tercio de los individuos con hipertensión estaban al tanto de su condición y entre los que lo sabían, alrededor del 60% fueron tratados, pero solo el 42% tenían su presión arterial bien controlada. Otro estudio en China informó que solo el 31% de las personas con hipertensión fueron tratadas y solo el 20% fueron controladas. En los Estados Unidos, el 65% de los individuos hipertensos recibió tratamiento y casi el 50% estaba controlado. En Venezuela, solo el 4.5% de los pacientes tratados tenían un buen control de la presión arterial. La mala adherencia se ha identificado como la principal causa de la incapacidad para controlar la hipertensión. La mala adherencia al tratamiento antihipertensivo es un factor de riesgo cardiovascular significativo, que muchas veces no se reconoce. La mala adherencia a la terapia antihipertensiva aumenta el riesgo de accidente cerebrovascular entre los individuos

hipertensos. Los objetivos más importantes para el control adecuado de la hipertensión son el cumplimiento diario y el cumplimiento terapéutico a largo plazo. Los estudios encontraron que los pacientes con hipertensión tienden a tomar menos de la mitad de sus medicamentos recetados.⁶

A pesar de los beneficios de los comportamientos de autocuidado de la hipertensión basados en la evidencia para mejorar la presión arterial, los pacientes hipertensos generalmente tienen poco cumplimiento con estos comportamientos. Recientemente, se ha hecho un mayor esfuerzo para mejorar el autocuidado general de los pacientes, por lo tanto, identificar y evaluar los factores que pueden influir en las conductas de autocuidado de los pacientes es crítico.⁷

Causas del aumento de la hipertensión en los países en desarrollo:

La magnitud de la presión arterial aumenta con la edad, y por lo tanto el desarrollo de la hipertensión, refleja una interacción compleja y dinámica entre los factores causales genéticos y ambientales.

Otros determinantes importantes de los niveles de presión arterial en la población son el sobrepeso y la obesidad, la inactividad física, el alto consumo de alcohol, y la diabetes, que se interrelacionan, pero de los cuales la obesidad sigue siendo el mayor factor de riesgo para el desarrollo y para el control deficiente de la hipertensión. De acuerdo con estas observaciones, la mayoría de las diferencias en la prevalencia informada de hipertensión en los países en desarrollo parecen explicarse por los niveles de obesidad entre las poblaciones respectivas. Una evaluación más reciente de 6 países de ingresos medios también mostró que la hipertensión se correlaciona con la obesidad. Algunos informes llegan incluso a sugerir que, al menos en los países en desarrollo, la presencia de hipertensión es esencial para que la obesidad sea un factor de riesgo para la mortalidad cardiovascular.

La occidentalización de los países en desarrollo es una terminología que se refiere no solo a altos niveles de inactividad física y obesidad, sino también al consumo de alimentos procesados, ricos en sal y altos en grasa en áreas urbanas. Las enfermedades cardiovasculares, especialmente los accidentes cerebrovasculares, aumentan con la occidentalización y con el aumento de las tasas de hipertensión y diabetes, aunque las poblaciones verdaderamente rurales todavía están relativamente protegidas.⁸

La medicación es el enfoque común y más reciente para el control de la hipertensión y los medicamentos que disminuyen la presión arterial son los medicamentos más comunes recetados por los médicos. A pesar de la disponibilidad de más de cien

medicamentos diferentes cuya efectividad ha sido demostrada en el tratamiento de la hipertensión, las tasas informadas de control de la presión arterial son muy decepcionantes.⁹

La hipertensión no controlada es causada por la falta de adherencia a los medicamentos antihipertensivos, los pacientes que comprenden sus regímenes de medicamentos ayudan a mejorar su adherencia, lo que ayudará a prevenir las complicaciones de la hipertensión que son debilitantes y, si no se previenen, pueden aumentar la carga de una enfermedad que ya está en aumento.

En general, se cree que los medicamentos antihipertensivos son eficaces para reducir la presión arterial alta y se ha demostrado que reducen significativamente el riesgo de enfermedad cardiovascular. Se piensa además que los beneficios del paciente a la medicación antihipertensiva pueden reducirse debido a la baja adherencia, mientras que la no adherencia puede ser involuntaria (como olvidar) o puede ser intencional, por lo que los pacientes deciden no tomar el tratamiento basándose en creencias personales sobre su enfermedad y tratamiento.⁹

Definición de adherencia al tratamiento

La Organización Mundial de la Salud adoptó en 2003, la versión fusionada de la definición de adherencia para Haynes y Rand. La adherencia es “la medida en que la medicación que toma el comportamiento de una persona, después de una dieta y / o la ejecución de cambios en el estilo de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas del proveedor de atención médica”.¹⁰

Epidemiología de adherencia en hipertensión arterial

La adherencia a los medicamentos antihipertensivos disminuye después de iniciar el tratamiento, ya que aproximadamente el 10% de los pacientes pierde una dosis en un día determinado y cerca de la mitad de los pacientes con hipertensión arterial suspenden la medicación un año después de la prescripción. Entre los pacientes con hipertensión arterial presumiblemente resistente, 43 a 65.5% de ellos son no adherentes a los medicamentos.¹¹

Yue et al. refiere que la tasa de pacientes que se adhieren a los regímenes de medicamentos en el mundo real oscila entre el 20% y el 80%. La variación de la tasa de adherencia a la medicación está relacionada con algunos factores, como la diferencia en los métodos para medir la adherencia y la población de estudio. En el estudio de Yue et al. se describe que cerca de la mitad de los participantes no se adhirieron perfectamente a sus regímenes de medicamentos, ya que el 26.3% y el

22.0% de los pacientes mostraron una adherencia a la medicación baja y media, respectivamente.

Además, varios estudios han encontrado que la adherencia a la medicación subóptima es una causa importante para el control subóptimo de la presión arterial. Ese mismo estudio confirma además que, ajustados por factores sociodemográficos, clínicos y relacionados con el paciente, la adherencia óptima a la medicación se asocia significativamente con un mejor control de la presión arterial sistólica, mientras que la asociación con el control de la presión diastólica es relativamente débil.¹²

Coste-efectividad del monitoreo de fármacos

La alta prevalencia de adherencia deficiente en pacientes con hipertensión aparentemente resistente plantea el problema de la eficacia en función de los costos de la monitorización de fármacos. En el sistema de salud alemán, el costo de la cromatografía líquida de alto rendimiento junto con la espectrometría de masas es de 60 € por prueba. Esto puede parecer mucho, pero es necesario comparar esta inversión con el costo global de administrar pacientes hipertensos resistentes. Esto incluye descartar la hipertensión secundaria, los costos de medicamentos antihipertensivos adicionales y, en algunos casos, el costo de nuevas terapias basadas en dispositivos, como las terapias de activación con barorreflejos o denervación renal. El costo para la detección de una forma secundaria de hipertensión arterial es > 250 €, y se espera que el rendimiento sea bajo. Además, se estima que los medicamentos adicionales, 1 o 2 tabletas por paciente, durante un período de solo 6 a 12 semanas cuestan tanto como la cromatografía de líquidos con espectrómetro de masas.

Más recientemente, utilizando un modelo de Markov para evaluar la relación de costo-efectividad incremental, Chung et al demostraron que el manejo óptimo de la hipertensión resistente, incluido el monitoreo de medicamentos, es rentable en un amplio rango de edad (30 a 90 años) en comparación con el manejo óptimo sin vigilancia de fármacos.¹³

Factores asociados a la adherencia

Si bien la adherencia a la medicación es necesaria, una evaluación de los factores que contribuyen a la falta de adherencia es importante para identificar las razones que conducen a una baja adherencia y al fracaso terapéutico resultante. La comprensión de estos factores puede ayudar a configurar futuras intervenciones y

programas destinados a aumentar la adherencia a la medicación en pacientes con hipertensión incorporando la percepción de la enfermedad, las creencias sobre los medicamentos y la carga percibida de la enfermedad para lograr los resultados deseados del paciente.

Los problemas de adherencia al fármaco se caracterizan por dos patrones principales: no persistencia y buena persistencia, pero implementación deficiente del régimen de dosificación (principalmente dosis olvidadas y descartes de medicamentos).¹⁴

La identificación del problema es crucial ya que la estrategia de prevención depende del tipo de patrón. La implementación subóptima puede llevar a un mal control de la presión arterial, lo que a su vez puede conducir a la no persistencia. Además de determinar si se toman medicamentos, es importante evaluar la adherencia al mismo. La dificultad de evaluar con precisión la adherencia se destaca en un estudio de Meddings et al. donde los proveedores de atención primaria reconocieron la falta de adherencia en menos de la mitad de los pacientes que tenían brechas significativas en su historial de recarga.¹⁵

Los principales factores que probablemente afectan la adherencia del paciente al tratamiento están relacionados con 1) las características del paciente como la edad, el sexo, el estado civil, la religión, el estilo de vida, los aspectos culturales y las creencias sobre la salud; 2) características de la enfermedad como la cronicidad y los efectos nocivos a largo plazo; 3) aspectos del tratamiento farmacológico, tales como los efectos indeseables de los medicamentos y las dosis complejas; 4) aspectos institucionales; y 5) la relación entre el paciente y los miembros del equipo sanitario. Con respecto a esto último, la inclusión de miembros del equipo de atención médica, como la enfermera, tiende a favorecer la adherencia al tratamiento. Es importante destacar que el contacto telefónico también afecta positivamente la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas.¹⁶

Factores que influyen en la adherencia.

Factores que mejoran la adherencia:

- Ingesta de medicamentos a largo plazo (> 5 años).
- Conciencia de la necesidad de un tratamiento a largo plazo.
- Bajo número de toma diaria de fármacos.
- Edad avanzada (por ejemplo, > 60 años para medicamentos anticonvulsivos o antihipertensivos)

- Estado Civil: Casado
- Apoyo social
- Satisfecho con la terapia.
- Experiencia de efectividad.
- Seguimiento sistemático, cercano.
- Buena conciencia y conocimiento de la terapia.
- Tiempos cortos de espera al visitar al médico y entre visitas.

Factores que perjudican la adherencia:

- Trastorno crónico
- Pocos o ningún síntoma.
- Larga duración del tratamiento.
- Varias dosis requeridas todos los días (desde solo > 2 / d)
- Esquemas complejos de tratamiento.
- Efectos adversos o miedo a tales efectos.
- Medidas que perjudican la vida cotidiana.
- Edad más joven (por ejemplo, < 60 años para medicamentos antihipertensivos)
- Hombre, soltero
- Bajo nivel de educación.
- Falta de apoyo social
- Falta de comunicación entre médico y paciente.
- No hay información o es insuficiente.
- Ignorar los problemas de adherencia. ¹⁷

Cuando evaluar la no adherencia

Dada la alta incidencia de falta de adherencia en pacientes que se presentan con "hipertensión resistente", se sugiere la detección de la no adherencia en todos estos pacientes. Se ha demostrado que aproximadamente uno de cada tres pacientes remitidos por denervación renal no está adherido a su tratamiento antihipertensivo.^{16,17}

Los datos recientes del ensayo DENERHTN sugieren que la falta de adherencia es incluso más común entre los pacientes en los que se realizó denervación renal. Por lo tanto, vale la pena considerar la detección de la falta de adherencia en pacientes con hipertensión resistente antes de intervenciones irreversibles y costosas, como la denervación renal.

Hay un subgrupo de pacientes que se considera que tienen hipertensión refractaria. Esto se define como pacientes que tienen presión arterial descontrolada a pesar de estar recibiendo ≥ 5 medicamentos antihipertensivos (generalmente con dos diuréticos) y bajo atención especializada para su hipertensión. Se cree que la prevalencia está entre el 3 y el 10% de los pacientes remitidos con hipertensión resistente no controlada a una clínica especializada. La prevalencia de la hipertensión refractaria se estima en un 0.5% de todos los hipertensos.¹⁷

Según la experiencia de Gupta et al., es probable que un número abrumador de pacientes en monoterapia sea adherente y, por lo tanto, es poco probable que las pruebas de no adherencia sean beneficiosas o rentables en este grupo de pacientes. Por el contrario, a medida que aumenta la cantidad de medicamentos, es más probable que los pacientes no sean adherentes. Por lo tanto, sería útil probar la falta de adherencia si no hay una respuesta esperada en la presión arterial en pacientes con tratamiento antihipertensivo óptimo, incluso si no satisfacen la definición de hipertensión resistente.¹⁸

Métodos directos de evaluación

La terapia directamente observada se utiliza para garantizar la ingesta de medicamentos antes de evaluar el efecto del tratamiento. En la evaluación de pacientes hipertensos, el método se basa en que el paciente toma los medicamentos prescritos del envase original en las dosis correctas, mientras lo observa un médico o una enfermera capacitada, antes de la medición ambulatoria de la presión arterial. A menudo se observa al paciente durante algún tiempo para evitar que escupa los medicamentos o los vomite, y por razones de seguridad, ya

que un paciente no adherente puede experimentar una hipotensión grave cuando todos los medicamentos se toman de una vez.

La monitorización terapéutica de fármacos es otro método directo y se basa en la detección y cuantificación de medicamentos antihipertensivos. Los análisis pueden realizarse con respecto a los fármacos antihipertensivos activos, o más fácilmente mediante la detección de metabolitos de los fármacos en muestras de sangre u orina.

Las mediciones se basan en la precipitación y la extracción en fase sólida con la posterior cromatografía de líquidos con espectrómetro de masas. La monitorización terapéutica de fármacos se usa ampliamente en la práctica clínica en relación con una variedad de medicamentos diferentes, p. Ej. Para controlar las concentraciones séricas de antiepilépticos o antidepresivos. Los análisis de antihipertensivos se utilizan principalmente en investigación o medicina forense, a pesar de estar disponibles para uso clínico en los EE. UU. y en varios países europeos.¹⁹

Cuestionario para la evaluar la adherencia terapéutica (MBG)

El cuestionario Martín-Bayarre-Grau (MBG) fue desarrollado para medir adherencia en hipertensión arterial en población cubana y que consiste en 12 preguntas con 5 opciones de respuesta tipo Likert, presenta validez de contenido y un alfa de Cronbach de 0.88. La adherencia terapéutica se clasifica como óptima (38 a 48 puntos), parcial (18 a 37 puntos) y no adherido (0 a 17 puntos).^{20,21}

Nuevas estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento

Existen estrategias específicas que deben considerarse para su inclusión en una intervención de adherencia a la medicación antihipertensiva. Se sabe desde hace mucho tiempo que la simplificación del régimen, a través de la administración una vez al día, es eficaz para mejorar la adherencia a la medicación. Del mismo modo, el uso de tabletas combinadas puede promover la adherencia a la medicación en un solo estudio, la razón de probabilidades multivariadas para lograr la proporción de días cubiertos: 80% a los 6 meses de seguimiento con una sola tableta combinada de amlodipino / atorvastatina versus varias combinaciones de tabletas separadas que variaron de 1.95 a 3.10. Finalmente, la telemonitorización de la presión arterial en el hogar y las intervenciones basadas en el hábito tienen mayores efectos en los resultados de salud en comparación con otras intervenciones, pero la evidencia de mayores efectos en la adherencia es limitada.

Tres intervenciones prometedoras adicionales para mejorar la adherencia a la medicación incluyen la reducción de los costos de desembolso, el uso de profesionales de la salud aliados para promover la adherencia a la medicación y el autocontrol de la presión arterial.²²

Definición de apoyo social

El apoyo social se refiere a tener una variedad de enlaces sociales que son accesibles como recursos para los beneficios personales. El apoyo estructural se refiere a la existencia e interconexiones entre los lazos sociales, que incluyen el estado civil, el número de personas en el hogar y el número de contactos sociales. El soporte funcional se refiere a la utilidad del contacto social para proporcionar una función específica, como el apoyo emocional, la ayuda tangible o instrumental, los sentimientos de pertenencia y el apoyo informativo.¹⁰

Modelo conceptual

El modelo conceptual adaptado de Hill-Levine proporciona un marco para la conceptualización de factores que afectan positiva o negativamente las conductas de adhesión que conducen a mejores resultados de salud. El modelo Hill-Levine fue adaptado del modelo PRECEDE-PROCEED. PRECEDE es un acrónimo de predisposición, refuerzo y habilitación de construcciones en el diagnóstico y la evaluación educativa. PROCEED es un acrónimo de políticas, regulaciones y construcciones organizativas en el desarrollo educativo y ambiental. Las variables que median los resultados son los factores predisponentes del conocimiento, las actitudes y las creencias; el factor habilitador de los recursos sanitarios; y el factor reforzador del apoyo social.²³

Dimensiones del apoyo social

Dos mecanismos principales pueden explicar el impacto generalizado del apoyo social en la salud: las vías de amortiguación del estrés y los efectos principales. De acuerdo con el modelo de amortiguación del estrés, el apoyo social promueve la salud al proporcionar los recursos psicológicos y materiales necesarios para enfrentar el estrés, mientras que el modelo de efecto principal sostiene que el apoyo social tiene un efecto beneficioso sobre la salud, ya que respalda los recursos psicológicos positivos (por ejemplo, la identidad), propósito, autoestima y regulación de la emoción) que inducen respuestas fisiológicas y de comportamiento que

promueven la salud, independientemente de si los individuos experimentan o no una condición de estrés.¹⁰

Más importante aún, se ha encontrado que diferentes dimensiones del apoyo social tienen efectos distintos en la salud, lo que destaca la necesidad de desenredar el patrón específico de asociaciones entre las diversas dimensiones del apoyo social y los efectos relacionados con la salud.¹⁰

A este respecto, varias facetas del apoyo social pueden conceptualizarse en términos de dos dominios amplios: apoyo social estructural y funcional. El apoyo social estructural se refiere a la estructura de la red social que rodea a un individuo y se opera principalmente de manera empírica como estar casado y vivir con alguien. El apoyo social funcional se refiere a la ayuda y aliento que su red social proporciona al individuo y puede operacionalizarse empíricamente como apoyo social emocional, instrumental e informativo. Se ha encontrado que el apoyo social estructural tiene principalmente un efecto principal en la salud, mientras que el apoyo social funcional desempeña un papel más importante en situaciones estresantes (efecto amortiguador).²⁴

Escala de apoyo social percibido MOS

La escala consta de 20 ítems; el primero mide el tamaño de la red social, y los restantes miden 4 dimensiones del apoyo social percibido (interacción social positiva, apoyo afectivo, instrumental y emocional/informacional) mediante una escala tipo Likert de 5 puntos. Se encuentra ampliamente validada en la literatura y ha demostrado excelentes características métricas.²⁵

La escala MOS ha pasado por varios estudios de validación y adaptación transcultural; pero ha sido de interés particular la validación realizada en Colombia por Londoño et al. en personas sanas, que arrojó una adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach de .941) para el total de la escala, además el análisis factorial confirmatorio mostró buenos índices de bondad de ajuste para tres factores.²⁶

Relación entre apoyo social e hipertensión

Existe una vasta y creciente literatura que vincula el apoyo social a la hipertensión, a menudo incluso sugiere una relación causal. Por ejemplo, un estudio inicial, realizado por Rose, Hurst y Herd en 1979 encontró que los controladores de tránsito aéreo que buscaban el contacto interpersonal en momentos de estrés tenían una

presión arterial menos elevada que aquellos clasificados como "solitarios". Knox et al. en 1985 examinaron hombres suecos entre las edades de 26 y 32 años, con la esperanza de evitar así posibles confusiones causadas por las edades avanzadas o variables de los sujetos. Su muestra, que incluía hipertensos, normotensos e hipotensos, encontró una relación inversa entre el número de contactos sociales informados por los sujetos y su presión arterial.²⁷

Dressler et al. en 1986 probaron esta simple correlación al comparar los efectos sobre la presión arterial del número de contactos sociales informados y la cantidad de apoyo social informado de amigos, familiares, vecinos y compadres (parientes rituales) entre los residentes del centro de México. Entre los hombres, encontraron que las cuatro medidas de apoyo social estaban relacionadas negativamente con la presión arterial, pero que la cantidad de contacto social estaba positivamente relacionada con la presión arterial. Como tal, parecía que el apoyo social, y no las relaciones sociales en general, estaban asociados con una presión arterial más baja.²⁷

Apoyo social y adherencia al tratamiento

Está bien documentado que los pacientes de circunstancias sociales aisladas o alteradas tienen menos probabilidades de ser buenos cumplidores que aquellos con familias estables y / o amigos útiles. Sin embargo, solo recientemente se han realizado estudios sistemáticos de intentos de generar o dirigir apoyo social para mejorar el cumplimiento de la terapia antihipertensiva. Estos estudios no han mostrado un efecto independiente sobre el cumplimiento de los intentos de promover el apoyo social, pero sus resultados deben considerarse como preliminares.²⁸

Los factores sociales también afectan la adherencia a la medicación y la persistencia con pruebas sólidas que sugieren que el apoyo brindado por los miembros de la familia, los miembros de la red social de un paciente y los proveedores de atención médica se asocian sistemáticamente con mayores tasas de adherencia. Varios estudios sugieren que vivir solo o ser soltero, puede estar asociado con niveles más bajos de apoyo, se asocia con disminuciones en las tasas de adherencia y persistencia de la medicación.²⁹

Los adultos mayores que viven solos, particularmente aquellos con deterioro cognitivo, tienen un mayor riesgo de no adherencia y no persistencia a la medicación. Un entorno de vida o en el hogar estable se asocia con una mayor adherencia, mientras que la falta de vivienda se asocia con una disminución de las

tasas de adherencia, en particular para los pacientes con VIH y aquellos que reciben tratamiento para trastornos psiquiátricos.²⁹

La influencia social se ha reportado como una barrera y un facilitador para mejorar el control de la hipertensión arterial. Khatib et al. reportó que la falta de apoyo social, principalmente de la familia, afectó la adherencia a la medicación y el cambio de estilo de vida.²⁹

Los estudios reportados por Khatib et al. también informaron que tener que cocinar para uno mismo de manera diferente al resto de la familia se percibía como una barrera. La presión social también se informó como una barrera para un estilo de vida más saludable.³⁰

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 Argumentación: La hipertensión arterial es el factor de riesgo más importante para producir enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal y enfermedad cerebro vascular. En el mundo las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año.

Existen múltiples factores que están relacionados con el descontrol de la hipertensión arterial, como la falta de adherencia terapéutica, el poco conocimiento de la enfermedad, la falta de voluntad para llevar a cabo el tratamiento, la manera de mejorar su estado de salud, todo esto compromete la efectividad del tratamiento.

El propósito de este estudio fue identificar el grado de apoyo social que tienen los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial, y el impacto en la salud del individuo al llevar una adherencia terapéutica lo más apegada posible, se les brindo toda la orientación que ellos requerían para forjar un compromiso en el cambio positivo tanto en su estilo de vida como en la manera de adaptarse a la sociedad aun teniendo la enfermedad, logrando con ello un buen control de la enfermedad, para así evitar a corto plazo sus complicaciones y disminuir los costos para el instituto al tratar complicaciones.

II. 2 Por lo que surge la siguiente pregunta de Investigación:

¿Cuál es la asociación entre apoyo social con adherencia terapéutica en sujetos diagnosticados con hipertensión arterial de 25 a 60 años en la unidad de medicina familiar número 93?

III.- JUSTIFICACIÓN

III.1 Científica: Las enfermedades cardiovasculares representan los 40% de la mortalidad en países desarrollados y alrededor del 28% en los países no desarrollados, la hipertensión arterial es el factor de riesgo que produce enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal y enfermedad cerebro vascular.

En el Instituto Mexicano del Seguro social, institución que cubre un poco más de la mitad de los mexicanos, se otorgan más de 600 000 consultas por hipertensión arterial en un año y se ven aproximadamente 30 000 pacientes nuevos hipertensos cada año.

III. 2 Académica: El siguiente estudio es con la finalidad de obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar como parte del desarrollo como profesional de la salud y como logro personal de superación.

III.3 Social: En este estudio se identificó la asociación entre apoyo y adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial adscritos en la UMF no. 93, con la finalidad de conocer de qué manera interviene la familia y los amigos para el buen control de su enfermedad, aunado con el apego farmacológico.

Dentro de las acciones del Médico familiar esta la realización detallada de la historia clínica, donde se abarca el estilo de vida, para identificar si el paciente tiene mayor riesgo cardiovascular debido a su estilo de vida, herencia, enfermedades concomitantes, a que se dedica, entre otros aspectos relevantes de su vida además del estudio de salud familiar, este es una herramienta fundamental para el estudio integral de la familia y su entorno, esto genera conocimiento sobre la relación de la familia con la salud de cada uno de sus integrantes, nos permite ver a la familia como un grupo social de apoyo incondicional, ya sea de familiares cercanos o su grupo de amigos esto impactaría con el control de la hipertensión arterial, se lograría evitar el envío a segundo y tercer nivel para tratar las complicaciones ya que esto genera tanto a la institución para el paciente un costo alto, mejorar el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes. Evitaríamos complicaciones a corto plazo y sus consecuencias, tanto en el paciente como en su dinámica familiar.

III.4 Económica: Tomando en cuenta que el Médico Familiar es el primer contacto de un paciente con los servicios de salud y su función principal debe ser la preventiva, es de vital importancia que se realicen las actividades preventivas dirigidas a cada grupo de pacientes, por lo que es necesario se considere la

magnitud del problema ya que las complicaciones de dicha patología pueden ser fatales a corto, mediano o largo plazo, afectando la calidad de vida de los pacientes; además se debe considerar el impacto social, familiar y económico que esto representa. Si el Médico familiar logra el control de estos pacientes se disminuirían o por lo menos se retrasarían de forma sustancial las complicaciones y como consecuencia se reducirían los costos al sistema de salud con lo cual se lograría un mejor costo-beneficio.

IV.- HIPÓTESIS

Existe máximo grado de apoyo social asociado con adherencia terapéutica total en sujetos diagnosticados con hipertensión arterial de 25 a 60 años en la unidad de medicina familiar número 93.

IV.1 Hipótesis alterna

Existe medio grado de apoyo social asociado con adherencia terapéutica parcial en sujetos diagnosticados con hipertensión arterial de 25 a 60 años en la unidad de medicina familiar número 93.

IV.2 Hipótesis Nula

No existe máximo grado de apoyo social asociado con adherencia terapéutica total en sujetos diagnosticados con hipertensión arterial de 25 a 60 años en la unidad de medicina familiar número 93.

Elementos lógicos de la hipótesis

IV.3 Unidades de observación: 400 pacientes con Hipertensión Arterial diagnosticados en la unidad de medicina familiar número 93, Ecatepec de Morelos en el año 2019.

IV.4 Variables de estudio:

IV.4.1 Variable Dependiente: Hipertensión arterial

IV.4.2 Variable Independiente: Apoyo social y adherencia terapéutica

IV.5 Relación lógica entre variables: Máximo, total.

IV.6 Dimensión espacio-temporal: Septiembre a diciembre de 2019 en la unidad de medicina familiar número 93 Ecatepec de Morelos, Estado de México.

V.- OBJETIVOS

V.1.- OBJETIVO GENERAL:

Asociar el apoyo social con la adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial de 25 a 60 años de edad, atendido en la Unidad de Medicina Familiar número 93.

V.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar la edad, género, escolaridad, estado civil, en sujetos con hipertensión arterial
- Identificar el tiempo de evolución en los sujetos en estudio.
- Identificar la realización de actividad física y dieta en los sujetos en estudio
- Describir el apoyo social en los pacientes en estudio.
- Describir la adherencia terapéutica en los pacientes en estudio.
- Describir la asociación entre apoyo social y la adherencia al tratamiento a través de estadística inferencial en los pacientes en estudio.

VI.- MÉTODO

VI.1.- Tipo de estudio:

Observacional: Se presencian los fenómenos sin modificar intencionalmente las variables, es decir no existe manipulación de las variables.

Transversal: No se hace seguimiento, las variables de resultados son medidas una sola vez.

Analítico; los datos arrojados serán analizados y se harán inducciones sobre las variables que se estudian.

Prospectivo: Se define previamente y con precisión la forma de recolección de datos, se planea a futuro. La información se recolecta en cuestionarios diseñados exprofeso.

VI.2.- DISEÑO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio en sujetos con hipertensión arterial de 20 a 65 años en la Unidad de Medicina Familiar número 93, quien cuenta con un universo de estudio de 15677 sujetos diagnosticados con hipertensión arterial, de los cuales 400 cumplen con los criterios de inclusión a quienes se les aplico previo consentimiento informado la escala de apoyo social y adherencia terapéutica.

VI.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION TEORICA	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDICION
APOYO SOCIAL	Presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas.	Se medirá a través de la escala MOS de apoyo social 1.máximo 95 puntos 2. medio 57 puntos	Cualitativa	Ordinal	- Máximo - Medio - Mínimo
ADHERENCIA TERAPEUTICA	Grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida.	Se medirá a través de la escala MGB 1. Adheridos totales:38-48 puntos 2.Adheridos parciales: 18-37 3.No adheridos:0-17 puntos	Cualitativa	Nominal	-Adheridos totales -Adheridos parciales -No adheridos

EDAD	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Número de años vividos hasta el momento	Cuantitativa	Discreta	- Edad en años
GÉNERO	Conjunto de personas o cosas que tienen características generales comunes.	Característica física que diferencia entre masculino y femenino	Cualitativa	Nominal	- Masculino - Femenino
NIVEL ESCOLAR	Grado de desarrollo de una persona o cosa en relación a otras.	Certificado obtenido hasta el momento	Cualitativa	Ordinal	- Analfabeta - Primaria - Secundaria - Nivel superior
TIEMPO DE EVOLUCION DE LA HIPERTENSION ARTERIAL	Periodo durante el que se desarrolla una acción o proceso	Inicio de la hipertensión arterial hasta ahora	Cuantitativa	Discreta	- Años
ESTADO CIVIL	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a la sociedad	Manera de vivir en la sociedad	Cualitativa	Nominal	- Soltero - Casado

ACTIVIDAD FÍSICA	Todo movimiento del cuerpo que hace trabajar a los músculos y requiere más energía que estar en reposos	Rutina de ejercicios que se realizan	Cualitativa	Nominal	-Si -No
DIETA	Conjunto de sustancias alimenticias que un ser vivo toma habitualmente	Todos los alimentos que consume una persona al día	Cualitativa	Nominal	-Básica -Terapéutica

VI.4.- UNIVERSO DE TRABAJO

El universo de trabajo fueron los sujetos de 25 a 60 años de edad diagnosticados con hipertensión arterial derechohabientes de la unidad de medicina familiar número 93.

El tamaño de la muestra se realizó por medio de una proporción finita o conocida, que cuenta con una población 15677 sujetos con hipertensión arterial, con un error alfa de 0.05 y un nivel de confianza de 0.95%, con una prevalencia de la enfermedad de 0.50, precisión de 0.05, resultando una muestra de 400 sujetos con hipertensión arterial.

Se realizó por muestreo no probabilístico a conveniencia.

VI.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Sujetos con diagnóstico confirmado de hipertensión arterial de 20 a 65 años en estadio I y II (sístole >140 y diástole >100 mmHg) a partir de 13 meses de evolución que cuenten con su cartilla de salud y presenten anotadas las tomas de presión arterial de dos meses anteriores a la fecha de la consulta.
- Sujetos atendidos en ambos turnos adscritos en la UMF 93.
- Sujetos que aceptaron la participación del estudio, bajo consentimiento informado.

VI.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Sujetos que tuvieron alguna otra enfermedad crónica.
- Sujetos de reciente diagnóstico menor a 13 meses.
- Sujetos con alguna complicación como nefropatía, accidente cerebrovascular.
- Sujetos que consumían más de tres medicamentos antihipertensivos.
- Sujetos que no contaron con cartilla de salud o cualquier anotación de sus cifras de presión arterial con anterioridad.

VI.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Encuestas incompletas.
- Encuestas no legibles.
- Pacientes que expresaron su deseo de salir del estudio o no participar.

VI.5 INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

Cuestionario de MOS (apoyo social)

VI.5.1 Descripción:

Es un instrumento desarrollado por Sherbourne y cols. en pacientes participantes del Medical Outcomes Study (MO) permite conocer la red familiar y extrafamiliar.

Se caracteriza por ser breve, fácil comprensión, permite investigar el apoyo global y sus cuatro dimensiones: afectiva, interacción social positiva, instrumental e informacional.

VI.5.2 Validación:

Fue adaptado y validado en castellano en España por de la Revilla, Luna del Castillo, Bailon y Medina en el 2005, con 301 pacientes con enfermedades crónicas y se encontraron tres factores, el apoyo emocional/informacional, el apoyo afectivo y el apoyo instrumental con valores de alfa Cronbach de 0.941,0.855 y 0.870 respectivamente. Está constituido por 20 ítems, el primero dimensiona el número de amigos íntimos y familiares cercanos que tiene el entrevistado, mide el tamaño de la red social; los demás se estructuran de acuerdo a la escala de Likert que puntúa de 1 (nunca) a 5 (siempre).

Mide la escala siguiente:

- Apoyo emocional: ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19. Puntuación máxima: 40, media: 24 y mínima: 8.
- Ayuda material o instrumental: ítems 2, 3,12 y 15. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.
- Relaciones sociales de ocio y distracción: ítems 7, 11, 14 y 18. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.
- Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño: ítems 6,10 y 20. Puntuación máxima: 15, media: 9 y mínima: 3.

El índice global máximo de apoyo social es de 95, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19

VI.5.3 Aplicación:

Su administración puede ser individual o colectiva y posee un tiempo de aplicación de 15 minutos con máximo de 20 minutos, para lo que se utiliza un lápiz y borrador.

VI.6 CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA MBG (MARTÍN– BAYARRE–GRAU)

VI.6.1 Descripción:

Instrumento útil para medir adherencia tanto farmacológica como no farmacológica, además toma en cuenta algunos antecedentes personales como escolaridad, si realiza ejercicio, dieta, además de ficha de identificación.

VI.6.2 Validación:

Es un instrumento validado Martín L, Bayarre V, Grau J. permite evaluar la adherencia terapéutica, adaptado en la Habana, 2008. Rev Q Salud Pública; Con un Alfa de Cronbach de 0.889.

Consta de 12 ítems en forma de 12 afirmaciones que incluyen las categorías que se considera conforman la definición operacional de adherencia terapéutica. Estas categorías son:

Cumplimiento del tratamiento: Es la ejecución por la persona de las indicaciones médicas prescriptas. Ítems 1, 2, 3 y 4.

Implicación personal: Es la búsqueda por el paciente de estrategias para garantizar el cumplimiento de las prescripciones con la ejecución de los esfuerzos necesarios. Ítems 5,6, 8, 9 y 10.

Relación transaccional: Es la relación de colaboración establecida entre el paciente y su médico para instaurar el tratamiento y elaborar la estrategia a seguir que garantice su cumplimiento y aceptación por ambos. Ítems 7, 11 y 12.

Se le da al paciente la opción de respuesta en una escala de Lickert compuesta por cinco posibilidades que van desde siempre, hasta nunca marcando con una x la periodicidad que considera ejecuta lo planeado.

Para calcular la puntuación obtenida por cada paciente se asignó el valor 0 a la columna nunca, 1 a casi nunca, 2 para a veces, 3 a casi siempre y 4 a siempre, siendo 48 la totalidad de puntos posibles a alcanzar.

El cuestionario recoge, además, datos generales del paciente (edad, género, ocupación, escolaridad, estado civil, años de diagnosticada la enfermedad y tipo de tratamiento farmacológico que tiene indicado).

Su calificación se establece a partir de la estimación de un puntaje que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente, considerando como adheridos totales a los que obtienen 38 a 48 puntos, adheridos parciales de 18 a 37 puntos, y no adheridos a los que obtienen entre 0 y 17 puntos, de modo que se pueda cuantificar con rapidez las respuestas del paciente y determinar tres tipos o niveles de adherencia al tratamiento.

VI.6.3 Aplicación:

Su administración puede ser individual o colectiva y posee un tiempo de aplicación de 20 minutos con máximo de 25 minutos, para lo que se utiliza un lápiz y borrador.

VI.6 DESARROLLO DEL PROYECTO

El presente estudio se realizó mediante trabajo de investigación analítico, descriptivo, longitudinal y prospectivo; en sujetos diagnosticados con Hipertensión Arterial de 25 a 60 años de la Unidad de Medicina Familiar número 93 del IMSS Ecatepec de Morelos, se realizó la recolección de datos para el marco teórico. Se registró protocolo, para ser revisado ante el Comité Local de Investigación para el análisis correspondiente, así como las modificaciones necesarias para complemento del mismo.

Una vez obtenida la información de las encuestas aplicadas a los pacientes hipertensos de 25 a 60 años se clasificó y tabuló con elaboración de cuadros y gráficas por medio del programa EXCEL con Windows 10, y se clasificaron los datos en el programa SPSS (Paquete estadístico de ciencias sociales).

Se aplicó Estadística descriptiva: para las variables sociodemográficas mediante cálculo de frecuencia, proporciones y porcentajes; se presentaron con tablas, frecuencias absolutas y gráficas.

Muestreo no probabilístico a conveniencia, se captaron 400 sujetos de investigación que acudieron a consulta sin ser previamente seleccionados, tomando la muestra del total de los pacientes en atendidos en la unidad de medicina familiar número 93.

Dado que las variables que se asociaron son de tipo cualitativo, apoyo social y adherencia terapéutica, la prueba de hipótesis estadística para el análisis inferencial

que utilizamos fue chi cuadrada; la cual se calculó con un nivel alfa menor 0.05, y un intervalo de confianza del 95%.

VI.7 LIMITE DE ESPACIO: El presente estudio se realizó dentro de las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar número 93 del Instituto Mexicano del Seguro Social Ecatepec de Morelos, estado de México.

VI.8 LIMITE DE TIEMPO: La recolección de la información para el marco teórico se inició en Enero del 2019. La recolección de datos se realizó durante los meses de mayo a septiembre del año 2019.

VI.8 DISEÑO DE ANALISIS

a) Previa autorización por el comité local de ética e investigación y de las autoridades directivas de la Unidad de medicina familiar número 93, se aplicó los cuestionarios a los pacientes que se encontraban en sala de espera a los pacientes de acuerdo a los criterios de inclusión.

b) Me presenté con cada uno de ellos y les expliqué acerca de su valiosa participación explicando el objetivo del estudio y la actividad a realizar, así como los beneficios y riesgos acerca del mismo.

c) Una vez que aceptaron, se le proporcionó una carta de consentimiento informado para su lectura y firma, haciendo hincapié que todo seria de manera confidencial y que en cualquier momento que así lo decidieran podrían suspender el interrogatorio sin que tuvieran alguna repercusión acerca de su atención médica y tratamiento.

d) Posteriormente se procedió a realizar el cuestionario MOS de apoyo social que incluye 20 items, enseguida el cuestionario MBG de adherencia terapéutica que consta de datos el cual se encontró dividido en tres partes; la primera, que corresponde a los datos generales del paciente, que incluye: nombre, afiliación, edad, sexo, ocupación, nivel de escolaridad y años de diagnóstico de la enfermedad. La segunda sección midió variables en relación a tratamiento higiénico-dietético y tratamiento con medicamentos. La tercera que consto de 12 afirmaciones que miden el grado de adherencia terapéutica del paciente hipertenso.

e) Una vez obtenida la información, se seleccionaron los cuestionarios con letra legible y completa al 100%, se procedió a calificar los grados de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos de edad de 25 a 60 años, en estadio I y II según la JNC VIII.

f) Se llevó a cabo la discusión de los resultados y conclusiones; Así como recomendaciones, se les otorgó un folleto sobre la hipertensión arterial, se llevó a cabo la redacción e impresión del informe final

VII.- IMPLICACIONES ETICAS

Éste protocolo está apegado al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki y sus enmiendas, así como los códigos y normas Internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica. Se actuó en interés de los participantes en la investigación y de las comunidades involucradas, tomando en consideración la regulación nacional e internacional en materia de ética en la investigación.

La declaración de Helsinki adoptada por la 18 asamblea medica mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 asamblea mundial de Tokio, Japón, octubre 1975, la 35 asamblea medica mundial, Venecia Italia, octubre 1983 y la 41 asamblea medica mundial, Hong Kong, septiembre de 1989, donde su principio básico ha sido el respeto de la integridad del paciente, y que ha sido sometida a múltiples revisiones la más actual es la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013, por la Asociación Médica Mundial (AMM), donde se determina la importancia del consentimiento informado el cual es un “documento donde el paciente acepta participar una vez que se le han explicado todos los riesgos y beneficios de la investigación, en forma libre, sin presiones de ninguna índole y con el conocimiento que puede retirarse de la investigación cuando así lo decida”.

De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud vigente en México, Artículo 3ro, ésta investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyen a:

Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos: La hipertensión arterial actualmente es un problema de salud pública, ya que tiene una alta morbi-mortalidad a nivel mundial.

II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social. El presente estudio, demostró que el apoyo social, y la adherencia terapéutica; ayuda a que el medico oriente la necesidad de realizar cambios de hábitos alimenticios y actividad física, que en conjunto representan para el sujeto un factor protector y estabilizador de la hipertensión arterial, logrando con ello evitar llegar a la ingesta de varios medicamentos y procedimientos clínicos más severos.

III. A la prevención y control de los problemas de salud: El apoyo social aunado a la adherencia terapéutica es un factor protector ante la manera de llevar cualquier enfermedad o situación en que esté implicado.

VI. A la producción de insumos para la salud; la hipertensión arterial es una enfermedad que puede causar graves complicaciones y llevar a invalidez a quien la padece. Su prevención y manejo disminuiría el costo que produce año con año.

De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud vigente en México, Título Segundo Artículo De los Aspectos Éticos de la Investigación en seres Humanos.

Capítulo I, Artículo 17, éste trabajo se clasifico en categoría II, que lo ordena como Investigación con riesgo mínimo, debido a que es un estudio prospectivo que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamiento rutinarios.

La investigación con seres humanos conlleva riesgos, esto hace necesario garantizar condiciones éticamente aceptables en la producción de conocimiento, de tal forma que toda investigación que involucre seres humanos debe llevarse a cabo de acuerdo con normas éticas universalmente reconocidas. De este modo la presente investigación siguió las normas nacionales e internacionales citadas a continuación:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
- Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.
- Decreto por el que se crea el órgano desconcentrado denominado Comisión Nacional de Bioética.
- Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.
- Código de Nüremberg; Juicio de Nüremberg por el Tribunal Internacional de Nüremberg, 1947.
- Declaración de Helsinki, Asociación Médica Mundial, 2013.
- Informe Belmont, Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos de Investigación Biomédica y de Conducta, 1979..

A continuación, se citan los numerales o principios aplicables a la presente investigación:

Toda investigación en seres humanos debe de estar encaminada a mejorar o proporcionar un bien mayor a la población de estudio, salvaguardando su dignidad y su bienestar, evitando en todo momento la exposición de las personas a riesgos innecesarios (NOM-012-SSA3-2012 numeral 5.5 a 5.10 y 11.1; Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud última reforma publicada DOF 02-04-2014, Artículo 13 y 14; Código de Núremberg 1947, numerales II al VII; Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) Junio 1964, última actualización en la 59ª Asamblea General de la AMM, Seúl, Octubre 2008, numerales 2 al 8, 10, 12, y 16 al 19).

Se debe informar de forma clara y extensa a los individuos de estudio, familiares o representantes legales acerca de la investigación, sus riesgos y beneficios, y obtener por escrito el consentimiento informado de dichos individuos; así mismo, se debe respetar en todo momento la libertad del individuo para negarse a participar o retirarse en cualquier momento del estudio (NOM-012-SSA3-2012), numerales 10.6 a 10.8, 11.2 y 11.3.

Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud última reforma publicada DOF 02-04-2014 artículos 20 a 22; Código de Núremberg 1947, numerales I y IX; Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) Junio 1964, última actualización en la 59ª Asamblea General de la AMM, Seúl, Octubre 2008, numerales 20 al 26).

La información obtenida de los individuos de estudio debe de ser manejada de forma confidencial (NOM-012-SSA3-2012, numerales 5.12, 12.1 a 12.3; Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud última reforma publicada DOF 02-04-2014 artículo 16; Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) Junio 1964, última actualización en la 59ª Asamblea General de la AMM, Seúl, Octubre 2008, numeral 9).

Durante la realización de esta investigación se decidió tener como criterio de exclusión aquellos pacientes que cursaron con diagnóstico de hipertensión arterial menor a 13 meses y que consumían más de tres medicamentos antihipertensivos, que cursaron con otras enfermedades crónicas como enfermedad cerebro vascular, insuficiencia renal, ya que en diferentes artículos se menciona, que los pacientes con alguna complicación cardiovascular o uso prolongado de medicamentos presentan una mala adherencia terapéutica.

En esta investigación se cumplieron cabalmente los principios Bioéticos citados en el Reporte Belmont:

Respeto a la autonomía: El respeto a la autonomía reconoce la capacidad de las personas para la toma de decisiones, se le explicó al sujeto que contestara dos cuestionarios que hacen preguntas acerca de su vida personal y la relación con familiares y amigos, que lo más importante en este estudio es su integridad corporal su salud o inclusive su vida, que tiene derecho a recibir información veraz y oportuna, completa y adecuada acerca de la hipertensión arterial, por parte de su médico tratante, para que el sujeto pueda asumir las consecuencias prevenibles de la misma dejando que sea el sujeto quien elija de forma libre participar en el mismo, y éste principio se materializará a través de la firma de autorización en el consentimiento informado, implicando que no existen influencias o coerción.

Beneficencia y no maleficencia: Este principio contiene el imperativo ético de maximizar los posibles beneficios y minimizar los daños o riesgos potenciales. En todo momento se protegió la vida, se salvaguardará la dignidad, integridad, los derechos, la seguridad, privacidad y el bienestar de todos los participantes en la investigación; para esto previo permiso y autorización de la directora de la Unidad de Medicina Familiar 93, se identificó a los sujetos con hipertensión arterial de edad comprendida entre 25 y 60 años. Se prosiguió a la identificación y presentación del encuestador y se informó quien es el responsable de la investigación. Se les comunicó la finalidad del estudio y los objetivos de la investigación. La información proporcionada se manejó de forma confidencial, para así proseguir a la firma de aceptación voluntaria de participación en el estudio en el consentimiento informado por escrito.

Se tuvo la responsabilidad de reportar y garantizar la calidad y validez de los datos obtenidos durante la investigación.

Justicia: Este principio comprende la equidad e igualdad. En la investigación se trató con el mayor grado de respeto a todos los sujetos con hipertensión arterial de 25 a 60 años, sin distinción de género, credo, religión, nivel socioeconómico o procedencia. Respondiendo a las necesidades específicas de la población y los beneficios se distribuirán equitativamente.

Riesgos para el paciente:

Se aclaró que el presente estudio representaba un riesgo mínimo para la salud e integridad del sujeto; algunas preguntas del instrumento de apoyo social pregunta 6,10,20 pudieron causarle tristeza al sentirse solo ya que se habla del apoyo afectivo por parte de los familiares o amigos, la pregunta 2,3,12 y 15 les pudo provocar llanto o herir susceptibilidades al sentir que no cuenta con ayuda material para llevar a cabo su tratamiento médico, el cuestionario de adherencia terapéutica

la pregunta 7,11 y 12 pudieron irritarlo, incomodarlo o sentir enojo por creer que no lleva un buen control de su tratamiento por no tener buena comunicación con su médico y no contar con apoyo para la toma de sus medicamentos ya que aborda cuestiones de la relación médico paciente y apoyo de sus familiares en el seguimiento de su enfermedad.

Beneficios para el paciente:

Se les otorgo un tríptico de hipertensión arterial y una plática con duración de 60 minutos donde se abordó su definición, causas, factores de riesgo y protectores, complicaciones, medidas higiénico dietéticas favorecedoras para evitar complicaciones a corto plazo.

Alcance:

El presente estudio es una oportunidad para el médico familiar de identificar a aquellos sujetos hipertensos mal controlados, que además no cuentan con una red de apoyo y así hacer hincapié en la importancia de conocer su enfermedad, apegarse al cambio de estilo de vida y a la adherencia del tratamiento farmacológico, para evitar complicaciones a corto plazo.

Contribuciones:

Esta investigación apporto nuevos conocimientos acerca de la relación que existe entre la hipertensión arterial, el apoyo social con la adherencia terapéutica, representando en conjunto un factor protector para que los pacientes aceptaron su enfermedad, modificaron su estilo de vida, y se apegaron al tratamiento farmacológico, respetando los horarios y dosis establecidas, conociendo la magnitud de sus posibles complicaciones y cómo puede afectar a su dinámica familiar en sus aspectos sociales y económicos.

La investigación también tiene beneficios para la Unidad de Medicina Familiar, ya que el médico familiar puede controlar a los sujetos hipertensos disminuyendo la ingesta de medicamento farmacéutico, haciendo hincapié al paciente sobre los cambios de estilo de vida como realizar ejercicio, tener una buena alimentación balanceada evitando consumo de grasas y sal, que le ayudará al control de su peso; así como la importancia de conocer los aspectos y secuelas de su enfermedad, generando con ello tranquilidad personal, y buscar una red de apoyo social que facilita llevar acabo de manera rápida la aceptación de la

enfermedad y por lo tanto apegarse a su buen tratamiento farmacológico para obtener mejor control de la misma y por lo tanto evitar complicaciones a corto plazo en cuanto a su evolución y de manera económica prevenir un mayor gasto para el Instituto al no tener que realizar tratamientos costosos debido a su avance a segundo y tercer nivel de salud, y con esto no sufrir alteraciones en la dinámica familiar.

VIII. ORGANIZACIÓN

Tesista: M.C. Ma. De Jesús Ramírez Mosqueda.

Directora de tesis: E. en MF. Wendy Saucedo Ramírez.

IX. CRÉDITOS

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Humanos:

Residente de la especialidad de medicina familiar: Ma. De Jesús Ramírez Mosqueda.

Investigador principal: Dra. Wendy Saucedo Ramírez. Médico Especialista en Medicina Familiar.

Físicos: en la umf 93 del instituto mexicano del seguro social, en un consultorio que cuente con iluminación e inmobiliario.

Materiales:

- Computadora personal
- USB
- Conexión a internet
- Impresora
- Formato para autorización
- Formato de recolección de datos
- Material de oficina como lápiz, borrador, sacapuntas, copias, engrapadora.

X.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La adherencia terapéutica más prevalente fue parcial con el 91.8%, seguida de no adherencia en el 7.8%, y adherencia total en el 0.5%. Lo que no es concordante con el reporte de Yue et al. quién encontró que aproximadamente la mitad de los participantes no se adhirieron a sus regímenes farmacológicos a la perfección, ya que el 26.3% y el 22.0% de los pacientes mostraron adherencia a la medicación baja y media, respectivamente. ³²

Se ha encontrado que el método utilizado para evaluar la adherencia fue un moderador de la adherencia general. Específicamente, Magrin et al ha establecido que esta relación era más fuerte en los estudios en los que los investigadores no emplearon medidas de cumplimiento de autoinforme, sino otros métodos, como el método de conteo de píldoras y el índice de posesión de medicamentos. Por lo general, los investigadores están preocupados por el hecho de que la dependencia exclusiva de las medidas de autoinforme puede sobreestimar los resultados del estudio. ³³

El grupo de edad predominante fue el de 56 a 60 años con el 55%, seguido de 46 a 55 años con el 21.8%, 36 a 45 años con el 19.8%, y 25 a 35 años con el 3.5%. Lo que no es concordante con el reporte de Khan et al. dónde la mayoría de los sujetos que participaron tenían entre 30 y 40 años de edad y el mismo grupo de edad muestra una adherencia máxima (82%) a los medicamentos antihipertensivos. Sin embargo, un estudio realizado en América del Norte mostró que los participantes de 30 a 40 años tienen una baja adherencia en comparación con los mayores. Esta discrepancia en el resultado podría deberse a la razón por la cual las personas de la generación anterior tienen fuertes creencias falsas, como el miedo a tomar medicamentos, los efectos secundarios de los medicamentos y, por lo tanto, están más a menudo rodeados por los mitos sobre su enfermedad y medicamentos que podrían aumentar la tasa de incumplimiento.

Otra posible razón de esta diferencia en los resultados podría deberse a la poca comprensión de la hipertensión por parte de este grupo de edad y a la renuencia a aceptar la hipertensión como una enfermedad grave. Además, en países en desarrollo se informó que los pacientes mayores mostraron un mejor cumplimiento y se debió principalmente a una mejor estructura de apoyo social respaldada por un sistema familiar extendido que ha resultado en una mejor adherencia a la medicación. Otro estudio informó que la alfabetización de salud inadecuada, la cognición deteriorada y la disminución de las funciones hacen que los pacientes de edad avanzada sean más propensos a la no adherencia. ³⁴

La asociación entre apoyo social y la adherencia al tratamiento es significativa, al hallarse un valor p menor de 0.05. Lo cual ha sido documentado por diversos autores: Yue et al. refiere que los pacientes con mayor disponibilidad de orientación profesional o apoyo familiar tienen más probabilidades de adherirse a sus regímenes farmacológicos. Los efectos beneficiosos del apoyo social en la adherencia a la medicación se han documentado en muchos estudios, y el apoyo social podría ser brindado por familiares, amigos, profesionales de la salud, etc. Para superar las barreras a la adherencia a la medicación, los pacientes hipertensos a menudo necesitan recordatorios a largo plazo y apoyo emocional de sus lazos íntimos, como familiares y amigos. Sin embargo, estos tipos de apoyo social pueden tener algunas limitaciones, particularmente la falta de información profesional. Por lo tanto, la orientación profesional de los proveedores de atención médica es igualmente importante para mejorar la adherencia a la medicación de los pacientes. Sin embargo, el apoyo profesional de los proveedores de atención médica rara vez está disponible para todos los pacientes durante largos períodos de tiempo. Por lo tanto, el apoyo familiar o la orientación profesional tiene sus propias fortalezas y debilidades.

Nyaaba et al reportó que, entre todos los hombres, la cohabitación con dos personas o menos o con 3–4 personas se asoció con menores probabilidades de tener hipertensión arterial controlada en comparación con aquellos que convivieron con cinco o más personas después del ajuste por edad y estatus socioeconómico.³⁵

Los hallazgos de Osamor et al sugieren formas en que el apoyo social podría usarse en el tratamiento de la hipertensión. Primero, parecería que agregar apoyo social a las pautas de tratamiento podría mejorar la conciencia de los proveedores de atención médica sobre este importante componente del cumplimiento del tratamiento. En segundo lugar, enseñar a los proveedores de salud cómo explorar y utilizar las redes de apoyo social de sus pacientes puede ayudar a mejorar el cumplimiento del tratamiento. Tercero, explorar el uso de las redes sociales existentes (por ejemplo, grupos culturales, grupos religiosos) puede afectar la forma en que se puede aprovechar el apoyo social para mejorar los comportamientos de salud.³⁶

XI. CUADROS Y GRAFICOS

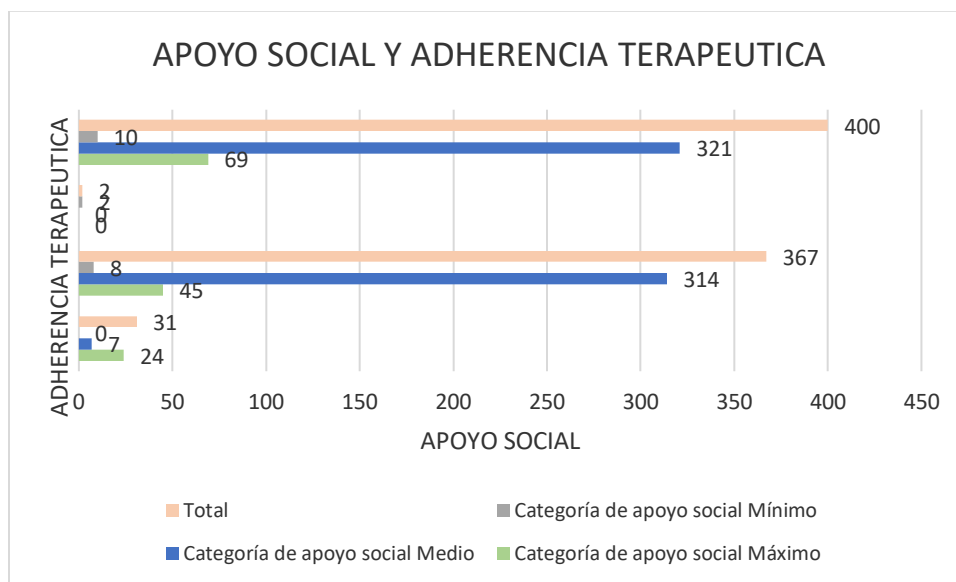
Analisis inferencial: Para el análisis bivariado de las variables cualitativas utilizamos una tabla de contingencia encontrando que los pacientes que presentan apoyo social medio se encuentran parcialmente adheridos, así como los que tienen apoyo social máximo tienen adherencia total, estadísticamente significativos, con una chi cuadrada de 163.417, RM de 76, intervalo de confianza 95%, p menor a 0.05.

Asociación entre apoyo social con la adherencia terapéutica en sujetos diagnosticados con hipertensión arterial de 25 a 60 años de edad. Tabla 1.

		Categoría de apoyo social			Total
		Máximo	Medio	Mínimo	
Categoría de adherencia	No adheridos	24	7	0	31
	Adheridos parciales	45	314	8	367
	Adheridos totales	0	0	2	2
Total		69	321	10	400

Fuente: hoja de datos estadísticos de los instrumentos aplicados.

Asociación entre apoyo social con la adherencia terapéutica en sujetos diagnosticados con hipertensión arterial de 25 a 60 años de edad. Grafico 1.



Fuente: hoja de datos estadísticos de los instrumentos aplicados.

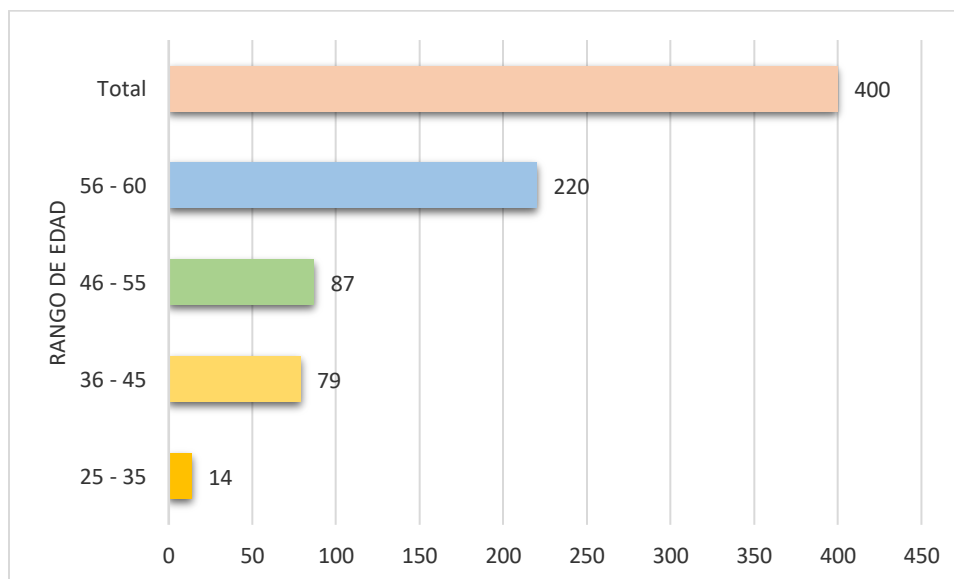
Distribución por edad de sujetos diagnosticados con hipertensión arterial de 25 a 60 años de edad. Tabla 2

El grupo de edad predominante fue el de 56 a 60 años con el 55%, seguido de 46 a 55 años con el 21.7%, 36 a 45 años con el 19.8%, y 25 a 35 años con el 3.5%.

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
25 - 35	14	3.5
36 - 45	79	19.8
46 - 55	87	21.7
56 - 60	220	55.0
Total	400	100.0

Fuente: hoja de datos.

Distribución por edad de sujetos diagnosticados con hipertensión arterial de 25 a 60 años de edad. Gráfico 2.



Fuente: Fuente: hoja de recolección de datos.

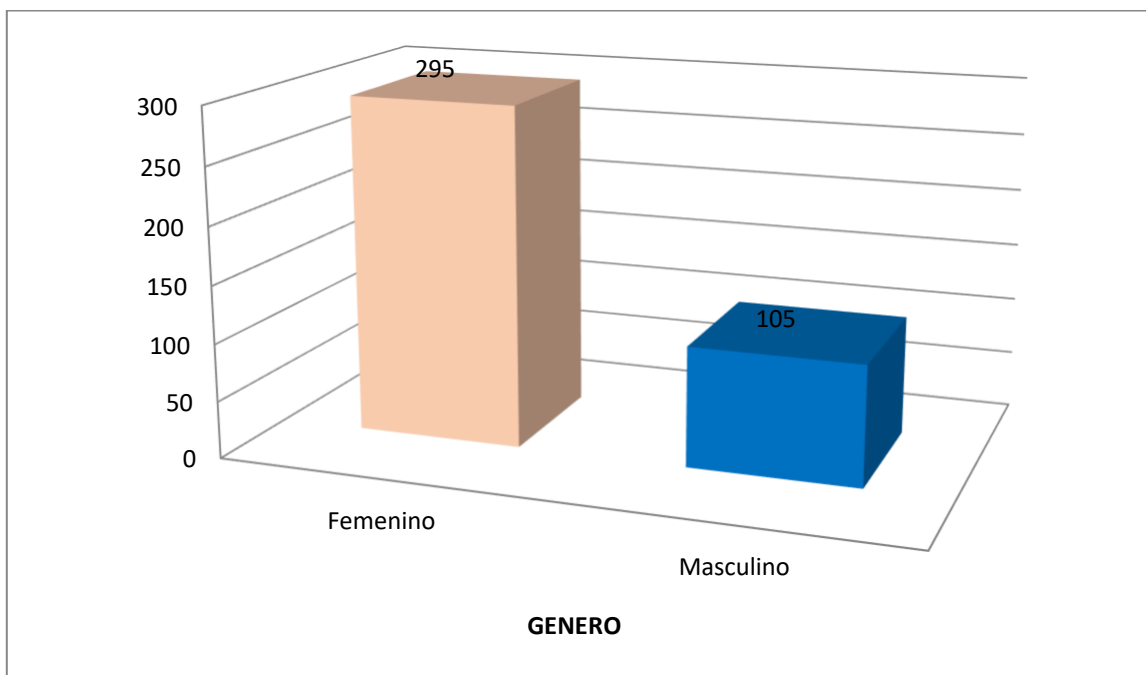
Tabla 3. Género en sujetos diagnosticados con hipertensión arterial de 25 a 60 años de edad.

Observamos que predomina el género femenino con un total de 295 (73.7%), seguido del género masculino con 105 (26.3%).

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	295	73.7
Masculino	105	26.3
Total	400	100.0

Fuente: Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfico 3. Género en sujetos diagnosticados con hipertensión arterial de 25 a 60 años de edad.



Fuente: hoja de recolección de datos.

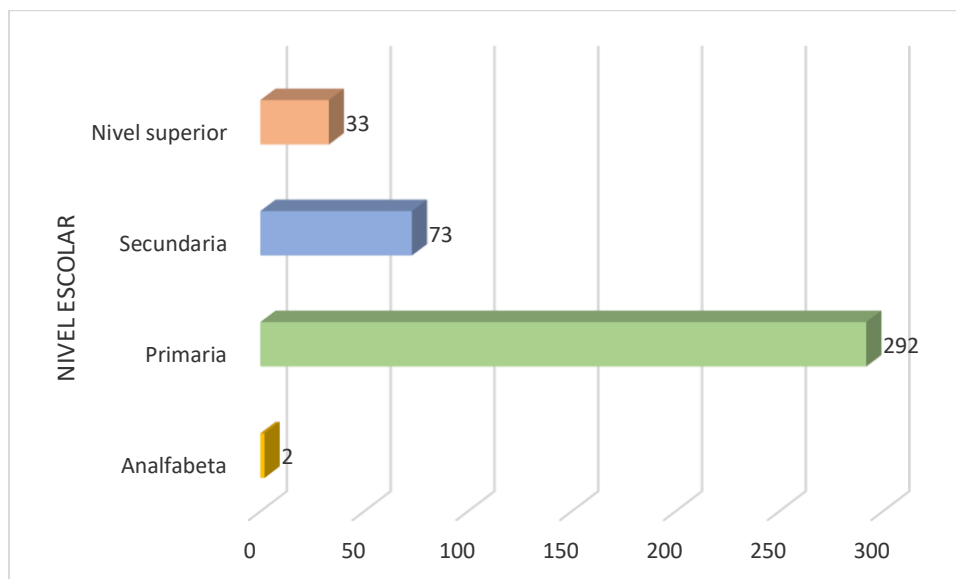
Tabla 4. Escolaridad en sujetos diagnosticados con hipertensión arterial de 25 a 60 años de edad.

La mayoría de sujetos con hipertensión arterial solo cuentan con primaria con un total de 292 (73%), seguido de secundaria con 73 (18.2%).

Nivel escolar	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	2	.5
Primaria	292	73.0
Secundaria	73	18.2
Nivel superior	33	8.3
Total	400	100.0

Fuente: hoja de recolección de datos.

Grafico 4. Escolaridad en sujetos diagnosticados con hipertensión arterial de 25 a 60 años de edad.



Fuente: hoja de recolección de datos

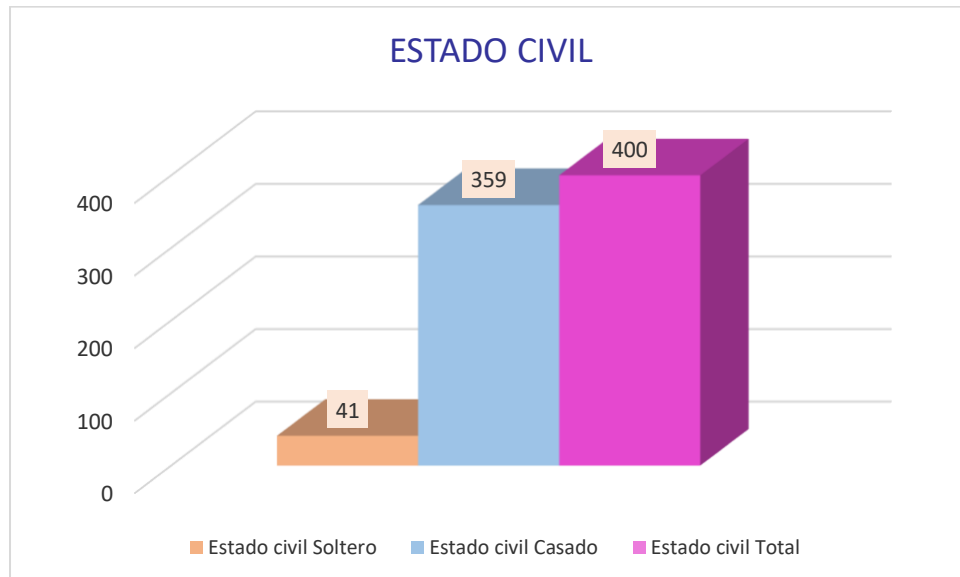
Tabla 6. Estado civil en sujetos diagnosticados con hipertensión arterial de 25 a 60 años de edad.

La mayor distribución por estado civil se encontró en sujetos casados con hipertensión arterial con una frecuencia de 359 (89.75%), seguido de soltero con 41(10.25%).

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	41	10.25
Casado	359	89.75
Total	400	100.0

Fuente: hoja de recolección de datos.

Grafico 6. Estado civil en sujetos diagnosticados con hipertensión arterial de 25 a 60 años de edad.



Fuente: hoja de recolección de datos.

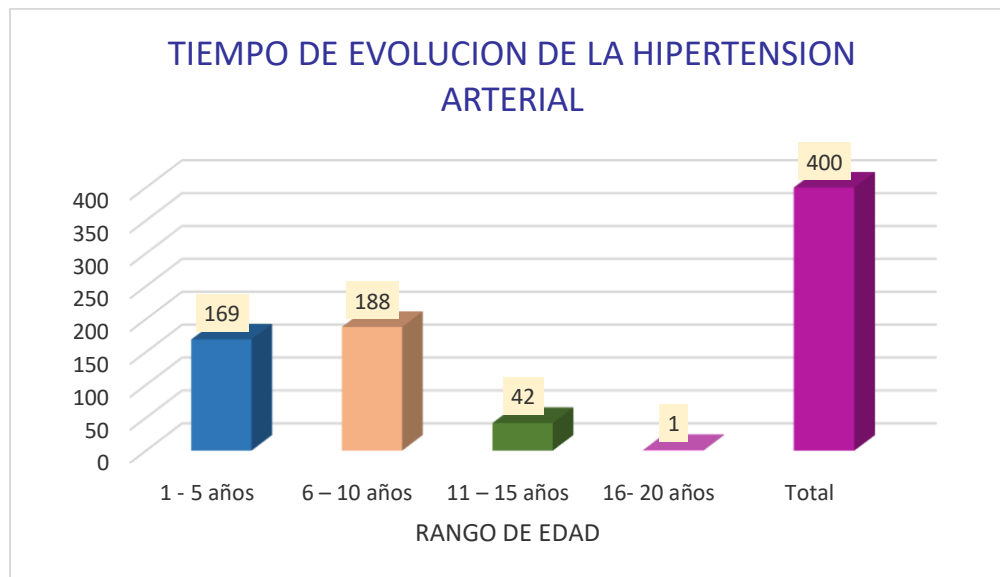
Tabla 5. Tiempo de evolución en sujetos diagnosticados con hipertensión arterial de 25 a 60 años de edad.

El tiempo de evolución de la hipertensión arterial predominante fue de 6 a 10 años con el 47%, seguido de 1 a 5 años con el 42.25%, 11 a 15 años con el 10.5%, y 16 a 20 años con el 0.25%.

Tiempo de evolución de la hipertensión arterial	Frecuencia	Porcentaje
1 - 5 años	169	42.25
6 – 10 años	188	47.0
11 – 15 años	42	10.5
16- 20 años	1	.25
Total	400	100.0

Fuente: hoja de recolección de datos

Grafico 5. Tiempo de evolución en sujetos diagnosticados con hipertensión arterial de 25 a 60 años de edad.



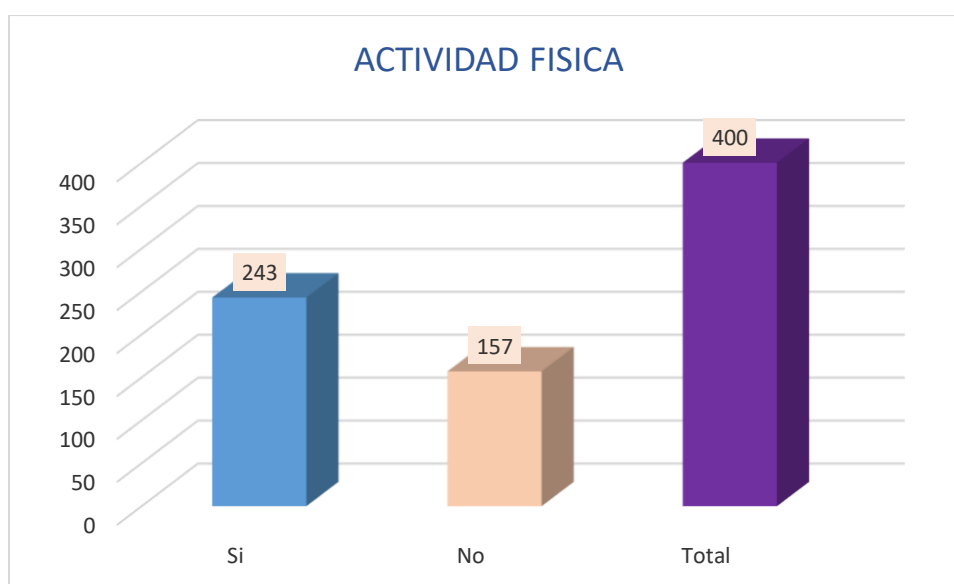
Fuente: hoja de recolección de datos.

Tabla 7. Actividad física en sujetos diagnosticados con hipertensión arterial de 25 a 60 años de edad.

Se observó que, de los 400 sujetos con hipertensión arterial, 243 realiza actividad física (60.75%).

Actividad física	Frecuencia	Porcentaje
Si	243	60.75
No	157	39.25
Total	400	100.0

Grafico 7. Actividad física en sujetos diagnosticados con hipertensión arterial de 25 a 60 años de edad.



Fuente: hoja de datos de recolección.

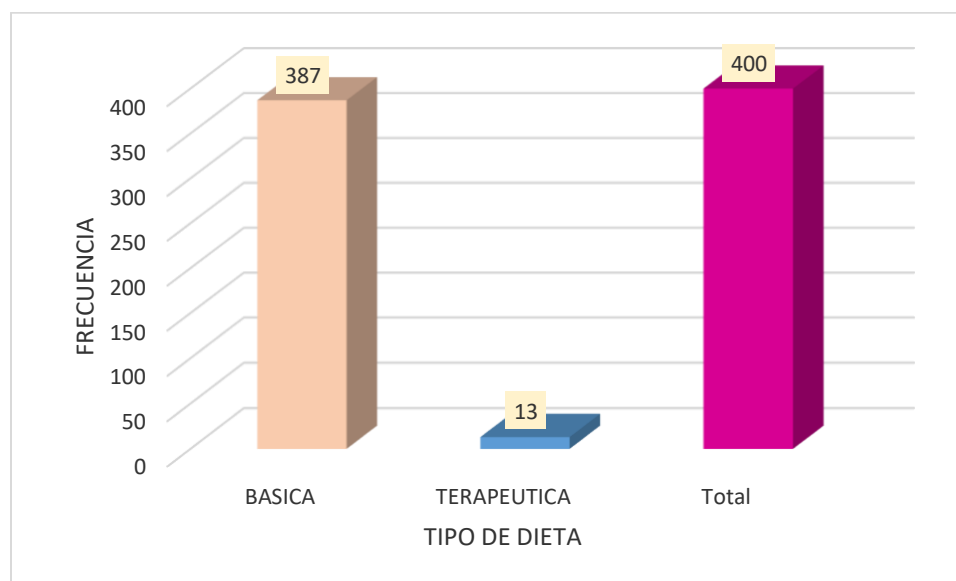
Tabla 8. Tipo de dieta en sujetos diagnosticados con hipertensión arterial de 25 a 60 años de edad.

La distribución de dieta básica se lleva a cabo con una mayor frecuencia de 387 (96.7%) y terapéutica 13(3.3%).

Dieta	Frecuencia	Porcentaje
BASICA	387	96.7
TERAPEUTICA	13	3.3
Total	400	100.0

Fuente: hoja de datos sociodemográficos.

Grafico 8. Tipo de dieta en sujetos diagnosticados con hipertensión arterial de 25 a 60 años de edad.



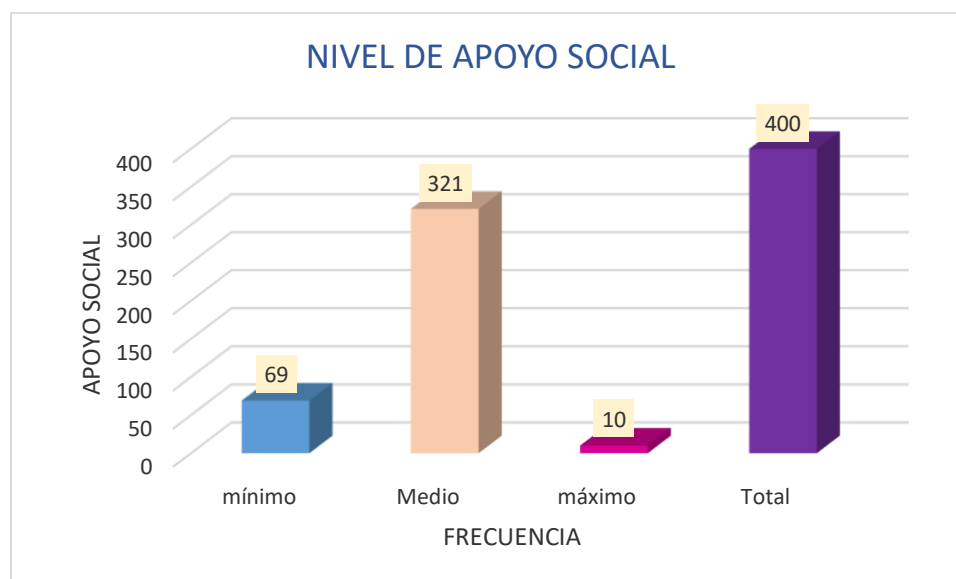
Fuente: hoja de datos de recolección.

Tabla 9 Describir el nivel de apoyo social en los sujetos diagnosticados con hipertensión arterial de 25 a 60 años de edad.

El apoyo social predominante fue medio con el 80.3% (321), seguido de bajo con el 17.3% (69), y alto con el 2.5%(10)

Apoyo social	Frecuencia	Porcentaje
mínimo	69	17.3
Medio	321	80.3
máximo	10	2.5
Total	400	100.0

Grafico 9. Describir el nivel de apoyo social en los sujetos diagnosticados con hipertensión arterial de 25 a 60 años de edad.



Fuente: Concentrado de datos de instrumento escala de apoyo social por adjetivos.

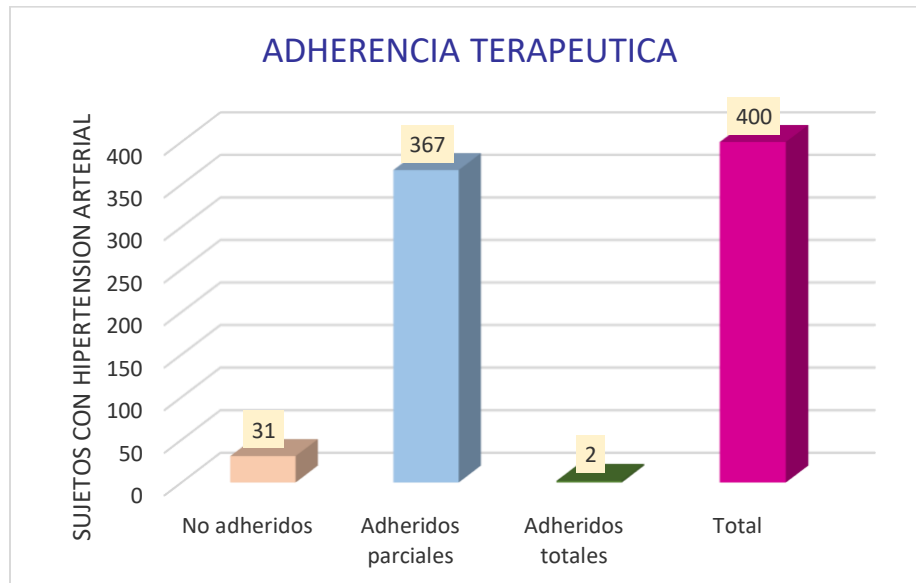
Tabla 10. Describir el nivel de adherencia terapéutica en los sujetos diagnosticados con hipertensión arterial de 25 a 60 años de edad.

Se observó que se presentaron adherencia parcial 367 (91.8%), seguido de 31 sujetos no adheridos correspondiente a 31(7.8%).

Adherencia terapéutica	Frecuencia	Porcentaje
No adheridos	31	7.8
Adheridos parciales	367	91.8
Adheridos totales	2	.5
Total	400	100.0

Fuente: Concentrado de datos de instrumento escala de apoyo social por adjetivos.

Grafico 10. Describir el nivel de adherencia terapéutica en los sujetos diagnosticados con hipertensión arterial de 25 a 60 años de edad.



Fuente: Concentrado de datos de instrumento escala de apoyo social por adjetivos.

XII.- CONCLUSIONES

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica que puede generar graves complicaciones de salud y que consecuentemente genera grandes costos a las instituciones de salud, así como a la familia, repercutiendo en sus lazos familiares, que genera altos gastos, además requiere atención personalizada.

En este estudio encontramos que existe asociación entre el apoyo social medio y la adherencia terapéutica parcial estadísticamente significativo motivo por el cual es importante hacer énfasis en las estrategias que promuevan el máximo apoyo social para que los pacientes cumplan con una adherencia total y de esta manera evitar las complicaciones graves que genera esta enfermedad.

XIII.- SUGERENCIAS O RECOMENDACIONES

- Definir los antecedentes y factores de riesgo específico para hipertensión arterial con la finalidad de ofrecer una mejor atención integral a cada paciente.
- Fomentar un adecuado apoyo social para así lograr una aceptación de la enfermedad.
- Incrementar y favorecer la educación al paciente y su familiar acerca de los cambios en el estilo de vida, para favorecer su estado de salud.
- Fortalecer la participación activa del médico familiar siempre que el paciente acuda a la consulta insistiendo en la toma de su medicamento, respetando los horarios del mismo.
- Individualizar tipo de actividad física y dieta específica para cada paciente de acuerdo a sus características individuales.

XIX. - REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Baggarly S, Kemp R, et al. Factors associated with medication adherence and persistence of treatment for hypertension in a Medicaid population. *Res Social Adm Pharm.* 2014; 10(6):e99-e112.
- 2.- Meinema J, van Dijk N, et al. Determinants of Adherence to Treatment in Hypertensive Patients of African Descent and the Role of Culturally Appropriate Education. *PLoS ONE* 2015; 10(8):e0133560.
- 3.- Brown M, Bussell J, et al. Medication Adherence: Truth and Consequences. *Am J Med Sci.* 2016; 351(4):387-399.
- 4.- Mennini F, Marcellusi A, et al. Cost of poor adherence to anti-hypertensive therapy in five European countries. *Eur J Health Econ.* 2015; 16(1):65-72.
- 5.- Beune E, van Charante E, et al. Culturally Adapted Hypertension Education (CAHE) to Improve Blood Pressure Control and Treatment Adherence in Patients of African Origin with Uncontrolled Hypertension: Cluster-Randomized Trial. *PLoS ONE* 2014; 9(3):e90103.
- 6.- Khanam M, Lindeboom W, et al. Hypertension: adherence to treatment in rural Bangladesh findings from a population-based study. *Glob Health Action* 2014; 7:25028.
- 7.- Hu H, Li G, et al. The association of family social support, depression, anxiety and self-efficacy with specific hypertension self-care behaviours in Chinese local community. *Journal of Human Hypertension* 2014; 1–6.
- 8.- Tibazarwa K, Damasceno A. Hypertension in Developing Countries. *Canadian Journal of Cardiology* 2014; 30:527-533.
- 9.- Kamran A, Sadeghieh S, et al. Determinants of Patient's Adherence to Hypertension Medications: Application of Health Belief Model Among Rural Patients. *Ann Med Health Sci Res.* 2014; 4(6):922–927.
- 10.- Tawalbeh L, Tubaishat A, et al. The Relationship Between Social Support and Adherence to Healthy Lifestyle Among Patients With Coronary Artery Disease in the North of Jordan. *Clinical Nursing Research* 2015; 24(2):121–138.
- 11.- Conn V, Ruppap T, et al. Interventions to Improve Medication Adherence in Hypertensive Patients: Systematic Review and Meta-analysis. *Curr Hypertens Rep* 2015; 17:94

- 12.- Yue Z, Bin W, et al. Effect of medication adherence on blood pressure control and risk factors for antihypertensive medication adherence. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2015; 21:166–172.
- 13.- Berra E, Azizi M, et al. Evaluation of Adherence Should Become an Integral Part of Assessment of Patients With Apparently Treatment-Resistant Hypertension. *Hypertension*. 2016; 68:297-306.
- 14.- Rajpura J, Nayak R. Medication Adherence in a Sample of Elderly Suffering from Hypertension: Evaluating the Influence of Illness Perceptions, Treatment Beliefs, and Illness Burden. *J Manag Care Pharm*. 2014; 20(1):58-65.
- 15.- Vrijens B, Antoniou S, et al. Current Situation of Medication Adherence in Hypertension. *Front. Pharmacol*. 2017; 8:100.
- 16.- Raymundo A, Pierin A. Adherence to anti-hypertensive treatment within a chronic disease management program: A longitudinal, retrospective study. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(5):809-817.
- 17.- Matthes J, Albus C. Improving Adherence With Medication. *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111(4):41–47.
- 18.- Gupta P, Patel P, et al. How to Screen for Non-Adherence to Antihypertensive Therapy. *Curr Hypertens Rep* 2016; 8:8.
- 19.- Eskås P, Heimark S, et al. Adherence to medication and drug monitoring in apparent treatment-resistant hypertension. *Blood Press*. 2016; 25(4):199-205.
- 20.- Martínez M, García I, et al. Adherence to nutritional therapy: Intervention based on motivational interviewing and brief solution-focused therapy. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* 2016; 7:32---39.
- 21.- García I, Morales B. Eficacia de la entrevista motivacional para promover la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Universitas Psychologica* 2015; 14(2): 511-522.
- 22.- Peacock E, Krousel M. Adherence to Antihypertensive Therapy. *Med Clin N Am* 2017; 101:229–245.
- 23.- Greer D, Ostwald S, et al. Improving Adherence in African American Women With Uncontrolled Hypertension. *J Cardiovasc Nurs*. 2015; 30(4):311-318.
- 24.- Magrin M, D'Addario M, et al. Social Support and Adherence to Treatment in Hypertensive Patients: A Meta-Analysis. *Ann Behav Med*. 2015; 49(3):307-318.

- 25.- Poblete F, Glasinovic A, et al. Apoyo social y salud cardiovascular: adaptación de una escala de apoyo social en pacientes hipertensos y diabéticos en la atención primaria chilena. *Aten Primaria*. 2015; 47(8):523-531.
- 26.- Fontibón L, Acosta L, et al. Asociación entre variables sociodemográficas, clínicas y calidad de vida con el apoyo social percibido en pacientes colombianos con cáncer. *Avances en Psicología Latinoamericana* 2015; 33(3):387-395.
- 27.- Schnall E. Social Support: A Role for Social Work in the Treatment and Prevention of Hypertension. *Einstein J. Biol. Med.* 2005; 21:50-56.
- 28.- Osamor P. social support and management of hypertension in south-west Nigeria. *Cardiovasc J Afr* 2015; 26:29–33.
- 29.- Wheeler K, Roberts M, et al. Medication adherence part two: Predictors of nonadherence and adherence. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 2014; 26:225–232.
- 30.- Khatib R, Schwalm J, et al. Patient and Healthcare Provider Barriers to Hypertension Awareness, Treatment and Follow Up: A Systematic Review and Meta-Analysis of Qualitative and Quantitative Studies. *PLoS ONE* 2014; 9(1):e84238.
- 31.- Soria T, Vega V, Nava Q, Saavedra V, Interacción médico-paciente y sus relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *Univ Nac Aut de México* 2011.
- 32.- Yue Z, Bin W, et al. Effect of medication adherence on blood pressure control and risk factors for antihypertensive medication adherence. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2014; 21(1):166–172.
- 33.- Magrin M, D'Addario M, et al. Social Support and Adherence to Treatment in Hypertensive Patients: A Meta-Analysis. *Annals of Behavioral Medicine* 2014; 49(3):307–318.
- 34.- Khan M, Shah S, et al. Barriers to and determinants of medication adherence among hypertensive patients attended National Health Service Hospital, Sunderland. *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences* 2014; 6(2):104-108.
- 35.- Nyaaba G, Stronks K, et al. Is social support associated with hypertension control among Ghanaian migrants in Europe and non-migrants in Ghana? The RODAM study. *Internal and Emergency Medicine* 2019; 14:957–966.
- 36.- Osamor P. Social support and management of hypertension in south-west Nigeria. *Cardiovasc J Afr* 2015; 26: 29–33.

XV.- ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO DE MOS DE APOYO SOCIAL

Protocolo de investigación: Asociación entre apoyo social con adherencia terapéutica en sujetos con hipertensión arterial de 25 a 60 años en la unidad de medicina familiar número 93.

Objetivo: Asociar apoyo social con la adherencia terapéutica en sujetos con hipertensión arterial de 25 a 60 años en la unidad de medicina familiar número 93.

Instrucciones: Lea las siguientes preguntas y conteste de la forma más honesto/a posible las respuestas que se adecuen a usted.

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda que usted dispone:

Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? Escriba el No. De amigos íntimos y familiares cercanos.

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda, ¿Con qué frecuencia usted dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con una "X" uno de los números de cada fila.

CUESTIONES: ¿Cuenta con ALGUIEN?	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2. Que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Con quien pueda contar cuando necesite hablar.	1	2	3	4	5
4. Que le aconseje cuando tengas problemas.	1	2	3	4	5
5. Que le lleve al médico cuando lo necesite.	1	2	3	4	5
6. Que el muestre amor y efecto.	1	2	3	4	5
7. Con quien pasar un buen rato.	1	2	3	4	5
8. Que le informe y ayude a entender la situación.	1	2	3	4	5
9. En quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.	1	2	3	4	5
10. Que le abrace.	1	2	3	4	5
11. Con quien pueda relajarse.	1	2	3	4	5
12. Que le prepare la comida sino puede hacerlo.	1	2	3	4	5
13. Cuyo consejo realmente desee.	1	2	3	4	5
14. Con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.	1	2	3	4	5
15. Que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.	1	2	3	4	5

16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.	1	2	3	4	5
17. que le aconseje como resolver sus problemas personales.	1	2	3	4	5
18. Con quién divertirse.	1	2	3	4	5
19. Que comprenda sus problemas.	1	2	3	4	5
20. A quien amar y hacerle sentirse querido.	1	2	3	4	5

ANEXO 2. Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau)

Protocolo de investigación: Asociación entre apoyo social con adherencia terapéutica en sujetos con hipertensión arterial de 25 a 60 años en la unidad de medicina familiar número 93.

Objetivo: Asociar apoyo social con la adherencia terapéutica en sujetos con hipertensión arterial de 25 a 60 años en la unidad de medicina familiar número 93.

Instrucciones: Estimado paciente: Solicitamos su colaboración Para estudiar cómo se comporta el cumplimiento de las indicaciones orientadas a los pacientes con hipertensión arterial.

Sólo debe dar respuesta a las preguntas que aparecen a continuación. Le garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para este estudio. Muchas gracias

Nombre:	Edad
Género	Ocupación
Nivel escolar	consultorio
Años de diagnóstico de la enfermedad	

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

Tratamiento higiénico-dietético:

Dieta	Alta en sal	Baja en sal
Consume grasa animal	Si	No
Realiza ejercicio	Si	No

B) Tiene Usted indicado tratamiento con medicamentos.

1. Si _____

2. No _____

C) A continuación usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso. No existen respuestas correctas, conteste en lo que mejor se identifique. Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular:

AFIRMACIONES	SIEMPRE	Casi siempre	A veces	Casi nunca	nunca
1.Toma los medicamentos en el horario establecido	1	2	3	4	5
2. Se toma todos los medicamentos	1	2	3	4	5
3.Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta	1	2	3	4	5
4.Asiste a las consultas de seguimiento programadas	1	2	3	4	5
5.Realiza los ejercicios físicos indicados.	1	2	3	4	5
6.Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria	1	2	3	4	5
7.Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir	1	2	3	4	5
8. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos.	1	2	3	4	5
9.Lleva acabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos	1	2	3	4	5

10.Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento	1	2	3	4	5
11.Usted y su médico analizan como cumplir el tratamiento.	1	2	3	4	5
12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico.	1	2	3	4	5

ANEXO 3. HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Protocolo de investigación: Asociación entre apoyo social con adherencia terapéutica en sujetos con hipertensión arterial de 25 a 60 años en la unidad de medicina familiar número 93.

Objetivo: Asociar apoyo social con la adherencia terapéutica en sujetos con hipertensión arterial de 25 a 60 años en la unidad de medicina familiar número 93.

Instrucciones: Lee detenidamente y marca con una x la respuesta correcta según su situación y responda los datos solicitados, gracias.

NOMBRE		
EDAD		
GENERO	FEMENINO	MASCULINO
ESCOLARIDAD	ANALFABETA(O)	
	PRIMARIA	
	SECUNDARIA	
	MEDIO SUPERIOR	
	LICENCIATURA	
ESTADO CIVIL	SOLTERO	CASADO

TIEMPO ENFERMO	AÑOS	
ACITIVIDAD FISICA	SI	NO
DIETA	SI, COME SAL	
	NO, COME SAL	
	SI, COME GRASA	
	NO, COME GRASA	
TOMA MEDICAMENTO	SI CUANTOS	
	NO	
EJERCICIO	SI TIEMPO	NO

ANEXO 4. PLATICA INFORMATICA DE HIPERTENSION ARTERIAL Y APOYO SOCIAL ASOCIADO CON ADHERENCIA TERAPEUTICA

Para la realización de esta plática se pretende dar una breve explicación acerca de los siguiente:

- Concepto de la hipertensión arterial
- La importancia a nivel mundial
- Se hablará del grupo de individuos que afecta, la edad y genero predominante.
- Factores de riesgo que nos condicionan en presentar hipertensión arterial
- Sintomatología clínica
- Medidas protectoras
- Complicaciones y daño a la salud
- La importancia del apoyo de familiares y amigos, como involucrarse para mejorar las cifras de presión arterial y en general el estado de salud del sujeto que presenta hipertensión arterial
- La importancia de asistir acompañado por un familiar a la cita medica
- La importancia de llevar acabo un buen apego al tratamiento farmacológico

DESGLOSE FINANCIERO	
Computadora de escritorio y Laptop	\$11 000.00
\$1 000.00	
Lápices, bolígrafos, borrador	\$ 200. 00
\$ 200.00	
Engargolados, empastados	\$7 000.00
Total	\$ 20,100

ANEXO 5. TRIPTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL

CONSECUENCIAS

INFARTO DEL MIO-CARDIO



INSUFICIENCIA CARDÍACA

INFARTO CEREBRAL



INSUFICIENCIA RENAL



CEGUERA



¿COMO EVITAR LA HIPERTENSION?

- **Control de peso**
IMC Recomendable >18 y <25
- **Actividad física regular**
Realizar ejercicio aeróbico durante 30 minutos al día
- **Reducción del consumo de alcohol.**
No consumir más de 30 ml de etanol al día.
- **Reducción del consumo de sal**
No exceder los 5 g al día
- **Alimentación saludable**
Adecuado consumo de frutas y verduras. Proteínas magras y lácteos descremados.
- **Evitar el tabaquismo**

HIPERTENSION ARTERIAL



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 93

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR MA DE JESUS RAMIREZ MOSQUEDA

¿QUE ES LA HIPERTENSION ARTERIAL?

Es una enfermedad crónica que se caracteriza por un aumento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias



¿A QUIEN AFECTA?

A TODOS LOS HOMBRES Y MUJERES A CUALQUIER EDAD

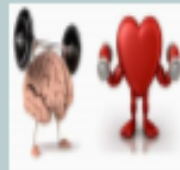


CAUSAS DE HIPERTENSION ARTERIAL

-OBESIDAD



-FALTA DE EJERCICIO



-ESTRES



-CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO



SINTOMAS

- ⇒DOLOR DE CABEZA
- ⇒ SENSACION DE VER LUCECITAS
- ⇒VISION BORROSA
- ⇒DOLOR EN EL PECHO
- ⇒TOBILOS HINCADOS
- ⇒TAQUICARDIA
- ⇒DIFICULTAD PARA REPIRAR
- ⇒SANGRADO NASAL
- ⇒NAUSEAS
- ⇒MAREO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN
SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Asociación entre apoyo social con adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial en la unidad de medicina familiar número 93

Nombre del estudio:	
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno
Lugar y fecha:	Se llevara en la Unidad de Medicina Familiar No. 93 ubicada en Vía Morelos Km. 16.5, Jardines de Casa Nueva, CP 55430 Ecatepec Estado de México Oriente, durante los meses de marzo-abril 2019
Número de registro:	R-2019-1401-036.
objetivo del estudio: Justificación:	La finalidad de este estudio es conocer que los pacientes que cursan con presión alta se tomen sus medicamentos y cuál es el apoyo que reciben por parte de sus familiares y amigos. La hipertensión arterial es una enfermedad crónica la cual hoy en día está en aumento en la población mexicana, debido a múltiples factores, sin embargo, se puede llevar un buen control de esta, si usted se toma sus medicamentos como se lo indica su médico y cuenta con un buen apoyo de sus familiares y amigos.
Procedimientos:	Una vez que decida participar en este estudio se le pedirá conteste dos cuestionario, uno se llama apoyo social el cual consta de 20 preguntas con respuestas en las que usted tendrá que contestar en la que mejor se identifique, no existen respuestas correctas, tiene un tiempo aproximado de 20 minutos, el otro cuestionario se llama cumplimiento del tratamiento, el cual consiste en 12 preguntas que deberá contestar con la que mejor se identifique, no hay respuestas correctas, tiene un minino de 20 minutos, una vez que termine de contestarlos, se le regalará un folleto y se le invitará a una sesión sobre la hipertensión arterial que abordará la importancia de conocer acerca de la misma.
Posibles riesgos y molestias:	El cuestionario que le solicitamos responda, incluye preguntas con opción de respuesta, no existen respuestas correctas, solo la mejor que usted considere. El tiempo necesario para responderlo es de aproximadamente 20 minutos, Pertenecer a riesgo mínimo ya que podría provocarle llanto, enojo o tristeza, de ser así, usted puede ya no seguir contestando el cuestionario
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	A todos los participantes de esta investigación se les otorgara un folleto acerca de la importancia de vivir con presión alta, para mejorar su modo de vida y la importancia de tomarse su medicamento como se lo indica su médico, para evitar enfermarse más o peor. En caso de requerir se les enviara a las dependencias correspondientes con lineamientos institucionales
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados obtenidos de las preguntas se darán a conocer a cada una de las personas, se darán ideas para llevar un buen control de su enfermedad y así mejorar su estado de salud. Al final de su encuesta se le entregara su resultado en caso de así quererlo.
Participación o retiro:	Durante la participación en esta investigación, nosotros nos comprometemos a responder cualquier duda o aclaración que usted presente. Si en algún momento durante el proceso de su participación, usted decide que no quiere participar más, es libre de retirarse, de no contestar el cuestionario o incluso dejarlo inconcluso, sin que esto afecte la atención medica que recibirá por parte del Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Nosotros como investigadores, le aseguramos que la información que se obtenga de esta encuesta, será completamente confidencial, no se le identificara en ninguna publicación o presentación de la investigación, sus datos serán manejados de forma privada únicamente por el investigador responsable y los colaboradores de esta investigación, ninguna otra persona tendrá acceso a esta información. También nos comprometemos a proporcionarle la información actualizada que se obtenga durante el estudio.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	No autoriza que se tome la muestra Si autoriza que se tome la muestra solo para este estudio Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros

Beneficios al termino del estudio	<p>Se les regalara un folleto y se dará una platica informativa acerca de su enfermedad, del daño que le puede ocasionar a su organismo si no acude a consulta y se toman los medicamentos como se los indica su medico familiar y la manera de como mejorar su forma de vida se resolveran las dudas que puedan surgirles acerca de su enfermedad y en caso de requerirlo se le enviará a nutrición, trabajo social o a segundo nivel a traves de via institucional.</p>
Investigador Responsable:	<p>Dra. Wendy Saucedo Ramírez MEDICO ESPECIALISTA DE MEDICINA FAMILIAR matricula 99368765, Cel 5541825287, correo electrónico Wendy_saucedo2078@hotmail.com:</p>
Colaboradores:	<p>Ma. De Jesús Ramírez Mosqueda MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR matricula 97157795, Cel. 2711895503 Correo electrónico: dramary@live.com</p>
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx</p>	
<p>_____ Nombre y firma del sujeto</p>	<p>_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>
<p>Testigo 1</p> <p>_____</p>	<p>Testigo 2</p> <p>_____</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>
<p>Nombre, dirección, relación y firma</p> <p>Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio</p>	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1401,
H GRAL REGIONAL 196 Fidel Velázquez Sánchez

Registro COFEPRIS 17 CI 15 033 046

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 15 CEI 001 2017022

FECHA Miércoles, 08 de mayo de 2019

Dra. WENDY SAUCEDO RAMIREZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Asociación entre apoyo social con adherencia terapéutica en sujetos con hipertensión arterial de 25 a 60 años en la unidad de medicina familiar número 93 del IMSS** 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 **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

R-2019-1401-036

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


Dr. GENARO ÁNGEL CUAZOCHPA DELGADILLO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1401



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación 14018.
H GRAL REGIONAL 196 Fidel Velázquez Sánchez

Registro COFEPRIS 17 CI 15 033 046

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 15 CEI 001 2017022

FECHA Lunes, 29 de abril de 2019

Dra. WENDY SAUCEDO RAMIREZ

PRESENTE


Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Asociación entre apoyo social con adherencia terapéutica en sujetos con hipertensión arterial de 25 a 60 años en la unidad de medicina familiar número 93 del IMSS** 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 **APROBADO**:

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


Dra. ANA LAURA GUERRERO MORALES
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 14018