



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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD ACADÉMICA U.M.F. No. 93  
Cerro Gordo. Ecatepec de Morelos. Estado de México**

**RELACIÓN ENTRE APOYO FAMILIAR,  
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y ADHERENCIA  
TERAPEUTICA EN HIPERTENSOS**

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

**P R E S E N T A:**

**ROCÍO DIANA PÉREZ LÓPEZ**

Ecatepec de Morelos, Estado. México, Septiembre 2014.

---



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**RELACION ENTRE APOYO FAMILIAR,  
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y ADHERENCIA  
TERAPEUTICA EN HIPERTENSOS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

**ROCÍO DIANA PÉREZ LÓPEZ**  
AUTORIZACIONES

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**

JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA. U.N.A.M.

**DR ISAIAS HERNANDEZ TORRES**

COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA. U.N.A.M.

Ecatepec de Morelos, Estado de México, Septiembre 2014

**RELACION ENTRE APOYO FAMILIAR,  
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y ADHERENCIA  
TERAPEUTICA EN HIPERTENSOS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

**DRA. ROCÍO DIANA PEREZ LOPEZ**  
AUTORIZACIONES

**DRA. ALMA LUISA LAGUNES ESPINOSA**  
COORDINADORA AUXILIAR DE EDUCACION EN SALUD  
DELEGACIÓN ESTADO DE MEXICO ORIENTE

**DR. DEMETRIO CARLOS NAVARRO CORTEZ**  
DIRECTOR DE LA UMF No. 93 CERRO GORDO  
ESTADO DE MEXICO ORIENTE

**DR. ARMANDO LOPEZ PORTILLO**  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.93  
ESTADO DE MEXICO ORIENTE

**DRA FLOR ARACELI NAVA AYALA**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.93  
ESTADO DE MEXICO ORIENTE

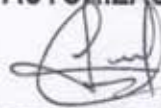
**RELACION ENTRE APOYO FAMILIAR,  
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y ADHERENCIA  
TERAPEUTICA EN HIPERTENSOS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

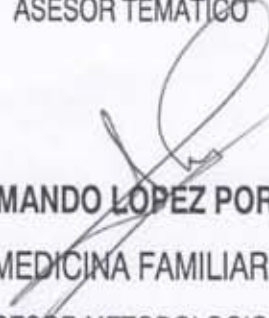
**DRA. ROCÍO DIANA PEREZ LOPEZ**

**AUTORIZACIONES**



**DRA. FLOR ARACELI NAVA AYALA**  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR TEMATICO



**DR ARMANDO LOPEZ PORTILLO**  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y EPIDEMIOLOGIA

ASESOR METODOLOGICO

INDICE GENERAL		Página
1.	MARCO TEÓRICO	1
2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
3.	JUSTIFICACIÓN	11
4.	OBJETIVOS	12
	4.1 Objetivo General	
	4.2 Objetivos Específicos	
5.	HIPOTESIS	13
6.	METODOLOGÍA	14
7.	FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS	19
8.	DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	20
9.	RESULTADOS	21
10.	DISCUSION	29
11.	CONCLUSIONES	31
12.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	32
13.	ANEXOS	34

## 1. MARCO TEÓRICO

### INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial sistémica es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión mayor 140-90 (JNC 8). (1) A nivel mundial, la OMS estima que la hipertensión arterial causa la muerte de 7.5 millones de personas y representan 12.8% del total de las muertes (OMS, 2013b); además, señala que uno de cada tres adultos tiene la presión alta (OMS, 2012), lo que preocupa por las complicaciones que genera: insuficiencia cardiaca, enfermedad vascular periférica, insuficiencia renal, retinopatía y discapacidad visual. En México, la prevalencia de presión arterial alta, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT, 2012) -tomando en cuenta los criterios establecidos para la población de 20 años y más-, es de 33.3 en hombres y 30.8 en mujeres de cada 100 personas de este grupo de edad y sexo.<sup>(1)</sup>

En México, al igual que en otros países emergentes y en la mayoría de los países desarrollados la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, corresponden a un problema de salud pública mundial. Tienen un gran interés clínico, epidemiológico y social por sus grandes efectos en la salud, la longevidad, las actividades laborales y sociales del paciente, que repercuten sobre él mismo, la familia y la sociedad; su impacto económico y social es demoledor para cualquier sistema de salud que trata de entidades no curables, con secuelas que en su mayoría serán incapacitantes. (2, 3, 4)

Una de las principales causas del fracaso del control de la presión arterial es la falta de adherencia terapéutica entendiéndose como el grado de comportamiento de un paciente en relación a los medicamentos que debe tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida. El término adherencia implica un papel activo, voluntario y colaborativo en el plan de tratamiento que incorpora las creencias y actitudes del paciente. La adherencia comprende diversas conductas: 1) propagación y mantenimiento de un programa de tratamiento 2) Asistencia a citas de seguimiento 3) uso correcto de la medicación prescrita, 4) realizar cambios, apropiados en el estilo de vida y 5) evitar conductas contraindicadas.

A partir de 1970 el estudio de adherencia adquiere mayor interés empírico ya que se estima que el 50% de los pacientes no se adhieren al tratamiento, numerosos estudios ponen de manifiesto una serie de consecuencias negativas asociadas al incumplimiento de las prescripciones de salud los cuales se pueden agrupar en cuatro grandes apartados: aumento de los riesgos, la morbi-mortalidad, aumento de la probabilidad de cometer errores en el diagnóstico y tratamiento, crecimiento del coste sanitario y desarrollo de sentimientos de insatisfacción y problemas en la relación que se establece entre el médico y el paciente, todo ello hace necesario que el profesional de salud adopte estrategias destinadas a prevenir o disminuir la falta de adherencia. El nivel exacto de adherencia terapéutica es difícil de determinar y algunas situaciones que implican la falta de esta tienen que ver con la difícil comunicación efectiva entre el profesional y el paciente, el régimen terapéutico y factores psicosociales.<sup>(5)</sup> Para evaluar la adherencia terapéutica se han implementado muchos instrumentos, sin embargo uno de los más validados y utilizados en pacientes hipertensos es el Cuestionario de Morisky – Green, que consta de 4 preguntas que orientan a la adherencia o no adherencia al tratamiento con validez predictiva a largo plazo, con un nivel de confianza del 95% y de alfa de Cronbach 0.65 consta de cuatro reactivos los cuales orientaron a la adherencia o a la no adherencia..<sup>(5, 6, 7,8)</sup>

## **ANTECEDENTES**

En numerosos estudios relacionados a los factores que influyen en el mejor control de pacientes crónicos; se encontró que el apoyo de la familia es la clave para una mejor adherencia terapéutica (Pozo et. al 2007, R. Morán, Guerrero 1997, Marín Reyes 2001) dichos autores han verificado el importante rol que juega el apoyo social y familiar en la adherencia terapéutica (M.J. Martos, C Pozo, E. Alonso 2008). Entendemos por Apoyo Familiar: al conjunto de recursos sociales existentes, de diferentes naturalezas que recibe un individuo en una situación dada, en su vínculo con el ambiente a través de las relaciones interpersonales y que pueden ser percibidos de manera positiva o negativa, influyendo en su bienestar y capacidad de funcionamiento frente a la enfermedad de manera dinámica.<sup>(9, 10, 11,12)</sup>



Louro Bernal plantea que la familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo, y ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social. Existe coincidencia con algunos autores en el sentido de que los pacientes que tienen apoyo social y familiar adecuado, presentan menos problemas en la aceptación de la enfermedad y en la adherencia al tratamiento, por lo que el apoyo social, específicamente el familiar, se constituye como un factor de protección que permite establecer mejores pronósticos en los perfiles de apego al tratamiento. Esto se manifiesta cuando un miembro de la familia padece una enfermedad crónica que requiere la contribución afectiva y material de su red de apoyo familiar, en especial, para cumplir un conjunto de indicaciones médicas en las que pueden estar implicadas las personas que conviven o comparten la vida cotidiana con el paciente. <sup>(9, 10, 11,12)</sup>

El instrumento MOS es un instrumento válido y confiable con un alfa de Cron Bach de .87 para tener una visión multidimensional para medir el apoyo social, permite conocer la red familiar y extra familiar. Consta de cuatro dominios con 20 ítems. Se responde en escala tipo Likert. Con puntuaciones de 1) nunca 2) pocas veces 3) algunas veces 4) la mayoría de las veces 5) siempre. INDICADOR: 1. Deficiente (8-18), 2. Regular (19-28), 3. Suficiente (29-38) El primer ítem informa sobre el tamaño de la red social. 2) 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: Relaciones sociales de ocio y distracción: ítems 7, 11,14 y 18. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño: ítems 6,10 y 20. Puntuación máxima: 15, media: 9 y mínima: El índice global máximo de apoyo social es de 94 (Ver anexo Instrumento MOS apoyo social y familiar).

La falta de conocimiento es otra de las causas de la falta de adherencia al tratamiento con respecto a su propia enfermedad, definiéndose como un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje.

Después de realizar estudios sobre intervención educativa y adherencia terapéutica, Molina Moya et al.<sup>(13)</sup> detectó una adherencia inicial de los pacientes al tratamiento antihipertensivo de un 75,7%, y tras su intervención mejoró la adherencia en un 85,7% con educación sanitaria.

Rodríguez Chamorro también coincide que tras una intervención educativa del 63,5% de los pacientes con tratamiento antihipertensivo incluidos en el estudio son cumplidores, y se obtuvo una adherencia final del 90,6% (13,14). Si el paciente tiene una información clara de qué decisiones debe tomar para mejorar su salud, podrá ser más adherente y el tratamiento ser más eficaz, debido a su gran complejidad, es necesario valorizar al individuo, respetando sus creencias, ideas, valores, pensamientos y sentimientos sobre la patología <sup>(15, 16, 17,18)</sup>

Un instrumento que mide el nivel de conocimientos realizado por el Dr. Damián Mata. Primer instrumento de autoadministración, en idioma español Validado por la U.N.A.M en 1999, con una consistencia interna de Spearman Brawn d 0.89 y con el Alfa de Cron bach de 0.66 consta de 36 preguntas a través de siete dominios: 1) generalidades, 2) factores de riesgo, 3) signos y síntomas de alarma, 4) apego al tratamiento no farmacológico, 5) apego al tratamiento farmacológico, 6) auto monitoreo y 7) complicaciones sobre hipertensión arterial, la mitad de respuestas para opción cierto y mitad con opción falso calificándolo como: deficiente, regular y suficiente.

Si el paciente tiene una información clara de qué decisiones debe tomar para mejorar su salud, la probabilidad de un mejor control clínico se incrementa y se retrasa la frecuencia de complicaciones, lo que también disminuye los costos de la atención médica. <sup>(19,20)</sup>

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La Hipertensión arterial es una enfermedad crónica considerada como un problema de Salud Pública, ya que tiene graves consecuencias en el ámbito económico, social y en la familia en cuanto a gasto médico, disminución de la productividad laboral, disminución de la calidad de vida y explicación de las muertes prematuras.

La Hipertensión es uno de los motivos más frecuente de consulta médica en la Unidad de Medicina Familiar, además de las enfermedades específicamente relacionadas con esta. Debido a la complicación que presenta con trastornos de tipo cardiovascular, constituye la principal casa de muerte.

Las complicaciones pueden ser prevenibles si se tratan con una actitud dinámica e integral. Un manejo adecuado de la hipertensión por parte del médico, los conocimientos y comprensión de la enfermedad por parte del paciente, el apoyo por parte de la familia y la adherencia terapéutica entre otros juegan un papel muy importante en tratamiento y control del paciente con hipertensión arterial.

Con base en lo anterior surge la siguiente pregunta:

**¿Cuál relación entre el apoyo familiar, el nivel de conocimiento y la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos?**

### **3. JUSTIFICACIÓN.**

La hipertensión arterial a nivel mundial sigue siendo un problema de salud pública, el número de pacientes va en aumento, tanto el padecimiento como sus complicaciones son prevenibles o al menos modificables, de modo que el conocimiento de los factores que se asocian al descontrol, podría brindar elementos para planificar acciones de medicina preventiva y educación para la salud evitando graves consecuencias irreversibles y de cronicidad del padecimiento, con esto se reducirían notablemente los costos generados por la enfermedad, mejorando el gasto social que impacta en forma importante la economía institucional y familiar. La falta de adherencia terapéutica, apoyo familiar, y el conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad, son factores que sabemos, se han asociado al descontrol.

Es un estudio factible de realizar ya que en la UMF 68. Se contó con suficiente cantidad de pacientes para alcanzar el tamaño de la muestra.

Este trabajo es novedoso, ya que correlaciona tres variables al mismo tiempo que no han sido estudiadas aportando un nuevo conocimiento. La información que genere puede cambiar la forma de actuación del médico desarrollando una colaboración verdadera de la familia educando y reduciendo la hostilidad por parte de los familiares hacia el enfermo, de esta forma entender su comportamiento así como de la familia misma, aprender a apoyar al mejorar la adherencia al tratamiento, redundará en una larga supervivencia, mejorará la calidad de vida y control sobre su propia enfermedad.

## 4. OBJETIVOS

### **Objetivo General**

Identificar la relación que existe entre el apoyo familiar, el nivel de conocimiento de la enfermedad con la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos.

### **Objetivos Específicos:**

1. Determinar si el apoyo familiar que reciben los pacientes hipertensos influye en la adherencia terapéutica.
  
2. Relacionar el nivel de conocimientos sobre hipertensión con la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos.
  
3. Determinar la asociación entre Presión Arterial Media, Tensión arterial sistólica y diastólica con:
  - Apoyo familiar
  - Nivel de conocimiento
  - Adherencia terapéutica.

## **5. HIPÓTESIS:**

### **Hipótesis General**

La adherencia terapéutica en pacientes hipertensos depende del apoyo familiar que recibe y el nivel de conocimiento de la enfermedad.

### **Hipótesis Alterna:**

A mayor nivel de conocimiento sobre la enfermedad y apoyo familiar mayor adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos.

A mayor apoyo familiar, nivel de conocimiento y adherencia terapéutica mejor control de la tensión arterial sistólica y diastólica.

### **Hipótesis Nula:**

No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial, el apoyo familiar que recibe el paciente hipertenso con la adherencia terapéutica.

No existe relación entre el apoyo familiar, nivel de conocimiento y adherencia terapéutica con el control de la tensión arterial sistólica y diastólica.

## 6. METODOLOGÍA

**Tipo de estudio:** observacional, prospectivo, descriptivo, transversal, analítico.

**Población de estudio:** pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial Sistémica de 40 a 69 años de edad.

**Lugar:** UMF No. 68 Estado de México Oriente del Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Tiempo:** de julio a diciembre del 2013

**Tipo de muestra:** Para seleccionar los pacientes que integraron la muestra se utilizó el muestreo No probabilístico de casos consecutivos ya que se eligió a cada uno de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula para estimar proporciones.

### FÓRMULA PARA PROPORCIONES

$$n = \frac{Nz^2 pq}{d^2}$$

$$d^2 (N-1) + Z^2 pq$$

Donde

- ❖  $n = 27,391$
- ❖ Valor de  $Z = 1.96$
- ❖  $p =$  proporción esperada en este caso  $0.50$
- ❖  $q = 1-p = 0.50$
- ❖  $d =$  nivel de error  $0.05$
- ❖ Nivel de confianza =  $95\%$
- ❖  $n = 327$  pacientes

**Tamaño de la muestra:** 327 pacientes

**Criterios de selección:**

Criterios de inclusión

- Derechohabientes que pertenezcan a la UMF No. 68
- Pacientes diagnosticados con hipertensión sistémica.
- Pacientes con control mensual > a 6 meses.
- Ambos sexos
- Que acepten participar en el estudio.
- Edad de 40 a 69 años

Criterios de exclusión:

- Lesión a órgano blanco.
- Complicaciones cardiovasculares (Cardiopatía isquémica. Insuficiencia cardiaca, EVC)
- Co-morbilidades (EPOC, DM2, Enfermedad mental, demencia. Alcoholismo, cáncer en los últimos 5 años, Inmovilizados o pacientes terminales.)
- Los que rechazaron el manejo
- Embarazadas.

Criterios de eliminación:

- Cédulas o cuestionarios con datos del paciente incompleto.



## VARIABLES

### OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

#### VARIABLE DEPENDIENTE: ADHERENCIA TERAPEUTICA

DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
Comportamiento de un paciente en relación a los medicamentos que debe tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida.	Es el resultado de la puntuación obtenida en el instrumento de medición de adherencia terapéutica cuestionario de Morisky – Green.  ADHERENTE (responde no a las cuatro preguntas)  NO ADHERENTE (si contesta si en al menos una de las preguntas)	Cualitativa	Nominal	1.ADHERENTE  2.NO ADHERENTE

#### VARIABLE INDEPENDIENTE: APOYO FAMILIAR

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Son los vínculos existentes entre el sujeto y un conjunto definido de personas, con las cuales es factible el intercambio de comunicación, solidaridad y confianza.	Si el paciente refiere contar con apoyo familiar en relación con su tratamiento.	Cualitativa	Nominal	1. Deficiente (8-18)  2. regular (19-28)  3. suficiente (29-38)

## VARIABLE INDEPENDIENTE NIVEL DE CONOCIMIENTOS

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Es el conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje.	Resultado obtenido después de evaluar al paciente, utilizando para esto el instrumento de medición nivel de información sobre hipertensión del Dr. Damián Mata	Cualitativa	Ordinal	1. AZAR (11) 2. DEFICIENTE (12-19) 3. REGULAR (20-28) 4. SUFICIENTE (29-36)

## VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
EDAD	Definida según los años cumplidos por los pacientes al momento de ser entrevistados y determinada a través de su documento de identidad.	Años cumplidos que refiera el entrevistado	Cuantitativa	Discreta	35-40 41-50 51-60 61-70 71 y>

RELACION ENTRE APOYO FAMILIAR, NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y ADHERENCIA

GÉNERO	Diferencia física que distingue a los organismos individuales, según las funciones de los procesos reproductivos	Según las características del entrevistado ya sea hombre o mujer	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino
OCUPACION	Implica realizar cualquier labor, ya sea por horas, medio tiempo o tiempo completo.	Según refiera el paciente en la hoja de recolección de datos..	Cualitativa	Nominal	Desempleado Ama de casa Obrero Empleado Comerciante Profesionista Jubilado Pensionado
ESCOLARIDAD	Conjunto de las enseñanzas y cursos que se imparten a los estudiantes en los establecimientos docentes.	Según el número de años de estudio cursados por los pacientes.	Cualitativa	Nominal	1,Analfabeta 2 Primaria incompleta 3 Primaria 4 Secundaria 5 Técnico 6 Bachillerato 7 Licenciatura 8 Postgrado
TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD	Tiempo transcurrido entre que se realizó el diagnostico de hipertensión arterial y la realización de este estudio	Tiempo expresado en años que refiera tener con hipertensión arterial de acuerdo al diagnóstico medico	Cuantitativa	Discreta	< de 5 5 – 9 10 -19 20 o >
HIPERTENSION ARTERIAL	La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias.	Toma de TA, Promedio que resulte de dividir los últimos 6 controles de TA sistólica y diastólica y TAM	Cualitativa	Nominal	Controlado Descontrolado

## **7. FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS**

Este estudio se apego a los criterios y principios éticos de la declaración de Helsinki y respeta la investigación médica en seres humanos.

Se realizo respetando la Ley General de Salud, en sus artículos 14 al 21 y apegándose a las normas en investigación para el instituto Mexicano del Seguro Social, respetando la individualidad de cada participante.

El proyecto de investigación se considero como riesgo mínimo, por tratarse de la captura de datos por medio de una cedula y tres cuestionarios por lo tanto no se violentó de ninguna forma los derechos humanos de los pacientes al recibir información y aceptar ingreso al protocolo a través de la forma del consentimiento informado.

## **8. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO**

Una vez aprobado el protocolo por el Comité local de investigación 1401 y previa autorización por las autoridades de la unidad de Medicina Familiar No. 68, se procedió a la recolección de los datos, durante el periodo comprendido de junio a diciembre del 2013 se mantuvo coordinación con los médicos familiares de ambos turnos para que enviaran a los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial sistémica que acudieron a su consulta médica mensual al consultorio del investigador para la evaluación, ahí se les entrevistó y aquellos que reunieron los requisitos fueron invitados para participar en el estudio y los aceptantes firmaron carta de consentimiento informado. Inicialmente se le solicitaron datos generales como edad, sexo, ocupación, Nivel de estudios, Tiempo con hipertensión arterial los pacientes con diagnóstico médico de hipertensión arterial sistémica. Se recabaron datos del expediente clínico sobre las 2 últimas, cifras tensionales y se les tomó la tensión arterial en el momento de la aplicación de los cuestionarios.

Posteriormente se les aplicaron tres encuestas dirigiendo las preguntas para medir las variables utilizaron tres instrumentos:

### **I. NIVEL DE INFORMACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Validado por la UNAM en 1999. del Dr. Damián Mata, consta de 36 preguntas a través de siete dominios 1) generalidades, 2) factores de riesgo, 3) signos y síntomas de alarma, 4) apego al tratamiento no farmacológico, 5) apego al tratamiento farmacológico, 6) auto monitoreo y 7) complicaciones sobre hipertensión arterial. Con respuestas de cierto, falso asignando un punto a cada acierto y se restó un punto a cada error, la mitad de respuestas para opción cierto y mitad con opción falso. Las opciones de respuesta fueron "C" cierto o "F" falso, donde se asignó un punto a cada acierto y se restó un punto a cada error.

## **II. ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN HIPERTENSOS.**

El segundo instrumento que midió adherencia al tratamiento denominado Test de cumplimiento auto comunicado de Morisky-Green Levine, consto de un pequeño cuestionario de 4 preguntas que orientan a la adherencia o no adherencia al tratamiento con validez predictiva a largo plazo, con un nivel de confianza del 95% y de alfa de Cron Bach 0.65 consta de cuatro reactivos los cuales orientaron a la adherencia o a la no adherencia, se consideró ADHERENTE: si respondió no a las cuatro preguntas, NO ADHERENTE si contestó sí, al menos a una de ellas.

## **III. APOYO FAMILIAR**

El instrumento MOS es un instrumento válido y confiable para tener una visión multidimensional para medir el apoyo social permite conocer la red familiar y extra familiar. Consta de cuatro dominios con 20 ítem.

Se responde en escala tipo Likert. Con puntuaciones de 1) nunca 2) pocas veces 3) algunas veces 4) la mayoría de las veces 5) siempre.

Para la captura y validación de los datos se utilizó una base de datos en Excel, el paquete estadístico denominado SPSS. Se aplicó la prueba estadística denominada OR (razón de momios) para determinar si hay asociación entre el nivel de conocimientos, apoyo familiar con adherencia al tratamiento. Los resultados obtenidos se sacaron porcentajes, medias y promedios y se presentan en tablas.

## 9. RESULTADOS

Se encuestaron a 327 pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica que asistieron a la Unidad de Medicina Familiar No. 68 de Santa María Tulpetlac Estado de México. Durante el periodo comprendido del 1 de junio al 30 de noviembre del 2013, se eliminaron 21 encuestas por inconsistencias en los datos obtenidos, quedando un total de 306 pacientes con entrevistas y cuestionarios con datos completos.

De 302 pacientes el 71% son mujeres y el 29% hombres (relación 2:1), un rango de edad de 35 a 79 años y un promedio de 58 y una desviación estándar de +/- 7.7 años. El nivel de escolaridad que predominó es secundaria en un 24.4%, primaria 21.2% primaria o menos 14.5, con carrera técnica 13.5 % y analfabetas 6.6%.

Tabla 1. Escolaridad de los pacientes según el sexo.

ESCOLARIDAD	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	f	%	f	%	f	%
Analfabeta	15	5.0	5	1.6	20	6.6
Primaria incompleta	33	10.7	12	3.8	45	14.5
Primaria	52	17.0	13	4.2	65	21.2
Secundaria	51	16.7	24	7.7	75	24.4
Técnico	24	8.0	17	5.5	41	13.5
Bachillerato	23	7.6	7	2.3	30	9.9
Licenciatura	12	4.0	7	2.3	19	6.3
Posgrado	6	2.0	5	1.6	11	3.6
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>71%</b>	<b>90</b>	<b>29%</b>	<b>306</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta de datos sociodemográficos.

La ocupación principal que sobresale es la de ama de casa en un 58.5% seguida de los pensionados y jubilados con un 8.5% y 6.9% respectivamente, empleados con un 13.4% ejerce su profesión el 2%.

Tabla 2. Ocupación de los pacientes según el sexo.

<b>OCUPACION</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Desempleado	1	3
Ama de casa	179	58.5
Obrero	22	7.2
Empleado	41	13.4
Comerciante	10	3.3
Profesionista	6	2.0
Jubilado	21	6.9
Pensionado	26	8.5
<b>Total</b>	<b>306</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta de datos sociodemográficos.

En relación a los años de evolución de la hipertensión arterial sistémica el 34% lleva 20 o más años con este padecimiento, el 27.8% de 5 a 9 años y el 24.8% entre 10 y 19 años, con un promedio de 12 años.

Tabla 3. Tiempo de evolución de la enfermedad:  
Hipertensión Arterial Sistémica

<b>AÑOS DE EVOLUCIÓN</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
< de 5	41	13.4
5 – 9	85	27.8
10 -19	76	24.8
20 o >	104	34.0
<b>TOTAL</b>	<b>306</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta de datos sociodemográficos.



La obesidad como factor de riesgo grado I y II se hace evidente en un 30.7 % y 8.8 respectivamente, en sobrepeso se encuentra el 29% de la población y tan sólo el 31.4% se encuentra dentro de un peso normal.

Tabla 4. Peso del paciente según su IMC

<b>PESO</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Normal	96	31.4
Sobrepeso	89	29.1
Obesidad grado I	94	30.7
Obesidad grado II	27	8.8
<b>TOTAL</b>	<b>306</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta de datos sociodemográficos.

Después de un análisis clínico basado en los últimos seis registros mensuales de la Presión Arterial y tomando en cuenta la presión arterial media (PAM) mayor a 100, observamos que del total de pacientes el 79.4% está controlado, y el 18.3% se encuentra descontrolado en etapa I, el 2% en etapa II y tan solo el 3% en etapa III haciendo un total del 23.3% de pacientes descontrolados.

**Tabla 5.** Frecuencia de pacientes controlados de acuerdo a la medición de presión sistólica y diastólica.

<b>NIVEL DE CONTROL</b>	<b>PRESIÓN SISTÓLICA</b>		<b>PRESIÓN DIASTÓLICA</b>		<b>PRESIÓN ARTERIAL MEDIA</b>	
	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
	Normo tenso	250	81.7	270	88.2	243
Etapa I	49	16	32	10.5	56	18.3
Etapa II	5	1.6	4	1.3	6	2
Etapa III	1	3	-	-	1	3
HAS Sistólica Aislada	1	3	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>306</b>	<b>100</b>	<b>306</b>	<b>100</b>	<b>306</b>	<b>100</b>

$PAM = (2XPAD) + PAS / 3$

Fuente: Encuesta de datos sociodemográficos.

En cuanto a una de las variables que nos ocupan y según el método rápido para determinar la adherencia al tratamiento se obtuvo que el 57% se adhiere y el 43% no es adherente.

Al relacionar las variables adherente y no adherente con pacientes controlados y no controlados encontramos que los adherentes tienen discreto incremento en el riesgo de descontrol (OR 1.30, con IC 95% 0.75 a 2.27, p no significativa). No existe asociación entre variables.

**Tabla 6.** Pacientes con adherencia al tratamiento asociada al control de presión arterial

ADHERENCIA	CONTROLADOS	NO CONTROLADOS	TOTAL	
	f	f	f	%
Si Se Adhiere al Tx	132	42	174	57
No Se Adhiere al Tx	106	26	132	43
<b>TOTAL</b>	<b>238</b>	<b>68</b>	<b>306</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta de datos sociodemográficos.

En cuanto a la medición de la variable de interés nivel de conocimientos sobre la enfermedad, encontramos que el 36% tiene conocimientos en forma regular y suficientes sobre su padecimiento y sobre su tratamiento.

**Tabla 7.** Nivel de conocimientos de los pacientes sobre HAS

NIVEL DE CONOCIMIENTO	F	%
Azar	108	35.3
Deficiente	88	28.8
Regular	97	31.7
Suficiente	13	4.2
<b>Total</b>	<b>306</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta sobre Nivel de conocimientos.

Se analizó cada uno de los dominios identificados que las fallas más sobresalientes son en relación a su tratamiento farmacológico, generalidades, factores de riesgo y signos de alarma

**Tabla 8.** Nivel de conocimientos de los pacientes agrupado por dominios según sus aciertos y errores.

DOMINIO	CONOCIMIENTO SOBRE HTA	
	SABE	NO SABE
Tratamiento Farmacológico	33%	67%
Generalidades	35%	65%
Factores de Riesgo	44%	56%
Signos de Alarma	47%	53%
Tratamiento No Farmacológico	56%	44%
Automonitoreo	56%	44%
Complicaciones	61%	39%

Fuente: Encuesta sobre Nivel de conocimientos.

Al relacionar la variable nivel de conocimientos con el control de su enfermedad no encontramos asociación entre variables (OR=1.13, con un IC 95% 0.64 a 1.98, p= no significativa).

**Tabla 9.** Relación entre nivel de conocimientos y el control de la HTAS.

CONOCIMIENTOS SOBRE HTAS	CONTROL DE LA ENFERMEDAD		TOTAL
	CONTROLADOS	DESCONTROLADOS	
SABEN	87 79.1%	23 20.9%	110
NO SABEN	151 77%	45 23%	196
<b>TOTAL</b>	<b>238 77.8%</b>	<b>68 22.2%</b>	<b>306</b>

Fuente: Encuesta sobre Nivel de conocimientos.

Al analizar las variables adherencia al tratamiento con el nivel de conocimientos discreto exceso de riesgo (OR =1.21, IC 95% 0.76 A 1.94, p=no significativa). No existe asociación entre variables.

Al analizar de forma acumulada a los que no saben y son adherentes, los adherentes saben un poco (OR=1.43, IC 95% 0.83 A 2.48, p=ns), pero aún no es significativo.

**Tabla 10.** Relación entre nivel de conocimientos y la adherencia al tratamiento.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	ADHERENCIA		TOTAL
	SIN	CON	
Saben	59 (53.6%)	51 (46.4%)	110 100%
No Saben	114 ( 58.5% )	81 (41.55%)	195 100%
<b>TOTAL</b>	<b>173</b> <b>(56.7%)</b>	<b>132</b> <b>(43.3%)</b>	<b>305</b> <b>100%</b>

Fuente: Encuesta sobre Nivel de conocimientos.

Al correlacionar las variables conocimiento y adherencia con el control dela enfermedad no se encontraron asociaciones significativas.

**Tabla 11.** Relación entre conocimientos, adherencia y el control de la HTA.

CONOCIMIENTOS Y ADHERENCIA	CONTROL DE LA HTA		TOTAL
	DESCONTROLADO	CONTROLADO	
No Saben y No Adherente	30 (26.3%)	84 (73.7%)	114 (100%)
Si Saben y es Adherente	38 (19.9%)	153 (80.1%)	191 (100%)
<b>TOTAL</b>	<b>68</b> <b>(22.3)</b>	<b>237</b> <b>(77.7)</b>	<b>305</b> <b>(100)</b>

Fuente: Encuesta para medir adherencia terapéutica Morinsky Green Levine y Nivel de conocimientos.

En cuanto a la relación del apoyo familiar con el nivel de conocimiento la prueba de Pearson demuestra que sí tiene correlación significativa pero baja de 0.18 Con una P obtenida por t de Student de 0.002.

El grado de apoyo familiar en relacion con el control de la tensión arterial sistólica. Los que si tienen apoyo familiar obtuvieron una sistólica de 127.9 y los que no tiene apoyo familiar obtuvieron una sistólica de 126.1 la diferencia es de 1.94 diferencia no significativa a través de la T de Student.

Al relacionar los que si tienen apoyo familiar con la tensión arterial diastólica resultó no significativa con una P de 0.7

**Tabla 12.** Apoyo familiar agrupado por dominio.

APOYO FAMILIAR DOMINIOS	SIN APOYO		CON APOYO		TOTAL	
	F	%	F	%	f	%
Emocional	89	29	217	71	306	100
Emocional e Instrumental	90	32	216	68	306	100
Afectivo	119	39	187	61	306	100
Sociofamiliar	86	28	220	72	306	100
Familiar	199	65	107	35	306	100

Fuente: encuesta MOS para medir apoyo social y familiar

## 10. DISCUSIÓN.

Como podemos observar en el estudio existe un 47% de pacientes con hipertensión arterial sistémica que no se adhieren al tratamiento, este porcentaje concuerda con lo establecido en la literatura ya que en ella se estima que el 50% de los pacientes no son adherentes.

En relación al conocimiento de la enfermedad y la adherencia terapéutica, no hay asociación entre ellas, la diferencia es poco significativa en cuanto a estudios previos. En nuestro caso, la falta de conocimiento no es causa de la falta de adherencia al tratamiento con respecto a la enfermedad, a pesar de esto se considera que el médico y todo el personal multidisciplinario no debe de dejar de lado su función primordial de prevenir a través de mantener bien informado al paciente sobre su, tratamiento y todo aquello que se considere deba de saber ya que sí no se asocian significativamente si contribuyen a que el paciente se adhiera al tratamiento. En cuanto a la relación de apoyo familiar y adherencia terapéutica coincidimos con otros autores en admitir que el apoyo familiar y social y la salud están relacionados en el sentido de que una mala salud es más pronunciada en el individuo que carece de apoyo o perciben que este no es suficiente. Esto tiene relación con lo que establece Louro Bernal cuando dice: “la familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo, y ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana”.

Con base en estos resultado podemos decir que los pacientes que cuentan con una red de apoyo familiar influyen en su bienestar y capacidad de funcionamiento frente a la enfermedad de manera dinámica y es tal la influencia que de alguna manera crea conciencia en el comportamiento del paciente en relación a los medicamentos que debe de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida.

Conocedores de la importancia que tiene la adherencia al tratamiento intentamos identificar algunos de los factores de riesgo que influyen para que esto no se lleve a cabo, sin embargo; es difícil determinar algunas situaciones que implican la falta de ésta adherencia.

Es importante mencionar que el estudio tiene algunos sesgos tanto de medición de las variables como de muestreo.

Sin embargo creemos que de alguna manera este sirve de base para seguir otras líneas de investigación que lleven a identificar los factores que influyen en los paciente con enfermedades crónica a que no se adhieran al tratamiento.

## **8. CONCLUSIONES.**

En base a los resultados obtenidos en base al analisis y discusion. los objetivos del estudio se cumplieron aunque se demostro que:

No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial con la adherencia terapéutica.

Sin embargo el apoyo familiar si tiene asociacion la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos.

El apoyo familiar, nivel de conocimiento y adherencia terapéutica no se asocia al control de la tensión arterial sistólica y diastólica.

Se destaca que insistir que la educacion del paciente es fundamental, asi mismo, convencer al paciente para adoptar conductas de colaboracion y alcanzar éxito en su control.



## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía Aguascalientes (INEGI). (2013). "Estadísticas a propósito del Mundial de la salud". 2013.p-1
2. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el primer nivel de atención. México: Secretaria de Salud, 2009.
3. Rosas PM, Lara EA, Pastelín HG, Velásquez MO, Martínez RJ, Méndez OA, et al: Re-encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENATA): Consolidación Mexicana de los Factores de Riesgo Cardiovascular, Cohorte Nacional de Seguimiento. Arch. Cardiol Mex. 2005; 75: 96–111
4. Velázquez M, Rosas P, Lara E, Pastelín H, Attie F, Tapia C. Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. Arch Cardiol Mex. 2002; 72:(1).
5. Jones Daniel W, Appel Lawrence J, Sheldon Sheps G, Rocella Edward J, Lefant Claude. Measuring blood pressure accurately new and persistent challenges, Jama 2003: 289 (8): 1027-103
6. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986; 24: 67-74.
7. Notas Fármaco terapéuticas. Adherencia terapéutica. Estrategias prácticas de mejora. Revista Salud Madrid 2006, 13(8) Lifshitz A.
8. Importancia y complejidad de la adherencia terapéutica. Rev. Med IMSS 2007, 45 (4) 309-310
9. Rodríguez M.M, Guerrero RJ. Importancia del apoyo familiar en el control de la glicemia. Sal Pub Mex. 1997; 39:44-47
10. Paredo-Rosado P, Gómez-López BM, Sánchez-Nuncio HR, Navarrete-Sánchez A, García-Ruiz M. Impacto de una estrategia educativa activa participativa en el control de la hipertensión arterial. Rev. Med IMSS. 2005; 43(2): 125-12

11. Rodríguez MM, Guerrero RJ. Importancia del apoyo familiar en el control de la glicemia. *Sal Pub Mex.* 1997; 39:44-47.
12. Marín Reyes F, Rodríguez Moran M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Rev. Sal Pub Mex.* 2001; 43 (4):
13. Molina Moya M. et al. Efecto de la intervención farmacéutica sobre los valores de presión arterial de pacientes que acuden a una farmacia comunitaria de Comunidad Valenciana 1-6. Mayo 2011
14. Rodríguez Chamorro M A. Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular. Tesis doctoral. Universidad de Granada. 2008
15. Louro Bernal I. La familia en la determinación de la salud. *Rev. Cubana Salud Pública.* 2003;29(1):48-51
16. Noé Sánchez Cisneros, Adherencia Terapéutica en Hipertensión Arterial sistémica *Revista Mexicana de enfermería Cardiológica.* Volumen 14, Núm. 3 Septiembre-diciembre 2006 pp 98-101
17. Martínez PG, Vallejo M, Huesca C, Álvarez de León E, Paredes G, Lerma GC. Factores de riesgo cardiovascular en una muestra de mujeres jóvenes mexicanas. *Archivos de Cardiología Méx.* 2006; 76 (4): 401-7.
18. Acosta GM, Debs PG, De la Noval GR, Dueñas HR. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos relacionados con su adherencia terapéutica. *Rev. Cubana Enfermería* 2005; 21(3): 1-8.
19. López PA, Bautista-Vidal C, Rosales VO, Galicia HL, Rivera EJ. Control clínico posterior a sesiones grupales en pacientes con diabetes e hipertensión. *Rev. Med IMSS.* 2007; 45 (1): 29-36.
20. Puente SF. Adherencia terapéutica: implicaciones para México. Tomado de *Adherencia terapéutica.* México, D.F. Lepetit, 1984. 1-93.

- 21.Revilla AL, Luna CJ, Bailón ME, Medina MI. Validación del cuestionario MOS de apoyo social y familiar en Atención Primaria. Medicina de Familia. 2005; 6 (1): 10-18.
- 22.Duarte MJ, Rubio GJ. Hipertensión arterial sistémica: de la adaptación a los riesgos. Med. Int. Mex. 2005; 21 (3): 198-205.
- 23.Menéndez VA, Montes MT, Gamarra M, Núñez L, A. Alonso FB. Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial. Aten Primaria 2003; 31(8): 506-13.
- 24.Menéndez VA, Montes MT, Gamarra M, Núñez L, A. Alonso FB. Variables familiares asociadas al incumplimiento de las citas programadas en pacientes con hipertensión arterial. Aten Primaria 2003; 31(4): 272-4

**ANEXO 1**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAUNIDAD  
DE MEDICINA FAMILIAR NO 68**

**“CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO”**

Titulo del Estudio: RELACIÓN ENTRE APOYO FAMILIAR, NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN HIPERTENSOS.

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el número: 1401

El objetivo del estudio es:

El investigador principal me asegura que no se me identificará en las presentaciones ó publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi persona serán manejados en forma confidencial.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Que no corro ningún riesgo que dañe mi integridad física y Psicológica, que mi participación es voluntaria, estoy consciente de que se respetará mi privacidad, mis derechos como ser humano y que la información que proporcionaré será confidencial

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, El Investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial.

También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio e informarme y canalizarme con algún servicio o especialidad en caso de requerir ayuda.

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del Participante**

**DRA. ROCIO DIANA PEREZ LOPEZ**  
**Investigador Responsable**

**Número (s) telefónico (s) a los cuales puede comunicarse en caso de dudas o preguntas relacionadas con el estudio**

**Teléfonos:** \_\_\_\_\_ Testigo

Testigo



**ANEXO 3**

Estimado paciente, el presente cuestionario tiene como propósito contribuir investigar qué tanto conoce de su enfermedad, por lo que su colaboración es de gran ayuda para el resultado de nuestro trabajo.

**NIVEL DE CONOCIMIENTO****INSTRUCCIONES:**

Después de leer las siguientes preguntas, por favor marque con una X, si considera que la respuesta es verdadera o si considera que es falsa.

No.	PREGUNTA	V	F
1	Si se sospecha que usted presenta hipertensión arterial, ¿se debe medir varias veces su presión arterial (por lo menos dos mediciones) antes de diagnosticar hipertensión arterial?		
2	Si tomas regularmente los medicamentos para la hipertensión arterial, ¿puedes suprimir la dieta y ejercicio?		
3	El dolor de cabeza es un síntoma que siempre está presente en la hipertensión arterial		
4	¿Puedo suspender el medicamento en cuanto mi presión arterial se normalice?		
5	La presión arterial normal va desde 100/60 hasta 129/84mmHg		
6	Cuando tiene dolor de cabeza (cefalea), zumbido de oídos (acúfenos), ¿su presión arterial puede estar elevada?		
7	Si detectan la presión arterial alta, ¿tiene que acudir con el médico, hasta después de tres meses?		
8	Evitar el uso de saleros es necesario para ayudar a controlar la hipertensión		
9	Si me siento bien, ¿puedo suspender el medicamento, aún sin saber cuánto tengo de presión arterial?		
10	¿Existe una presión arterial mayor o sistólica normal (de 100 a 129mm/Hg) ?		
11	A mayor edad y junto con malos hábitos, ¿es mayor el riesgo de desarrollar hipertensión arterial?		
12	Vigilar los niveles de colesterol es una medida de poca utilidad para los hipertensos		
13	La hipertensión arterial, ¿es un factor de riesgo para sufrir daño en sus riñones y ocasionar Insuficiencia Renal Crónica?		
14	El mareo, es un síntoma que sólo se presenta en pacientes con hipertensión arterial		
15	Si los medicamentos para bajar la presión arterial ocasionan efectos indeseables (tos, edema de piernas, gastritis, etc.); ¿usted puede decidir cambiar el medicamento?		

16	Sólo se encuentra el diagnóstico de hipertensión arterial en mayores de 40 años		
17	Existe una presión arterial menor o diastólica normal (de 60 a 84mm/Hg)		
18	El estrés, la ansiedad, y la angustia; ¿son problemas que descontrolan la hipertensión arterial?		
19	La mejor forma de saber si su presión arterial esta alta, es acudir a urgencias		
20	¿Tengo que tomar con un horario, los medicamentos para controlar la presión arterial alta (hipertensión arterial)?		
21	La vigilancia periódica por el médico familiar previene complicaciones		
22	La hipertensión arterial alta puede ocasionar embolia y hemorragia en su cerebro.		
23	La hipertensión arterial solamente se presenta en hombres		
24	La persona indicada que puede diagnosticarle, que usted tiene hipertensión arterial es el médico		
25	El ejercicio frecuente debe evitarse porque descontrola al paciente con hipertensión arterial		
26	Si un paciente con hipertensión arterial presenta palpitaciones, falta de aire y una presión mayor de 160/100mmHg ¿puede tratarse en su casa?		
27	Las personas con obesidad son las únicas que pueden padecer hipertensión arterial		
28	Los cambios en el estilo de vida, como evitar: obesidad, realizar ejercicio, dejar de fumar y de tomar alcohol, son necesarias para un buen control de la hipertensión		
29	Si el hipertenso se encuentra controlado, ¿podría tomar una copa de vino (30ml) en un festejo?		
30	¿Hay muchas más muertes asociadas a enfermedades como SIDA, que a hipertensión arterial?		
31	La única forma de saber si una persona tiene la presión arterial alta, ¿es medirla con un baumanómetro (aparato para medir la presión arterial)?		
32	La presión arterial muy alta o sin un buen control, puede producir infarto agudo al corazón.		
33	Una presión arterial de 120/80mmHg, ¿se considera como hipertensión arterial muy alta?		
34	La cita mensual con su médico familiar, ¿es únicamente con la finalidad de surtir medicamentos?		
35	Los pacientes hipertensos y/o un familiar, ¿deben aprender a medir la presión arterial para vigilar su presión arterial?		
36	El tratamiento de la hipertensión arterial se inicia hasta que la persona tiene síntomas		

**ANEXO 4.**

<b>ADHERENCIA TERAPÉUTICA MORINSKY GREEN LEVINE</b>		
<b>MORISKY GREEN</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. ¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento para su HTA?		
2. ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?		
3. Cuando se encuentra bien ¿deja de tomarlos?		
4. Si alguna vez le sientan mal ¿deja de tomarlas?		



**ANEXO 5.**

**MOS APÓYO SOCIAL Y FAMILIAR**

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

1.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el N° de amigos íntimos y familiares cercanos: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_

Todos buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

<b>CARACTERISTICA</b>	<b>NUNCA</b>	<b>POCAS VECES</b>	<b>ALGUNAS VECES</b>	<b>LA MAYORÍA DE LAS VECES</b>	<b>SIEMPRE</b>
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama					
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar					
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas					
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita					
6. Alguien que le muestre amor y afecto					
7. Alguien con quien pasar un buen rato					
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación					
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones					
10. Alguien que le abrace					
11. Alguien con quien pueda relajarse					
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo					
13. Alguien cuyo consejo realmente desee					

<b>14. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas</b>					
<b>15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo</b>					
<b>16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos</b>					
<b>17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales</b>					
<b>18. Alguien con quien divertirse</b>					
<b>19. Alguien que comprenda sus problemas</b>					
<b>20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido</b>					



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1401  
H GRAL REGIONAL 196 FIDEL VELA, MÉXICO ORIENTE, ESTADO DE

FECHA 25/01/2013

**DRA. ROCIO DIANA PEREZ LOPEZ**

**PRESENTE**

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

**RELACION ENTRE APOYO FAMILIAR, NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN HIPERTENSOS**

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

Núm. de Registro
R-2013-1401-5

ATENTAMENTE

**DR.(A). MARÍA DE LA LUZ GODÍNEZ FLORES**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud-No. 1401

**IMSS**

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS