



**Universidad Popular Autónoma del Estado de
Puebla
Decanato de Ciencias Médicas
Licenciatura en Enfermería**

“Apoyo familiar en la Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial”

Tesis para obtener el Grado de Licenciada en Enfermería

**Presenta:
Tesis Gutiérrez Magdalena
Vaquero Alexa Marie**

**Asesores metodológicos:
Msp. Edgar Mauricio Ramírez Pérez
Dra. María Antonia Torres Álvarez
Dra. Maribel Pérez Marín**

Puebla, México.

Septiembre, 2022



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de textos, imágenes, gráficas, 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 de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Carta de culminación de tesis



**DECANATO DE CIENCIAS MÉDICAS
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ACADEMIA DE INVESTIGACIÓN**

Coordinación de Procesos de Evaluación

P r e s e n t e

El día 6 de septiembre del año 2022, quien suscribe Mtro. Edgar Mauricio Ramírez Pérez, asesor metodológico de tesis para sustentar **Examen profesional**, hago constar que la **C. VAQUERO ALEXA MARIE** ha cumplido con el proceso de revisión, validación y entrega en medio electrónico de tesis, para continuar con su proceso de titulación.

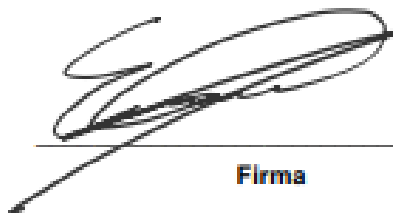
Nombre del proyecto: **"Apoyo familiar en la Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial"**

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente

Mtro. Edgar Mauricio Ramírez Pérez

Nombre del asesor



Firma

c.c.p. Mtra. María del Pilar Castro Fernández de Lara. Directora de la Facultad de Enfermería. psc

Resumen

Introducción: El entorno familiar se considera como principio fundamental en el desarrollo de la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial. **Objetivo:** Describir el apoyo familiar en la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial en la unidad habitacional Volkswagen 2. **Método:** Diseño de estudio cuantitativo de tipo observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Población de estudio conformada por 135 pacientes del sexo masculino pertenecientes a la unidad habitacional Volkswagen 2 de la Ciudad de Puebla. La muestra está constituida por 60 pacientes que cumplan con los criterios de selección. El muestreo será no probabilístico. Se empleó la encuesta para la obtención de información. Las variables analizadas fueron edad, estado civil, escolaridad, grado de conocimiento, adherencia terapéutica, barreras para la adherencia terapéutica y el apoyo familiar. El instrumento de medición incluye la cedula de datos personales de pacientes con hipertensión arterial, así como la composición de cuatro secciones adaptadas y validadas por el alpha de cronbach; El conocimiento que comprende el paciente de la patología, medición de la adherencia, la sección de análisis de las barreras para la adherencia terapéutica y el apoyo familiar. **Resultados o hallazgos:** El 88.8% que corresponde a 53 participantes, cuentan con un conocimiento medio acerca de la patología y solo el 11.7% con un conocimiento alto. En tanto a la adherencia terapéutica, el 65% de los participantes cuentan con una adherencia terapéutica media, mientras que 35% alta. En el nivel de barreras existentes prevaleció el nivel de barreras altas con un 61.7%, 35% medias y solo el 3.3% bajas. Finalmente el 56.7% cuenta con apoyo familiar alto, el 35% apoyo medio mientras que el 6.7% cuenta con apoyo familiar bajo.

Conclusión: La prevaeciente información emitida por medios oficiales de la salud en pacientes con hipertensión arterial intriga en el arduo empeño de prevención, detección

temprana en la patología y la educación en el primer nivel de atención, de tal forma que se lleve a cabo la aplicación de intervenciones por parte del personal capacitado. En tanto a que se determina la significancia del apoyo familiar en la adherencia terapéutica, sin embargo depende finalmente del paciente, pues el es autónomo en el proceso y aceptación de su enfermedad.

Palabras Clave o descriptores: Hipertensión arterial, conocimiento, adherencia terapéutica, apoyo familiar, barrera e instrumento.

Índice

Contenido

Capítulo I.....	7
Introducción	7
1.1 Problema de Investigación	7
1.2 Pregunta de investigación.	11
1.3 Justificación.....	12
1.4 Objetivo General	14
1.4.1 Objetivos específicos	14
Capítulo II	15
2.1 Marco Teórico.....	15
2.2 Cuadro de variables.....	32
2.3 Estudios relacionados.....	35
Capitulo III.....	39
3.1 Enfoque Metodológico.....	39
3.2 Diseño del Estudio	39
3.3 Población, Muestreo y Muestra	39
3.4 Criterios de Selección de la Muestra.....	40
3.4.1 Criterios de inclusión.	40
3.4.2 Criterios de exclusión.....	40
3.4.3 Criterios de eliminación.	40
3.5 Instrumentos de Medición.....	40
3.6 Procedimiento de Recolección de Datos.....	42
3.7 Consideraciones Éticas.....	43
3.8 Análisis de Datos	44
Capitulo IV.....	45
Resultados	45
4.1 Consistencia Interna de los Instrumentos.....	45
4.2 Estadística Descriptiva de las Variables	46
4.2.1 Características Personales	46
4.3 Descripción del conocimiento del paciente sobre la enfermedad	47
Capítulo V	69

5.1 Discusión.....	69
5.2 Conclusión	72
5.3 Recomendaciones.....	73
Referencias	74
Apéndice A.....	77
Consentimiento Informado.....	77
Apéndice B.....	80
Cédula de Datos Personales	80
Apéndice C.....	81
Cedula de Identificación General.....	81
Apéndice D.....	82
Evaluación adaptada del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de la hipertensión arterial.	82
Apéndice E	85
Tablas y gráficas	85

Capítulo I

Introducción

1.1 Problema de Investigación

La hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo que atañe la salud de los individuos de manera que repercute en su calidad de vida, esta es caracterizada por un aumento de la presión en el interior de los vasos sanguíneos (arterias). Como consecuencia de ello, los vasos sanguíneos se van dañando de forma progresiva, favoreciendo el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, tales como: ictus, infarto de miocardio e insuficiencia cardíaca, el daño del riñón y, en menor medida, de afectación de la retina en los ojos, así como muchas más. (Segura, 2021)

De manera que se denota un número variable de personas con hipertensión, la cual ha estado aumentando en los últimos años; por lo que son muchos los factores que repercuten en la misma, como lo es el envejecimiento poblacional; inestabilidad del núcleo familiar; bajo nivel socioeconómico, consumo de alcohol y tabaco, sedentarismo, restricción dietética, el proceso de aculturación; así como variables importantes en el nivel académico en cuanto a la adherencia terapéutica de la enfermedad, y demás factores que subyacen de manera significativa y predominante en diferentes lugares. (Barrios, 2018).

De acuerdo a datos relevantes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en septiembre del año 2019, dictamina que entre el 20% y 35% de la población adulta de América Latina y el Caribe tiene hipertensión arterial sistémica. (OMS, 2019).

Estudios previos de Campos (2020) y Martínez (2019) coinciden en la dedicación de informar en “el año 2019 la cantidad de 691 a 826 millones de personas

diagnosticadas con hipertensión arterial causado consecuentemente anual de 10.8 a 15 millones de muertes”.

Información actualizada por la OMS en el mes de agosto 2021 emite que en el mundo existen 1280 millones de adultos de 30 a 79 años con la patología viviendo en países con bajos y medianos ingresos. (OMS, 2021).

Como respuesta a las cifras de estudios realizados se identificaron países como Canadá, Perú y Suiza en menor prevalencia, en tanto que la mayor incidencia detectada fue en República Dominicana, Jamaica, Paraguay y Hungría: además de la acentuación de Polonia en sinergia con Hungría distinguiéndose en el sexo masculino y nuevamente Hungría en el sexo femenino. (OMS, 2021).

Unos de cada cinco adultos hipertensos se mantienen en control siendo el 21%, el 46% desconoce la afección y el 42% se diagnostica, pero no se lleva a cabo un tratamiento. (OMS, 2021).

La Organización Panamericana de la Salud difunde cifras de 1.6 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares siendo la hipertensión arterial una de las principales afecciones del 20-40% de la población adulta resultando por ende 250 millones de personas en América Latina diagnosticadas con esta enfermedad. (OPS, 2021)

En México de acuerdo al panorama epidemiológico de las enfermedades no transmisibles y al Sistema Único para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE) en los meses de enero a junio del año 2021 se menciona que existe un total de 1,596,641 de casos de los cuales 15.4% son representados por la hipertensión arterial. En consiguiente, la tendencia mantenida a la baja fue desde el 2013 hasta el 2016 donde se reportaron un aumento de casos que persistió al alza hasta el 2019 en la que su tasa de

incidencia conllevaba a una población por cada 100 mil individuos de 295.2, aminorando en 2020 a 237.8 (Díaz, 2021).

En el año 2021, la tasa nacional comprendió 157.6 casos por cada 100 mil individuos; el territorio nacional de mayor auge fue Baja California con 517.6 casos de 100 mil individuos, en segundo lugar, Chihuahua con 449.8, Sinaloa con 419.6 y Coahuila con 405. (SS, 2021).

En el territorio nacional en una población de 348 pacientes se realizaron algunos tipos de que concentrados para identificar la patología que correspondió al 52.01% de habitantes que contaban con una buena atención médica y 47.99% no lo presentaban, en tanto que esto pueda variar dependiendo del desarrollo tanto del estado, así como su nivel de atención por las dos partes, paciente- educador de salud. (Garcés, 2020).

Por tanto, en Puebla la Secretaría de Salud emana que, a finales del 2020, atiende a un total de 42,331 pacientes por Hipertensión Arterial Sistémica. En tanto que el 68.5 % de estos pacientes se registra como pacientes en control terapéutico (28,960 pacientes) Para el mes de enero de 2020, Puebla presenta un porcentaje de positividad, en las detecciones de Hipertensión Arterial realizadas a la población vulnerable, del 2.3%. Mismo que las Jurisdicciones sanitarias con mayor incidencia registrada para este año son Chignahuapan, Zacapoaxtla y Cuautlancingo. (SSEP, 2017).

Con motivo de la baja adherencia que existe entre los pacientes con hipertensión arterial se busca comprender de manera más acabada los factores que inciden en la decisión del paciente a seguir un tratamiento, llegando muchos de ellos a la conclusión de que las variables resultan ser múltiples y a la vez complejas; emergida a que considerables no cuentan con el conocimiento de un diagnóstico oportuno, en otros casos se hace referencia a un mal control y al irresponsable manejo, de aquí es que se prevé investigar

las principales razones de la no adherencia terapéutica y si el paciente está recibiendo un apoyo por parte de su familia o no, de manera que si se incluye la participación y colaboración proactiva de los familiares, se verá un mayor resultado en la misma; optimizando así una esperanza de vida más prolongada.

Al margen de la recopilación de datos previos nace la inquietud propiamente de este tema, “Apoyo familiar en la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial”, tomando como muestra a la población de la unidad habitacional Volkswagen 2, perteneciente al municipio de Cuautlancingo, Puebla. Dado que es una de las jurisdicciones que tiene mayor incidencia de esta patología, delimitando la población en pacientes masculinos, con un rango de entre 50 a 60 años de edad.

1.2 Pregunta de investigación.

¿Cómo influye el apoyo familiar para que el paciente se adhiera al tratamiento de la hipertensión arterial?

1.3 Justificación

El aumento de la esperanza de vida junto a un estilo de vida cada vez menos saludable, está causando un espectacular incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas, entre las que destaca la hipertensión arterial. De acuerdo a Zuzera (2017) “la hipertensión arterial “(p,15). está considerada como la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos adultos en las poblaciones de todas partes del mundo; conllevando así por sí misma una enfermedad, y a la vez un factor de riesgo importante para otros padecimientos.

Dentro de este contexto, el tratamiento de la hipertensión arterial está dirigido, tanto a reducir las cifras de presión arterial como a prevenir las complicaciones. Sin embargo, la baja adherencia al tratamiento sigue siendo actualmente un problema latente en nuestro país, pues lamentablemente nos encontramos que menos del 50% de los sujetos hipertensos tienen sus cifras de presión arterial controladas. A pesar de que la educación sanitaria se viene utilizando en los distintos niveles asistenciales para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y la adquisición de hábitos de vida saludables, no existen muchas evidencias de su eficacia, dado a la falta de disposición proactiva de los pacientes para modificar sus hábitos higiénico-dietéticos y sostener un adecuado manejo del tratamiento farmacológico.

Así pues, uno de los determinantes del incumplimiento terapéutico es la influencia de los familiares como medida de estimular al paciente hipertenso a dirigirse hacia medidas benéficas para su salud.

De aquí que el conocimiento que tienen las personas es un factor importante para hacer frente al autocuidado. En este sentido, la educación terapéutica al paciente, en tanto a los familiares cercanos, está destinada a aumentar los conocimientos, habilidades y actitudes

favorables hacia el manejo de la presión arterial puede conllevar cambios en el estilo de vida que favorezca el cumplimiento terapéutico y optimicen las cifras de la presión.

En consecuencia, la educación terapéutica es una prioridad en el tratamiento que incluye intervenciones educativas que proporcionan a los pacientes y a los familiares los conocimientos y destrezas necesarias para afrontar las exigencias de la nueva situación de salud, así como promueven la motivación y los sentimientos de seguridad y responsabilidad esenciales para llevar a cabo sus autocuidados.

Del mismo modo, el concepto de adherencia es usado para denotar el grado en que una conducta (en términos de tomar medicamentos o ejecutar cambios en el estilo de vida) coincide con la indicación médica o de la salud. Implica un papel activo, voluntario y colaborativo en el plan de tratamiento que incorpora las creencias y actitudes del paciente, así como el modelo de colaboración entre los familiares principales. a modo que se convierta en medio para lograr la adherencia al tratamiento más efectiva.

Asimismo, es evidente que el vínculo entre familiar paciente y el apoyo del mismo facilitara la modificación de hábitos y comportamientos, lo que permite restablecer y conservar la salud; así como, mejorar la calidad de vida. A su vez promoverá tanto la adherencia terapéutica como la mejora de las expectativas de vida del paciente frente a la enfermedad.

En consecuencia, esta investigación pretende facilitar el cumplimiento terapéutico suscitando conductas de salud, actuando sobre los factores individuales que influyen en la adherencia terapéutica con el apoyo proactivo de los familiares en los pacientes hipertensos.

1.4 Objetivo General

Describir el apoyo familiar en la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial en la unidad habitacional Volkswagen 2.

1.4.1 Objetivos específicos

- Analizar la influencia que tiene la hipertensión sobre la salud actual de la población a nivel mundial, nacional y estado.
- Identificar el tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- Contrastar los principales factores que influyen en la adherencia farmacológica y las consecuencias que derivan del mal control de la hipertensión.
- Evaluar el nivel de adherencia terapéutica que tienen los pacientes con hipertensión arterial.

Capítulo II

Marco de Investigación

2.1 Marco Teórico

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos (arterias) como resultado de la función de “bombeo” que tiene el corazón, el volumen sanguíneo, la resistencia de las arterias al flujo y el diámetro de la luz arterial. Se mide con un aparato denominado esfigmomanómetro, apoyado con la ayuda de éste se expresa en (mm) de (Hg) mediante dos cifras. La cifra mayor corresponde a la presión sistólica, que se produce cuando el corazón se contrae y la sangre ejerce mayor presión sobre las paredes de las arterias. La cifra menor representa la presión diastólica que se produce cuando el corazón se relaja después de cada contracción, por lo que la presión que ejerce el flujo de sangre sobre las paredes de las arterias es menor. Se dice que una persona tiene hipertensión arterial cuando la presión sistólica es igual o mayor de 140 mm de Hg y la presión diastólica es igual o mayor de 90 mm de Hg. (Príncipe A. Claro, et al, 2017).

Como fuentes adicionales que rigen al sector de la salud se cuenta con lineamientos oficiales dirigidos al establecimiento de los procedimientos de prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial con el fin de disminuir la mortalidad, morbilidad y aumento de esperanza de vida.

El PROY-NOM-030-SSA2-2017, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica, define la HAS “Al padecimiento multifactorial caracterizado por la elevación sostenida de la presión arterial sistólica, la presión arterial diastólica o ambas 140/90 milímetros de mercurio.

CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Para fines de clasificación de estadios de la Hipertensión arterial sistémica, la GPC:

IMSS-076-21 emplea la formulada por la Sociedad Europea de Hipertensión Arterial.

Clasificación de la PA medida en consulta^a y definición de los grados de HTA^b

Categoría	Sistólica (mmHg)		Diastólica (mmHg)
Óptima	< 120	y	< 80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal-alta	130-139	y/o	85-89
HTA de grado 1	140-159	y/o	90-99
HTA de grado 2	160-179	y/o	100-109
HTA de grado 3	≥ 180	y/o	≥ 110
HTA sistólica aislada ^b	≥ 140	y	< 90

©ESC/ESH 2018

PA: presión arterial; PAS: presión arterial sistólica.

^aLa categoría de PA se define según las cifras de PA medida en consulta con el paciente sentado y el valor más alto de PA, ya sea sistólica o diastólica.

^bLa HTA sistólica aislada se clasifica en grado 1, 2 o 3 según los valores de PAS en los intervalos indicados.

Se emplea la misma clasificación para todas las edades a partir de los 16 años.

Fuente: Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al; Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Society of Hypertension (ESH) sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. 2019;72(2): 160.e1-e78.

CLASIFICACION ETIOLOGICA POR EL PROY-NOM-030-SSA2-2017, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión sistémica.

PRIMARIA: Engloba aproximadamente al 95% de casos, que incluye factores ambientales y biológicos.

SECUNDARIA: Forma parte del cuadro nosológico de una enfermedad conocida, predisponente por diversos orígenes:

- Renal (Glomerulopatías, tubulopatías y enfermedades intersticiales),
- Vascular (Coartación de la aorta, hipoplasia de la aorta, obstrucción de la arteria renal “reno vascular”, trombosis la vena renal y arteritis.

- Endocrinas: enfermedades de la tiroides, de la paratiroides, híper o hipoaldosteronismo primario, síndrome de Cushing, feocromocitoma.
- SNC: Tumores, encefalitis, apnea del sueño.
- Por medicamentos: Glucocorticoides, AINES, Inhibidores de la ciclooxigenasa 2, anfetaminas, simpaticomiméticos, anticonceptivos orales, ciclosporina, eritropoyetina, inhibidores de las proteasas, complementos dietéticos.
- Inducidas por estupefacientes y tóxicos: cocaína y plomo
- Inducidas por el embarazo: pre-clampsia y eclampsia.

El American Collage of Cardiology (ACC) y la American Heart Association (AHA) ha publicado recientemente en la guía para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial; mostrando la clasificación de esta para adultos de 18 años y más, con el propósito de identificar individuos en riesgo de padecer HTA (prehipertensos), así como facilitar el tratamiento y la evolución de los ya enfermos o hipertensos. (Guerra R., Francisco A., 2018).

CATAGORIA	SISTOLICA (mm Hg)	DIASTOLICA (mm Hg)
Optima	< 120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal alta	130-139	85-89
Hipertensión grado 1	140-159	90-99
Hipertensión grado 2	160-179	100-109
Hipertensión grado 3	> =180	>= 110
Hipertensión sistólica aislada	> =140	<90

Fuente: Adaptado de “Nuevas guías del American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension para el tratamiento de la hipertensión. ¿Un salto en la dirección correcta?, por Guerra R., Francisco A., 2018, *Medicina interna de México*, 34(2), 299-303.

HIPERTENSIÓN LIGERA, MODERADA Y GRAVE.

Los términos “ligera”, “moderada” y “grave”, son utilizados en recomendaciones previas de la OMS-SIH en sintonía con Campos (2018), ya que “corresponderían a los Grados 1, 2 y 3 respectivamente”. La denominación ampliamente utilizada de “Hipertensión limítrofe” pasa a ser un subgrupo de la hipertensión Grado 1. Debe resaltarse que el término “hipertensión ligera” no implica un pronóstico uniformemente benigno, sino que se utiliza simplemente para contrastarlo con las elevaciones más intensas de la presión arterial. A diferencia de lo que sucedía en recomendaciones previas, en este informe no se tratan por separado la hipertensión sistólica aislada ni la hipertensión del adulto. Estos dos trastornos se analizan ahora dentro del texto principal, puesto que su tratamiento es, como mínimo, igual de eficaz que el tratamiento de la hipertensión esencial clásica en individuos de mediana edad para reducir el riesgo cardiovascular.

HIPERTENSIÓN PRIMARIA (ESENCIAL)

En la mayoría de los pacientes con presión arterial alta, no se puede identificar ninguna causa, esta situación se denomina hipertensión primaria. Se calcula que el 95% aproximadamente de los pacientes con hipertensión tienen hipertensión primaria. El término alternativo, hipertensión esencial, es menos adecuado desde un punto de vista lingüístico, ya que la palabra esencial suele denotar algo que es beneficioso para el individuo. El término “hipertensión benigna” también debe evitarse, porque la hipertensión siempre conlleva riesgo de enfermedad cardiovascular prematura. (Campos, 2018).

HIPERTENSIÓN SECUNDARIA

El término hipertensión secundaria se utiliza cuando la hipertensión está producida por un mecanismo subyacente, detectable. Existen numerosos estados fisiopatológicos como estenosis de la arteria renal, feocromocitoma y coartación aórtica, que pueden producir hipertensión arterial. En alguno de estos casos, la elevación de la presión arterial es reversible cuando la enfermedad subyacente se trata con éxito. Es importante identificar la pequeña cantidad de pacientes con una forma secundaria de hipertensión, porque en algunos casos existe una clara posibilidad de curación del cuadro hipertensivo. (Campos, 2018).

CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN SEGÚN LA GCHTA.

Asimismo, la mencionada GCHTA de 2017 añade que en la práctica clínica se definen otros tipos de HTA (Conde, 2018):

HTA SISTÓLICA AISLADA.

También llamada Hipertensión de bata blanca se considera con este tipo de HTA a las personas que tienen elevaciones de la PA frente al médico y es normal cuando es medida por personal no médico fuera de ese contexto (familiares, vecinos, enfermeros u otras personas o técnicos). En pacientes ya diagnosticados el termino adecuado es: “efecto de la bata blanca”.

Es más frecuente en personas de más de 65 años de edad. Se considera así cuando la PAS es igual o mayor de 140 mmHg y la PAD es menor de 90 mmHg.

Se sugiere la toma de presión arterial domiciliaria (MAPA) como apoyo para el diagnóstico y control de la presión arterial, puesto que se acopla a las actividades del paciente siempre y cuando se cuente con el recurso, se considera como el mejor método de medición fuera del consultorio por la GPC: IMSS-076-21.

HTA MALIGNA.

Es la forma más grave de HTA y se relaciona con necrosis arteriolar en el riñón y otros órganos. Los pacientes tienen insuficiencia renal y retinopatía hipertensiva significativa.

HTA ENMASCARADA.

Es cuando la PA es normal en consulta y alta fuera del ambiente sanitario. La GPC:

IMSS-076-21 lo define como: “Fenotipo de presión arterial alta muy similar al de la hipertensión sostenida, por lo tanto, es de suma importancia identificar de forma temprana a estos pacientes para evitar complicaciones e iniciar manejo multidisciplinario de forma temprana”.

FACTORES QUE PROPICIAN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Se define factor de riesgo vascular como aquella situación o circunstancia que se asocia, estadísticamente, con una mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares. Un factor de riesgo puede estar implicado en la etiopatogenia de la enfermedad, o asociarse con la misma.

Para que se le pueda atribuir según Pomares (2017) “unos papeles etiológicos son necesarias varias premisas: que sea anterior al comienzo de la enfermedad; que exista una relación entre la intensidad del factor de riesgo y la patología cardiovascular; que dicha relación persista en las diferentes poblaciones estudiadas; y que se demuestre una reducción en la prevalencia de la enfermedad al disminuir o eliminar dicho factor de riesgo”.

Pasamos a describir los factores de riesgo cardiovascular principales, de interés en la evaluación del riesgo global del paciente hipertenso:

EDAD Y SEXO

Para la implementación de las medidas preventivas la GPC: IMSS-076-21 Sugiere tomar en cuenta las diferencias de género y factores biológicos, como las conductuales y hormonales.

El riesgo de padecer enfermedad cardiovascular aumenta de manera constante a medida que avanza la edad y es mayor en los hombres que en las mujeres, aunque esta diferencia disminuye al aumentar la edad, y es mayor para la cardiopatía isquémica que para el accidente cerebrovascular. La relación de la edad y el sexo con la prevalencia de HTA es evidente. La prevalencia de HTA en el varón aumenta, progresivamente, hasta la década de los 70 que se mantiene o aún se reduce ligeramente. En mujeres, el incremento mayor se produce en la década de los 50, aumentando progresivamente hasta la década de los 80. La prevalencia es muy elevada para ambos sexos en la década de los 70 y 80 debido, especialmente, al componente sistólico.

TABAQUISMO

Se asocia con estrés oxidativo e induce reprogramación metabólica, alterando funciones mitocondriales de acuerdo a lo que informa la GPC: IMSS-076-21.

El consumo de cigarrillos aumenta el riesgo de cardiopatía isquémica (CI) y de accidente cerebrovascular (ACV) a todas las edades, pero tiene especial importancia en las personas más jóvenes. En los varones de menos de 65 años, se ha observado que el tabaquismo aumenta el riesgo de muerte cardiovascular al doble, mientras que, en los hombres de edad igual o superior a 85 años, se observó que el riesgo aumentaba tan solo en un 20 por ciento.

OBESIDAD

El aumento del índice de masa corporal se asocia a un incremento del riesgo de CI. Es probable que el riesgo asociado con la obesidad se deba en parte a una elevación de la presión arterial, aunque también es posible que intervenga la reducción de colesterol HDL y el aumento en los niveles de glucosa e insulina.

LÍPIDOS Y LIPOPROTEÍNAS

Las concentraciones crecientes de colesterol total y de colesterol LDL se asocian a incrementos del riesgo de CI. El riesgo relativo parece disminuir a medida que avanza la edad, aunque es característico que el riesgo absoluto aumente.

Por lo tanto, la GPC: IMSS-076-21 menciona que es indispensable la realización de una evaluación con un perfil de lípidos en todo paciente con hipertensión, de tal forma que se identifique el riesgo cardiovascular y se lleve a cabo un adecuado control y manejo.

DIABETES, HIPERINSULINEMIA E HIPERGLUCEMIA

Globalmente, la diabetes eleva de forma característica el riesgo relativo de muerte por CI y de muerte por ACV en unas 3 veces. Además, en los individuos sin diabetes, se ha observado que el riesgo de CI - - 11 está relacionado de manera directa y continua con las concentraciones plasmáticas de glucosa e insulina.

ALCOHOL

Un grado elevado de consumo de alcohol puede causar otros trastornos cardíacos y se asocia a un aumento del riesgo de ACV, en especial después de un consumo puntual excesivo, así como a unas cifras más altas de presión arterial y a un mayor riesgo de varias enfermedades y lesiones no vasculares. El riesgo de CI parece reducirse en los consumidores regulares de cantidades moderadas de alcohol.

El PROY-NOM-030-SSA2-2017, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica enmarca la evitación del

consumo de alcohol, sin embargo la situación del paciente intervendrá en la ingesta por lo que se puede llegar a tener una moderación, si es diario no deberá exceder de dos “bebidas” al día para individuos de talla normal y solo una(aprox. 325 ml) para individuos de talla baja, es decir menos de 1.60 m, una copa de vino generoso(125 ml) o un “ caballito” de licor destilado (30ml).

ACTIVIDAD FÍSICA

El ejercicio físico aeróbico regular reduce el riesgo de CI. Este beneficio puede deberse en parte a los efectos de reducción de la presión arterial que tiene el ejercicio físico, aunque también es posible que el ejercicio active otros factores metabólicos, entre los que se encuentran un aumento del colesterol HDL. Dentro de las recomendaciones de la guía de práctica clínica (IMSS-076-21) se expone la intervención del ejercicio en la reducción la glucosa en ayuno, y las lipoproteínas de alta densidad.

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR PREEXISTENTE

Los antecedentes de enfermedad cardiovascular, clínicamente manifiesta, constituyen un factor predecible específicamente importante para el futuro riesgo de desarrollo de episodios cardiovasculares graves. Los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva presentan de forma característica una tasa de mortalidad de un 10 por ciento o más al año. Los pacientes con antecedentes de ACV presentan un riesgo de nuevo ACV de un 3% a un 5% o más al año, y el riesgo de otros accidentes cardiovasculares graves es, como mínimo, de algunas unidades porcentuales mayores. En los pacientes con antecedente de infarto de miocardio o angina inestable, la incidencia anual de recidivas de infartos o de muerte por CI es igual o superior a un 4 por ciento, y el riesgo de otros episodios cardiovasculares graves supone un 1 o 2 por ciento adicional. (Pomares, 2017).

NEFROPATÍA Y MICRO ALBUMINURIA

La nefropatía manifestada por una elevación de la creatinina sérica y proteinuria constituyen también un factor predecible importante, no sólo de la insuficiencia renal, sino también de episodios cardiovasculares graves. Aunque la mayoría de enfermedades renales se asocian a un aumento del riesgo, la nefropatía diabética parece ser la que confiere el máximo riesgo. En los diabéticos sin una nefropatía franca, se ha observado que la micro albuminuria se asocia a un aumento del riesgo de episodios cardiovasculares graves de 2-3 veces.

FIBRINÓGENO

Las concentraciones plasmáticas de fibrinógeno presentan una asociación positiva con el riesgo de CI y ACVA isquémico.

TRATAMIENTO DE REPOSICIÓN HORMONAL (TRH)

En estudios realizados en poblaciones occidentales, se ha observado que, en las mujeres postmenopáusicas, el empleo de TRH se asocia a un riesgo de CI un 30-50 por ciento más bajo. No está claro si esta asociación refleja un verdadero efecto protector del TRH, o corresponde a un sesgo en la selección previa de mujeres de bajo riesgo subsidiarias de la aplicación de este tipo de tratamiento.

ORIGEN ÉTNICO

El origen étnico tiene también una intensa asociación con el riesgo de las enfermedades cardiovasculares más frecuentes. En muchos países los grupos de minorías étnicas, como los maoríes de Nueva Zelanda, y los indígenas de los Estados Unidos, presentan un riesgo de CI considerablemente superior al de la mayoría de la raza blanca.

TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

El tratamiento tiene como propósito conforme a Laurencio (2019) “evitar el avance de la enfermedad, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mantener una adecuada calidad de vida y reducir la mortalidad por esta causa”. Está enfocado en dos grandes vertientes: la primera son los factores modificables que ayudan a evitar la aparición de complicaciones; la segunda es el tratamiento farmacológico.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Este, está encaminado a cambiar el estilo de vida, se deben instaurar en todos los pacientes hipertensos, tanto como tratamiento de inicio (pacientes con riesgo bajo-medio) como complementando el tratamiento farmacológico antihipertensivo, entre ellos:

INGESTA SE SAL

Se recomienda disminuir el consumo de sal a menos de 6 gr/día (2.4 gr); especialmente en los adultos mayores se debe promover esta medida ya que están comprobados sus beneficios y la restricción sódica suele ser una estrategia de control de la presión arterial más eficaz que en los adultos jóvenes; debido a la elevada utilización de sal en la preparación y conservación de alimentos, en particular de los procesados industrialmente, la población deberá ser advertida para que reduzca, en la medida de lo posible, su ingestión. Para aquellos pacientes con HAS en tratamiento la GPC: IMSS-076-21 determina la restricción de sodio en la dieta para un control y disminución de dosis de antihipertensivos, es decir reducir la ingesta a 2000 mg (5 g de sal) o bien, 87 mmol de sodio por día.

REDUCCIÓN DE PESO

El sobrepeso / obesidad se considera el factor desencadenante ambiental más importante de los que contribuyen a la aparición de hipertensión, dado al exceso de grasa corporal.

Por lo tanto, la reducción de peso disminuye la presión arterial y aumenta el efecto hipotensor del tratamiento farmacológico y, además, puede reducir significativamente los factores concomitantes de riesgo cardiovascular.

REDUCCIÓN DEL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL

La recomendación general para las bebidas alcohólicas es evitarlas o moderar su consumo; si se hace de manera habitual no deberá exceder de 30 ml de etanol (dos copas) al día; las mujeres y hombres de talla baja deberán reducir este consumo a la mitad.

ABANDONO DEL TABACO

Uno de los múltiples compuestos químicos del tabaco es la nicotina, que estimula la producción de diversos neurotransmisores, como epinefrina, norepinefrina, dopamina, acetilcolina y vasopresina y actúa simultáneamente en receptores centrales y periféricos aumentando los niveles de presión arterial; por tratarse de uno de los factores de riesgo cardiovascular de mayor importancia deberá evitarse.

AUMENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

Es conveniente que el ejercicio sea dinámico, prolongado y predominantemente isotónico de los grupos musculares mayores, como por ejemplo una caminata de 30 a 45 minutos a paso rápido, llevada a cabo la mayoría de los días de la semana. Se ha demostrado que el ejercicio físico ligero realizado de forma continuada es capaz de reducir la presión sistólica en casi 20 mmHg, dado a que hay una reducción de la eyección cardíaca, disminución de las resistencias vasculares periféricas por mayor

diámetro de los vasos de resistencia como consecuencia de la apertura y proliferación del lecho capilar en los músculos entrenados, reducción de la actividad simpática y de la resistencia a la insulina o el efecto natriurético del ejercicio.

OTROS FACTORES RELACIONADOS CON LA DIETA

Incrementar el consumo de alimentos ricos en potasio, magnesio y calcio mediante un adecuado consumo de frutas (2 veces por día), verduras (al menos 3 veces por día), leguminosas (al menos 3 veces a la semana), consumo de cereales integrales y derivados lácteos desgrasados; disminuir refrescos y carbohidratos refinados, así como moderar el consumo de alimentos de origen animal, colesterol, grasas saturadas y azúcares simples. Además, aunque la ingesta de café puede elevar, agudamente, la presión arterial, se desarrolla rápidamente tolerancia, por lo que no parece necesario prohibir un consumo moderado.

La GPC: IMSS-076-21 no recomienda la suplementación de calcio y magnesio para la prevención y tratamiento.

RELAJACIÓN Y BIOFEEDBACK

El estrés emocional puede aumentar la tensión arterial de forma aguda, sin embargo, en estudios realizados sobre terapias de relajación y Biofeedback, se ha observado que no tienen un efecto definitivo sobre el control de la presión arterial. (Laurencio, 2019)

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Existen diferentes tipos de medicamentos conocidos como antihipertensivos; algunos eliminan el exceso de líquido o sodio y otros disminuyen la constricción de los vasos. Los cinco grupos de antihipertensivos más conocidos son: los diuréticos tiazídicos y análogos de tiazidas, los beta bloqueadores, los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (Captopril, enapril, lisinopril, etc), los bloqueadores de los canales de

calcio dihidropiridínicos (Ej. Amlodipino y BCC-no DHP: Diltiazem y Verapimilo) y los bloqueadores de los receptores de la angiotensina o también llamados ARA II (Antagonistas del receptor de angiotensina II) (Ej. Losartan, Irbesartan, Telmisartan); se ha ratificado que estos grupos de fármacos fueron igualmente efectivos en la prevención de eventos cardiovasculares, sobre todo la enfermedad coronaria y los accidentes cerebrovasculares. (Laurencio, 2019)

En cuanto al tratamiento, es conveniente realizar monitoreo diario durante algunas semanas hasta establecer la dosis adecuada y favorecer la automedicación, así como regresar a consulta médica para seguimiento y ajuste de medicación en intervalos mensuales, hasta conseguir el objetivo del control de la presión arterial. Se sugiere que los análisis clínicos se realicen una o dos veces al año para evaluar el potasio sérico y la creatinina. La GPC-IMSS-076-21 recomienda iniciar tratamiento antihipertensivo con terapia dual a dosis estándar con cifras de PA mayor o igual 140 mmHg para disminuir el riesgo de muerte y ECV, combinando fármacos de primera línea. Y para pacientes no controlados agregar un tercer fármaco de primera línea con terapia dual a dosis submaxima.

En la fase de mantenimiento del tratamiento antihipertensivo se recomienda realizar pruebas de vigilancia en electrolitos, creatinina y lípidos en dependencia del estado de salud del paciente.

ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Alrededor que, de nada sirve que se conozca cuál es el tratamiento, si la persona no está dispuesta a adherirse a este. La Organización Panamericana de la Salud reporta que la mitad de los pacientes tratados por hipertensión abandona por completo la atención a partir del primer año del diagnóstico, y de los que permanecen bajo supervisión médica,

solo 50% toma al menos 80% de sus medicamentos prescritos. En consecuencia, debido a la deficiente adherencia al tratamiento antihipertensivo, aproximadamente 75% de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial no logran el control óptimo de la presión arterial, ya que el grado en que los pacientes se adhieren a la farmacoterapia varía entre 50 y 70%.²⁶ La adherencia terapéutica no es un fenómeno unitario, sino múltiple y complejo por los numerosos factores implicados como determinantes de la conducta de cumplimiento, entre los que se incluyen los aspectos psicosociales del paciente, es así que se reconoce la autoeficacia como la creencia de que la persona es capaz de ejecutar con éxito un comportamiento requerido para obtener unos determinados resultados, condición significativa en la salud del individuo, pues se ha demostrado que un paciente adherente tiene una actitud positiva hacia el cumplimiento farmacológico, una influencia social que le incita a la adherencia y una autoeficacia suficiente que le permitirá percibirse a sí mismo capaz de tomar la medicación como ha sido prescrita, por lo tanto la autoeficacia es uno de los predictores de la adherencia a los horarios de ingestión de medicamentos.(Arredondo,2018).

ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y LA FAMILIA

Diversos estudios identifican que la familia es uno de los factores principales para que se realice una mejor adherencia al tratamiento, por lo tanto, no se logrará un adecuado control de la hipertensión arterial sin la participación convencida y activa de la familia, ya que es el elemento que sintetiza la producción de la salud a escala micro social, constituye la primera red de apoyo que posee el individuo, y ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana; asimismo cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social del individuo, ya que con ella y en ella se satisfacen necesidades que están en la base de la conservación, fomento y recuperación

de la salud, desde el punto de vista social, afectivo, económico, de reproducción y de cuidado. (Arredondo, 2018).

Al hablar de satisfacción de la necesidad desde el punto de vista social, se entiende por ello a las relaciones interpersonales que se suscitan tanto entre los miembros de la familia, como las que se mantienen en el exterior; la de afecto, son las emociones y sentimientos que se generan por la relación y convivencia diaria de los miembros de la familia; la de reproducción contempla a la capacidad de procreación que los padres de familia realizan para la formación y expansión de la misma; la de estatus económico es concebida como el establecimiento del patrimonio o de la circunstancia que da el sustento financiero a la familia; y por último, la necesidad de cuidado se refiere a la protección que los miembros de la familia se brindan unos a otros. (Pomares, 2017)

El apoyo que ofrece la familia cimentado en su funcionalidad, 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. Esto se manifiesta cuando un miembro de la familia padece una enfermedad crónica que requiere la contribución afectiva y material de su familia, en especial para cumplir un conjunto de indicaciones terapéuticas en las que pueden estar implicadas las personas que conviven o comparten la vida cotidiana con la persona. En este contexto, el hipertenso percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia, y a menos que el ambiente familiar se modifique para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia. Sin embargo, la familia también constituye fuente de insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad. La vivencia de problemas familiares es capaz de provocar enfermedad o el descontrol de ésta, condición que estará fuertemente asociada a una pobre adherencia terapéutica. Es de resaltar que la enfermedad crónica

ejerce efectos perjudiciales a largo plazo, cuando la familia se enfrenta a esta situación, se modifica su equilibrio y se ve afectado su funcionamiento, el grado dependerá de la capacidad de adaptación que el individuo y la familia posean: si es funcional, tiene menos dificultad para reajustarse y cambiar, mostrando mayor flexibilidad; pero si es rígida fácilmente se presentarán conflictos. (Arredondo, 2020)

En ello influyen varios aspectos, desde su estructura y dinámica hasta el entorno de la misma, pero para que dicha condición se facilite, se necesita de una buena funcionalidad familiar, ya que su efectividad promueve el desarrollo integral de sus miembros hacia la apropiación de estilos de vida saludables, es decir, de la adherencia terapéutica no farmacológica. Sin duda, la familia es punto clave para mantener una adecuada adherencia terapéutica, sin embargo, como sistema social, se enfrenta a nuevos y difíciles retos, ya que a lo largo de la historia ha ido experimentando una serie de metamorfosis que con frecuencia la han desestabilizado, teniendo como consecuencia efectos negativos sobre la salud de sus integrantes. Es fundamental para la gestión de Enfermería tener presente la importancia de la variable familia como una estrategia que conlleve al aumento de la adherencia terapéutica.

2.2 Cuadro de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Edad	“Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento”.	Años cumplidos de los pacientes con hipertensión arterial.	Cuantitativa	Razón o proporción
Estado civil	“Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes”.	Situación de los pacientes, determinada por sus relaciones de familia.	Cualitativa	Nominal
Escolaridad	“Período de tiempo durante el que se asiste a un centro de enseñanza de	Nivel académico que adquirió el paciente.	Cualitativa	Ordinal

	cualquier grado para realizar estudios”.			
Grado de conocimiento	“Es la familiaridad, la conciencia o la comprensión de alguien o de algo”	Nivel de comprensión intelectual respecto a la patología.	Cualitativa	Ordinal
Adherencia terapéutica	“El grado en que el comportamiento de una persona -tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”.	Apego y seguimiento al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes en la enfermedad.	Cualitativa	Ordinal
Barreras para la adherencia terapéutica	“Obstáculo que impide el autocuidado de la	Dificultad del paciente para	Cualitativa	Ordinal

	persona como beneficio a su salud”	continuar con su tratamiento.		
Apoyo familiar	“Hace alusión a la unión, comunicación, confianza, convivencia y soporte que existe entre los miembros de la familia”.	Grado de ayuda que recibe el paciente en el núcleo familiar durante la enfermedad.	Cualitativo	Ordinal

2.3 Estudios relacionados

Yailiset González Boulí¹, Esperanza Cardosa Aguilar, Arelis Carbonell Noblet, realizaron un estudio de investigación llamado Adherencia terapéutica antihipertensiva en adultos mayores. Su objetivo fue caracterizar la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes adultos mayores del consultorio de Arroyo Bueno del policlínico “Fausto Favier Favier” del área de salud de Palenque de Yateras en la provincia Guantánamo de junio a diciembre del 2017. Su metodología fue un estudio descriptivo, de corte transversal en los 21 pacientes adultos mayores hipertensos del consultorio. La información se obtuvo a través de una entrevista a pacientes y familiares apoyados en una guía en correspondencia con las variables a investigar (edad, sexo, medicamento prescrito, enfermedades asociadas, efectos indeseables) y de las historias clínicas. La adherencia se evaluó según el Test de Cumplimiento de Morisky-Green. Los resultados fueron que el 57,1 % de los pacientes correspondieron al sexo femenino y el 52,4 % tenían entre 60 y 60 años de edad; la mayoría de los adultos mayores no tenían controlada su presión arterial 66,7 % y en el 80,9 % de ellos se identificó inadecuada adherencia al tratamiento antihipertensivo por diversos motivos pero el incumplimiento por las reacciones adversas de los medicamentos fue el más frecuente para un 28,6%; entre éstas se reportaron el decaimiento en un 52,4 %, la tos nocturna en un 47,6 % y los calambres musculares en el 33,3 %. Finalmente, sus conclusiones fueron que la mayoría de los pacientes no se adherían al tratamiento antihipertensivo por diversas causas, más prevaleció el temor a las reacciones adversas, situación que condicionó el pobre control de la presión arterial de los mismos.

Ahmed José Pomares Avalos y Marian Amanda Vázquez Núñez elaboraron un estudio llamado Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Su objetivo fue determinar el comportamiento de la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Su metodología fue un estudio descriptivo que admite la comparación de variables, en el área de salud #2 Cecilio Ruíz de Zárate, de la provincia Cienfuegos, en el período comprendido de abril a mayo de 2018. Se realizó un muestreo aleatorio simple quedando conformada la muestra por 27pacientes. Las variables de estudio fueron: edad, sexo, nivel de escolaridad, ocupación, tiempo de evolución de la enfermedad y adherencia terapéutica. Se utilizó como instrumento de recogida de la información, el cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica. Se aplicaron dichas herramientas de forma individual a cada paciente. El análisis estadístico de la información se realizó en la base de datos del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences. En sus resultados predominó el grupo etario de más de 60 años, los sujetos del sexo femenino y los de mayor nivel de escolaridad, así como los profesionales. El tiempo de evolución de la enfermedad que prevaleció fue el de más de 10 años. Además, sobresalieron los sujetos que presentan una adherencia parcial al tratamiento. En sus conclusiones: se observan dificultades en el cumplimiento de las indicaciones médicas ya que un bajo por ciento de los pacientes se adhiere de forma total al tratamiento.

Zegarra López Esteban elaboro un estudio que lleva por nombre Adherencia terapéutica y apoyo social en pacientes con hipertensión arterial, Hospital de apoyo Chepén. Su objetivo fue determinar la asociación entre adherencia terapéutica y nivel de apoyo social en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital de Apoyo Chepén,

septiembre-diciembre 2019. Material y métodos: estudio correlacional, transversal. La muestra estuvo constituida por 195 pacientes de 40 a 70 años de edad con hipertensión arterial. Se aplicó el cuestionario de adherencia terapéutica de Morisky y el cuestionario de nivel de apoyo social. Los resultados obtenidos fueron que la edad promedio fue de 57.56 ± 7.55 años; el 68.7% de los pacientes fue de sexo femenino, el 97.9% presentó un nivel de adherencia terapéutica baja, el 80.5% presentó nivel de apoyo social mínimo. Y dentro de las conclusiones se encontró que no hubo asociación significativa entre la adherencia terapéutica y el nivel de apoyo social en la población estudiada.

Elkin Higuera-Dagovett y María P. Rojas-Gil elaboraron un estudio llamado Experiencia de hipertensión arterial en la relación paciente, familia y contexto de ayuda. Su objetivo fue comprender la forma como se configura narrativa y conversacionalmente la experiencia de hipertensión arterial en la relación que establecen paciente, familia, médicos, e investigadores interventores y su reconfiguración en contextos de ayuda que faciliten la emergencia de relatos generadores de bienestar. Su metodología de investigación fue cualitativa, con diseño narrativo-conversacional, reflexivo y contextual. Participaron un paciente con diagnóstico de hipertensión arterial, su familia, una psicóloga y dos médicos. Los métodos de construcción de la información fueron: encuentros conversacionales dialógicos y revisión de literatura. Para la interpretación de los resultados se utilizaron los análisis narrativo y conversacional. Sus resultados fueron que en la construcción de la experiencia de hipertensión arterial no se tienen en cuenta aspectos importantes como: la solicitud de escucha, la demanda de vinculación afectiva, la vivencia de enfermedad y en este caso la vejez, en relación con la vida cotidiana. En este contexto, se configuran formas de relación que facilitan que los acontecimientos

asociados a la enfermedad sean vividos desde el malestar o sufrimiento. La conversación generativa con todos los actores, posibilita la construcción de espacios dialógicos-reflexivos que brindan la oportunidad de reconfigurar las relaciones y la experiencia. Finalmente, sus conclusiones fueron que la construcción de contextos de ayuda en los que es posible hablar y escuchar acerca de los aspectos que evitan las familias y que no escuchan los médicos, facilita la reconfiguración de la experiencia de enfermedad.

Ismael Campos-Nonato, MSc, PhD y Lucía Hernández-Barrera realizaron un estudio llamado Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. Su objetivo fue describir la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en adultos, el porcentaje de ellos con diagnóstico previo y la proporción que tuvo un control adecuado. Material y métodos. Se midió la tensión arterial a 8 352 adultos que participaron en la Ensanut MC 2016. Se clasificó como hipertensos a quienes reportaron haber recibido previamente el diagnóstico de HTA, o presentaban cifras de tensión arterial sistólica (TAS) ≥ 140 mmHg o tensión arterial diastólica (TAD) ≥ 90 mmHg. Se consideró tensión arterial controlada cuando la TAS < 140 mmHg y la TAD < 90 mmHg. Los resultados obtenidos fueron que la prevalencia de HTA en adultos es de 25.5%, de los cuales, 40.0% desconocían tener HTA. De los hipertensos que tenían diagnóstico previo de HTA y que recibían tratamiento farmacológico (79.3%), 45.6% tuvo tensión arterial bajo control. Las conclusiones fueron que un alto porcentaje de adultos desconocen tener HTA y de ellos casi la mitad tiene un control inadecuado. Debería evaluarse la pertinencia de los actuales programas de diagnóstico de HTA y la efectividad de sus estrategias de control.

Capítulo III

Metodología

En este capítulo se describe el diseño del estudio, la población, muestreo y muestra, instrumentos y procedimiento para la recolección de datos. Así mismo, se describen las consideraciones éticas y análisis de datos.

3.1 Enfoque Metodológico

Para esta investigación el enfoque metodológico será cuantitativo debido a que se pretende describir fenómenos de interés de forma estadística (Burns y Grove, 2012).

3.2 Diseño del Estudio

El diseño del estudio será cuantitativo de tipo observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Se considera descriptivo ya que sólo se pretende observar y documentar un fenómeno que ocurre de manera natural, sin manipulación de las variables. Transversal porque los datos se recolectarán en un momento determinado. Prospectivo por que los datos necesarios para el estudio serán recolectados a partir del inicio del estudio de investigación.

3.3 Población, Muestreo y Muestra

La población de estudio se conforma por 135 pacientes, del sexo masculino, pertenecientes a la unidad habitacional Volkswagen 2 en la ciudad de Puebla. El muestreo será no probabilístico. La muestra será conformada por 60 pacientes que cumplan los criterios de selección.

3.4 Criterios de Selección de la Muestra

3.4.1 Criterios de inclusión.

- Diagnóstico de HTA.
- Entre 50 y 60 años de edad.
- Género masculino
- Residentes de la unidad habitacional Volkswagen 2

3.4.2 Criterios de exclusión.

- Diagnóstico de pre-hipertensión.
- Enfermedades psiquiátricas.
- Enfermedades agudas.
- Personas con cirugía cardíaca y/o evento cerebro vascular.

3.4.3 Criterios de eliminación.

- Rechazar la participación en el estudio.
- Género femenino.
- Pacientes con deficiencias cognitivas que les impida contestar el instrumento.
- Encuestas incompletas.

3.5 Instrumentos de Medición

En el presente estudio se utilizará una Cédula de Datos Personales (Apéndice C) y la adecuación de varios apartados que conjuntamente simplifican un instrumento validado a través de un juicio de confiabilidad, determinado en una prueba piloto mediante del coeficiente Alfa de Cronbach; Arrojando una estadística de fiabilidad de .890, aunando la certeza del mismo para su posterior aplicación “Evaluación adaptada del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de la hipertensión arterial”.

La Cédula de Datos Personales de Pacientes con hipertensión arterial, está constituida por un apartado, el cual consta de preguntas las cuales permiten conocer información particular como sexo, edad, ocupación, estado civil, escolaridad.

El instrumento de medición se encuentra dividido en 4 secciones. La primera sección consta del conocimiento que tiene el paciente sobre la patología a lo que las posibles respuestas son dicotómicas, 1= Si y 2=No. A lo que una puntuación de 2 se interpreta como conocimiento alto, 1 conocimiento medio y 0 sin conocimiento alguno. La sección dos es la de medición de la adherencia; la cual permite calcular la frecuencia de la misma, puesto que se analiza de forma multidimensional haciendo referencia al comportamiento relativo de la toma de medicación, especialmente, a la infrautilización; esta consiste de 12 preguntas con una respuesta basada en la escala tipo Likert: 1=Siempre, 2=Casi siempre, 3=Medianamente, 4=Pocas veces y 5=Nunca. Interpretándose de 12 a 24 se denota una adherencia baja, de 24 a 36 adherencia media y de 48 a 60 adherencia alta.

Más adelante, se encuentra la sección de análisis de las barreras para la adherencia terapéutica, analizando tres aspectos del tratamiento antihipertensivo como la ingesta de sodio, el seguimiento de las visitas médicas y la toma de medicación. En total, se constituye de 10 ítems que deben ser respondidos mediante una escala Likert de cuatro puntos (1=Nunca, 2=A veces, 3=Muchas veces y 4=Casi siempre). Interpretándose a su vez de 10 a 20 barreras altas, de 20 a 30 barreras medianas y de 30 a 40 barreras bajas.

Por último, la sección que continúa es la de apoyo familiar, esta permite conocer la red familiar y extra familiar con una consistencia interna. Se caracterizan porque confieren a la investigación cuatro dimensiones como lo son: apoyo emocional, ayuda material, relaciones sociales de ocio y distracción, y sobre todo el apoyo afectivo. Las cuestionantes fueron seleccionadas muy cuidadosamente para que los ítems fueran cortos, fáciles de

entender, y restringidos a una única idea en cada caso. Se consideran 19 preguntas de opción múltiple, por medio de la escala de Likert de 4 posibles respuestas 1=Nunca, 2=Pocas veces, 3=Algunas veces, 4=Casi siempre y 5=Siempre. Interpretándose de la siguiente manera, de 19 a 38 puntos apoyo bajo, de 38 a 57 apoyo medio y de 57 a 95 apoyo alto.

3.6 Procedimiento de Recolección de Datos

Se solicitará aprobación del departamento de Investigación en la Facultad de Enfermería.

Para aplicar la investigación se acudirá a la unidad Volkswagen 2 en la unidad de Puebla comunicando casa por casa sobre la existencia de algún miembro de la familia que cumpla con los criterios de inclusión anteriormente, a su vez se informará el propósito del estudio y los beneficios que aportará a su comunidad, así como el horario y tiempo requerido para la aplicación de los instrumentos.

La recolección de datos estará a cargo del autor de la investigación iniciando con una breve y clara explicación, la obtención de su autorización y consentimiento informado (Apéndice A). Se entregaron los cuestionarios a los participantes permaneciendo cerca de ellos para aclarar cualquier duda que pudiera surgir en cuanto a las preguntas; al finalizar se agradeció a los participantes su colaboración. Las encuestas se resguardaron en un sobre y solo fueron consultadas por la investigadora y el asesor de la investigación.

Finalmente se agradecerá el apoyo de la población involucrada con el compromiso de darles a conocer los resultados mediante medios digitales o presenciales si en su caso fueran autorizados y posibles.

3.7 Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegará a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación (SS, 1987, actualización 2015) en los artículos que a continuación se mencionan.

En el Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13, donde se declara que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, debe prevalecer el criterio del respeto a su dignidad, la protección de sus derechos y su bienestar. Por tal motivo, se respetará la decisión del paciente a participar o no en la investigación, se ofrecerá un trato respetuoso y profesional en todo el proceso de recolección de datos observando cualquier dato de incomodidad durante las preguntas realizadas. De acuerdo a lo anterior, se acatará lo estipulado en el artículo 18, donde se declara que el investigador principal suspenderá temporalmente la investigación de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste, por lo que se tendrá previsto suspender la recolección de datos y reiniciara cuando el participante lo dispusiera.

De acuerdo al Capítulo I, Artículo 14 en sus Fracciones V, VII y VIII, y al Capítulo III, Artículo 36, se contará con el consentimiento por escrito de los pacientes a fin de ser considerado dentro del estudio. Además, se contará con el dictamen favorable del Departamento de investigación de Enfermería de UPAEP y con la autorización del comité de bioética de la institución de salud. Conforme al Capítulo I, Artículo 16, se establece la protección de la privacidad del participante, para lo cual se contará con un espacio designado por las autoridades de la institución de salud en completa libertad de contestar sin ser observado por autoridades. Así mismo, los instrumentos serán anónimos, los datos obtenidos serán confidenciales y los resultados sólo se presentarán de forma grupal.

En relación al Capítulo I, Artículo 17, Fracción II, el presente estudio se considera de riesgo mínimo, debido a que, para la recolección de datos se utilizarán cuestionarios, sin embargo, éstos podrían producir emociones o sentimientos negativos capaces de provocar incomodidad temporal, de ser así, si el participante lo deseaba se suspenderá la recolección de datos temporalmente hasta que estuviera cómodo y decidiera reiniciar la recolección de datos.

De acuerdo al Capítulo I, Artículo 20, está dispuesto como consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual se autoriza la participación del sujeto con pleno conocimiento de los procedimientos y libertad de elección.

3.8 Análisis de Datos

Los datos obtenidos serán procesados con el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) *versión* 23.0 para Windows. Se utilizará estadística descriptiva e inferencial. El análisis descriptivo se realizará a través de frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de variabilidad. Así mismo, se utilizará estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos planteados. La consistencia interna de los instrumentos será determinada a través del coeficiente de confiabilidad alpha de cronbach.

Capítulo IV

Resultados

En este capítulo se describen los resultados del estudio; en primer lugar, se describe la consistencia interna del instrumento, y en segundo la estadística descriptiva de las variables personales de los pacientes; así mismo se describe el conocimiento del paciente sobre la enfermedad, la medición de la adherencia terapéutica, el análisis de las barreras para la adherencia terapéutica y el apoyo familiar.

4.1 Consistencia Interna de los Instrumentos

La consistencia interna del instrumento se determinó con el coeficiente de confiabilidad de alpha de cronbach. En la tabla 1, se muestra la consistencia interna del cuestionario utilizado en el estudio. El instrumento Evaluación adaptada del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de la hipertensión arterial (2021); empleado para medir el nivel de apoyo familiar en dicho tratamiento, reportó por tanto en general un coeficiente alfa de cronbach de .890 considerada una consistencia interna aceptable (Gray, Grove y Sutherland, 2017).

Tabla 1

Consistencia Interna del Instrumento

<i>Instrumento</i>	<i>Preguntas</i>	<i>Alpha de Cronbach</i>
“Evaluación adaptada del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de la hipertensión arterial”. (2021)	46	.890

Nota: Evaluación adaptada del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de la hipertensión arterial. (2021) n=60

4.2 Estadística Descriptiva de las Variables

A continuación, se presentan los datos descriptivos de las variables personales de los pacientes que participaron en el estudio (edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, años de diagnóstico de hipertensión arterial, si recibió educación para su hipertensión arterial; número de sesiones en caso de ser afirmativo).

4.2.1 Características Personales

Se reclutó un total de 60 pacientes que cumplieron cabalmente con los criterios de inclusión, recabándose la información necesaria para satisfacer lo requerido para la investigación.

Se observó que el rango de edad con mayor predominio fue de 54 a 56 años, con un porcentaje del 25% y el de 56 a 58 con un porcentaje de 21.7% siendo estos los más relevantes. Se denota que el 65% de la población constituye a pacientes en conyugue, seguido de un 18.3% soltero y finalmente el de menor preeminencia fue el estado civil viudo con un 16.7 %. La escolaridad en porcentaje de grupo de pacientes con hipertensión arterial que participo, va en relación al 30% del nivel medio superior en consiguiente de la igualdad en el 23.3% del nivel básico y superior, tomando el 69.9% del correspondiente 100%.

Tabla 2

Características Personales

Variables	<i>f</i>	%
Estado civil		
Casado	39	65.0
Soltero	11	18.3
Viudo	10	16.7
Escolaridad		
Primaria	14	23.3
Secundaria	14	23.3
Preparatoria	18	30.0
Universidad	14	23.3

Nota: Evaluación adaptada del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de la hipertensión arterial. (2021) n=60

4.3 Descripción del conocimiento del paciente sobre la enfermedad

En la tabla 4 se muestra la descripción del conocimiento de manera particular a la patología, considerando todas las preguntas de manera individual, con la frecuencia y porcentaje de cada respuesta obtenida. En lo que compete a la sección, se encuentro que el 98.3% comprende que la hipertensión arterial sistémica es una enfermedad crónico degenerativo, a diferencia del 1.7% que desconoce su progresión. A su vez se identifica que el control de la dieta y medicación es 90%, mientras que el 10% ignora la capacidad de mantener un estilo y régimen terapéutico para llevar una esperanza de vida más prolongada.

Tabla 3

Descripción del conocimiento del paciente sobre la enfermedad

	<i>f</i>	<i>%</i>
1. ¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?		
1) Si	59	98.3
2) No	1	1.7
2. ¿Se puede controlar con dieta y medicación?	<i>f</i>	<i>%</i>
1) Si	54	90.0
2) No	6	10.0

Nota: Evaluación adaptada del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de la hipertensión arterial. (2021) n=60

La tabla 5 abarca las interrogativas correspondientes a la sección 2 de medición de adherencia terapéutica; en donde se examinó que el 3.3% de participantes postergan la toma de su medicación en contraste con el 31.7% que nunca lo olvida.

Para la cuestión número 2, se menciona que el 6.7% de los integrantes que conforman este estudio optan por no participar en su tratamiento a comparación del 33.3% que si decide tomar su medicación. A su vez se puede decir que el 1.7% de los participantes olvidan recoger de la farmacia la medicación prescrita a diferencia del 38.3% que no lo desatiende.

El 36.7% del total de implicados aluden con la respuesta de que de ningún modo se quedan sin medicinas en comparación con el 11.7% que confirma su omisión. A fin de evitar el postergamiento de una dosis de la medicación previa a la visita con el medico se afirmó de acuerdo a los datos que el 1.7% de participantes pasa por alto la toma en diferenciación con el 53.3% que no lo lleva a cabo.

Se comprende que para la interrogativa 6 el 8.3% de los participantes ignora la toma de medicación cuando se encuentran estable en contraposición del 41.7% que, aun sintiéndose bien, no descuidan su tratamiento. Dentro del 6.7% de los participantes se descubrió que son víctimas del olvido en su toma de medicación a comparación del 31.7% que no lo deja de lado.

El 38.3% nunca cambia la dosis de su medicación y la adapta a sus necesidades al contrario del 15% que si lo desempeña.

La desatención de la toma de medicamentos del paciente va de un 6.7% cuando esta se encuentra en varias dosis al día en contraste del 35% que no asume. La planificación del recibimiento de fármacos antes de culminar consiste al 28.3% a diferencia del 15% que no lo contempla. En base al horario se revelo que el 11.7% de los participantes no toma sus medicamentos a la hora indicada en comparación del 26.7% que respeta la prescripción.

De acuerdo al 15% se establece que los pacientes no incluyen dentro de sus pertenencias a la hora de salir de su domicilio sus medicamentos en contraposición del 36.7% que no lo omite.

Tabla 4

Descripción de la medición de adherencia terapéutica

	<i>f</i>	<i>%</i>
1. ¿Con qué frecuencia se olvida de tomar su medicación antihipertensiva?	<i>f</i>	<i>%</i>
1) Siempre	2	3.3
2) Casi siempre	7	11.7
3) Medianamente	8	13.3
4) Pocas veces	24	40.0
5) Nunca	19	31.7
2. ¿Con qué frecuencia decide no tomar su medicación antihipertensiva?	<i>f</i>	<i>%</i>
1) Siempre	0	0
2) Casi siempre	4	6.7
3) Medianamente	16	26.7
4) Pocas veces	20	33.3
5) Nunca	20	33.3
3. ¿Con qué frecuencia olvida recoger de la farmacia las medicinas que le han recetado?	<i>f</i>	<i>%</i>
1) Siempre	1	1.7
2) Casi siempre	5	8.3
3) Medianamente	5	8.3
4) Pocas veces	26	43.3
5) Nunca	23	38.3
4. ¿Con qué frecuencia se queda sin medicinas?	<i>f</i>	<i>%</i>
1) Siempre	1	1.7
2) Casi siempre	5	8.3
3) Medianamente	5	8.3
4) Pocas veces	17	28.3
5) Nunca	32	53.3
5. ¿Con qué frecuencia se salta una dosis de su medicación antes de ir al médico?	<i>f</i>	<i>%</i>
1) Siempre	6	17.1

2) Casi siempre	21	60
3) Medianamente	8	22.9
4) Nunca	32	53.3
6. ¿Con qué frecuencia se olvida de tomar su medicación antihipertensiva cuando se encuentra bien?	<i>f</i>	%
1) Siempre	5	8.3
2) Casi siempre	9	15
3) Medianamente	10	16.7
4) Pocas veces	11	18.3
5) Nunca	25	41.7
7. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas por descuido?	<i>f</i>	%
1) Siempre	4	6.7
2) Casi siempre	7	11.7
3) Medianamente	11	18.3
4) Pocas veces	19	31.7
5) Nunca	19	31.7
8. ¿Con qué frecuencia cambia la dosis de su medicación y la adapta a sus necesidades (por ejemplo, cuando se toma más o menos pastillas de las que debería)?	<i>f</i>	%
1) Siempre	9	15.0
2) Casi siempre	7	11.7
3) Medianamente	6	10.0
4) Pocas veces	15	25.0
5) Nunca	23	38.3
9. ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas cuando debe tomarlas más de una vez al día?	<i>f</i>	%
1) Siempre	4	6.7
2) Casi siempre	7	11.7
3) Medianamente	14	23.3
4) Pocas veces	14	23.3
5) Nunca	21	35.0
10. ¿Con qué frecuencia planifica recoger de la farmacia sus medicinas antes de que se le acaben?	<i>f</i>	%
1) Siempre	17	28.3
2) Casi siempre	16	26.7

3)Medianamente	6	10.0
4)Pocas veces	12	20.0
5)Nunca	9	15.0
11. ¿Con qué frecuencia toma los medicamentos a las horas indicadas?	<i>f</i>	%
1)Siempre	16	26.7
2)Casi siempre	14	23.3
3)Medianamente	10	16.7
4)Pocas veces	13	21.7
5)Nunca		
12. ¿Cuándo viaja o sale de casa con qué frecuencia olvida llevar sus medicinas algunas veces?	<i>f</i>	%
1)Siempre	9	15.0
2)Casi siempre	3	5.0
3)Medianamente	10	16.7
4) Pocas veces	16	26.7
5)Nunca	22	36.7

Nota: Evaluación adaptada del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de la hipertensión arterial. (2021) n=60

En la tabla 6, se interpreta la sección 3, análisis de las barreras para la adherencia terapéutica, se cuenta que El 16.7% de los participantes percibe como molestia lidiar con un plan terapéutico de su patología a diferencia del 21.7% que contradice lo anterior. Para identificar el abandono del tratamiento farmacológico se precisó que el 43.3% de los entrevistados no justifican las reacciones secundarias como detonante en el ultimátum de su terapéutica en comparación del 5% que si omite inclusive sus dudas al médico.

El porcentaje de los participantes que ingieren comida salada, según la escala, es del 8.3%, seguido de ello el 18.3%, posteriormente el otro 55% se encuentra con una constancia regular, siendo este el más alto.

El 25% de participantes no añade sal o hierbas aromáticas a sus platillos antes de la ingesta, el 8.3% si lo realiza.

En cuanto al consumo de comida rápida se presenta que el 5% del total de participantes lo lleva a cabo en contraste del 31.7% que prefiere acceder a una alimentación acorde a su hogar.

El 26.7% de pacientes opta su próxima visita antes de salir del centro médico a comparación del 20% que no lo lleva a término. Por ello se puntualiza que de acuerdo al 50% del total de participantes no acude a citas programadas en comparación del 5%. Como se puede observar el 5% de los participantes suspenden la medicación antihipertensiva días anteriores a la visita médica en oposición al 63.3%.

En virtud al 8.3% los pacientes aplazan la toma de su medicación siento esta, la mínima preocupación a diferencia del 40% que no se desatiende.

La prórroga del recibimiento de medicamentos relacionado por la economía es del 8.3% el cual conlleva a dificultades externas en contraposición del 58.3% que no lo atrasa.

Tabla 5

Descripción del Análisis de las barreras para la adherencia terapéutica

	<i>f</i>	<i>%</i>
1. Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas, ¿Con qué frecuencia siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?	<i>f</i>	<i>%</i>
1) Nunca	13	21.7
2) A veces	22	36.7
3) Muchas veces	15	25.0
4) Casi siempre	10	16.7
2. ¿Con qué frecuencia ha dejado de consumir su medicación debido a una reacción secundaria sin decirle al médico?	<i>f</i>	<i>%</i>
1) Nunca	26	43.3
2) A veces	22	36.7
3) Muchas veces	9	15.0
4) Casi siempre	3	5.0
3. ¿Con qué frecuencia ingiere comida salada?	<i>f</i>	<i>%</i>
1) Nunca	11	18.3
2) A veces	33	55.0
3) Muchas veces	11	18.3
4) Casi siempre	5	8.3
4. ¿Con qué frecuencia añade sal o hierbas aromáticas a su comida antes de ingerirla?	<i>f</i>	<i>%</i>
1) Nunca	15	25.0
2) A veces	25	41.7
3) Muchas veces	15	25.0
4) Casi siempre	5	8.3
5. ¿Con qué frecuencia come comida rápida?	<i>f</i>	<i>f</i>

1) Nunca	19	31.7
2) A veces	34	56.7
3) Muchas veces	4	6.7
4) Casi siempre	3	5.0

	<i>f</i>	%
6. ¿Con qué frecuencia escoge la siguiente visita antes de salir del centro médico?	<i>f</i>	%
1) Nunca	12	20.0
2) A veces	16	26.7
3) Muchas veces	16	26.7
4) Casi siempre	16	26.7
7. ¿Con qué frecuencia no acude a las citas programadas?	<i>f</i>	%
1) Nunca	30	50.0
2) A veces	20	33.3
3) Muchas veces	7	11.7
4) Casi siempre	3	5.0
8. ¿Con qué frecuencia se salta su medicación antihipertensiva durante 1 o 3 días antes de acudir a la visita?	<i>f</i>	%
1) Nunca	38	63.3
2) A veces	16	26.7
3) Muchas veces	3	5.0
4) Casi siempre	3	5.0
9. ¿Con qué frecuencia se olvida de tomar su medicación antihipertensiva cuando se preocupa menos de ello?	<i>f</i>	%
1) Nunca	24	40.0
2) A veces	16	26.7
3) Muchas veces	15	25.0
4) Casi siempre	5	8.3
10. ¿Con qué frecuencia retrasa ir a recoger sus medicinas de la farmacia porque cuestan demasiado dinero?	<i>f</i>	%
1) Nunca	35	58.3
2) A veces	11	18.3
3) Muchas veces	9	15.0
4) Casi siempre	5	8.3

Nota: Evaluación adaptada del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de la hipertensión arterial. (2021) n=60

En relación a las variables del apoyo familiar el porcentaje obtenido en cuanto a cualquier situación de su vida es del 56.7%, a comparación de la mínima que es del 11.7%.

Precisando los resultados el 6.7% de pacientes son independientes a comparación del 41.7% que corresponde al cuidado total por un miembro familiar.

La preocupación percibida del paciente en conjunto a su familia es del 55% en contraste al 1.7%. La demostración de cariño y afecto equivale al 56.7%, por lo que en el 3.3% no se constata lo mismo. En cuanto a la comprensión del estado de enfermedad el 3.3% de las familias no entienden la importancia a diferencia del 51.7%. Respecto al apoyo emocional de desesperanza comprende un 51.7% de acompañamiento, entretanto el 10% como mínima. Para el consumo de los alimentos en su núcleo familiar se demostró que el 45% se apega de forma general, en concordancia con un 8.3% estimado como esporádicamente.

El 30% de los pacientes considera que la alimentación en conjunto de su hogar es saludable y el 3.3% lo niega.

La orientación de la nutrición en cuanto al nivel de consumo de sal partiendo de su patología responde al 40% en cambio el 23.3% no tiene las mismas posibilidades.

El 10% de los participantes no cuenta con alguien que le recuerde el horario específico de su tratamiento farmacológico en tanto del 40% que si corresponde.

La insistencia de un sujeto detrás del paciente referente al no abandono de su tratamiento es del 50% en relación del 6.7% aislados.

Otra interrogante similar nos menciona que solo el 50% de los participantes cuenta un individuo que le recuerde la compra su medicamento antes de terminar, a esto el 15% lo contrapone. En lo que respecta, la vigilancia de la ingesta de dosis correcta de la medicación es de un 33.3% en torno al 20% que no lo refiere. Por ende, se especifica que el 16.7% de los pacientes no cuenta con el apoyo de alguien que este pendiente de su ingesta en el horario adecuado de medicamentos en relación del 33.3% que acierta.

En aplicación de datos que sustentan el porcentaje, el 43.3% de personas cuentan con el recordatorio mediante un familiar de llevar los medicamentos cuando se presenta una salida de casa en comparación del 13.35% que no cuentan.

El 45% de la población cuenta con una persona que insiste en autocuidado, en contra parte al 6.7%.

El recordatorio para las citas por medio de un familiar o personal a cargo del paciente refiere el 43.3% en cambio el 10% menciona que se ha valido por sí mismo.

El 51.7% cuenta con alguien que lo lleve al médico en caso necesario y el 13.3% no lo dotan.

En tanto para el mejoramiento en relación de periodos de sobrecarga y estrés el 55% de los participantes cuentan con un apoyo a diferencia del 3.3%.

Tabla 6

Descripción del Apoyo familiar

	<i>f</i>	<i>%</i>
1. ¿Cuenta con apoyo familiar en cualquier situación de su vida?	<i>f</i>	<i>%</i>
1) Nunca	7	11.7
2) Pocas veces	4	6.7
3) Algunas veces	15	25.0
4) Casi siempre	34	56.7
2. ¿Cuenta con algún miembro de su familia que cuide al 100% de usted?	<i>f</i>	<i>%</i>
1) Nunca	4	6.7
2) Pocas veces	9	15.0
3) Algunas veces	5	8.3
4) Casi siempre	17	28.3
5) Siempre	25	41.7
3. ¿Siente que su familia se preocupa por usted?	<i>f</i>	<i>%</i>
1) Nunca	1	1.7
2) Pocas veces	2	3.3
3) Algunas veces	11	18.3
4) Casi siempre	13	21.7
5) Siempre	33	55.0
4. ¿Su familia le muestra cariño y afecto?	<i>f</i>	<i>%</i>
1) Pocas veces	2	3.3
2) Algunas veces	12	20.0
3) Casi siempre	12	20.0
4) Siempre	34	56.7
5. ¿Su familia comprende el estado de su enfermedad?	<i>f</i>	<i>%</i>
1) Nunca	2	3.3
2) Pocas veces	6	10.0
3) Algunas veces	8	13.3

4) Casi siempre	13	21.7
5) Siempre	31	51.7
6. ¿Su familia lo anima en sus periodos de desesperanza?	<i>f</i>	%
1) Pocas veces	6	10.0
2) Algunas veces	7	11.7
3) Casi siempre	16	26.7
4) Siempre	31	51.7
7. ¿Su familia y usted consumen los mismos alimentos?	<i>f</i>	%
1) Pocas veces	5	8.3
2) Algunas veces	7	11.7
3) Casi siempre	21	35.0
4) Siempre	27	45.0
8. ¿Cree que la alimentación de usted y su familia es saludable?	<i>f</i>	%
1) Nunca	2	3.3
2) Pocas veces	10	16.7
3) Algunas veces	12	20.0
4) Casi siempre	18	30.0
5) Siempre	18	30.0
9. ¿Cuenta con alguien que lo oriente a tener una dieta baja en sal?	<i>F</i>	%
1) Nunca	14	23.3
2) Pocas veces	6	10.0
3) Algunas veces	7	11.7
4) Casi siempre	9	15.0
5) Siempre	24	40.0
10. ¿Cuenta con alguien que le recuerde sobre la toma de sus medicamentos a la hora indicada?	<i>f</i>	%
1) Nunca	6	10.0
2) Pocas veces	8	13.3
3) Algunas veces	10	16.7
4) Casi siempre	12	20.0
5) Siempre	24	40.0
11. ¿Cuenta con alguien que le insista a no abandonar su tratamiento terapéutico?	<i>f</i>	%

1) Nunca	4	6.7
2) Pocas veces	11	18.3
3) Algunas veces	2	3.3
4) Casi siempre	13	21.7
5) Siempre	30	50.0
12. ¿Cuenta con alguien que le recuerde comprar su medicamento antes de que se le termine?	<i>f</i>	%
1) Nunca	9	15.0
2) Pocas veces	6	10.0
3) Algunas veces	3	5.0
4) Casi siempre	12	20.0
5) Siempre	30	50.0
13. ¿Cuenta con alguien que vigile que ingiera la dosis correcta de sus medicamentos?	<i>f</i>	%
1) Nunca	12	20.0
2) Pocas veces	5	8.3
3) Algunas veces	5	8.3
4) Casi siempre	18	30.0
5) Siempre	20	33.3
14. ¿Cuenta con alguien que esté al pendiente de que ingiera sus medicamentos a las horas adecuadas?	<i>f</i>	%
1) Nunca	10	16.7
2) Pocas veces	9	15.0
3) Algunas veces	7	11.7
4) Casi siempre	14	23.3
5) Siempre	20	33.3
15. ¿Cuenta con alguien que le recuerde llevar sus medicamentos cuando viaja o sale de casa?	<i>f</i>	%
1) Nunca	8	13.3
2) Pocas veces	5	8.3
3) Algunas veces	5	8.3
4) Casi siempre	16	26.7
5) Siempre	26	43.3
16. ¿Cuenta con alguien que le insista a su autocuidado?	<i>f</i>	%
1) Nunca	4	6.7

2) Pocas veces	12	20.0
3) Algunas veces	4	6.7
4) Casi siempre	13	21.7
5) Siempre	27	45.0
17. ¿Cuenta con alguien que le recuerde sus citas médicas?	<i>f</i>	%
1) Nunca	6	10.0
2) Pocas veces	8	13.3
3) Algunas veces	6	10.0
4) Casi siempre	14	23.3
5) Siempre	26	43.3
18. ¿Cuenta con alguien que le lleve al médico cuando lo necesite?	<i>f</i>	%
1) Pocas veces	8	13.3
2) Algunas veces	7	11.7
3) Casi siempre	14	23.3
4) Siempre	31	51.7
19. ¿Cuenta con quien pueda relajarse en sus periodos de estrés y sobrecarga?	<i>f</i>	%
1) Nunca	2	3.3
2) Pocas veces	10	16.7
3) Algunas veces	7	11.7
4) Casi siempre	8	13.3
5) Siempre	33	55.0

Nota: Evaluación adaptada del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de la hipertensión arterial. (2021) n=60

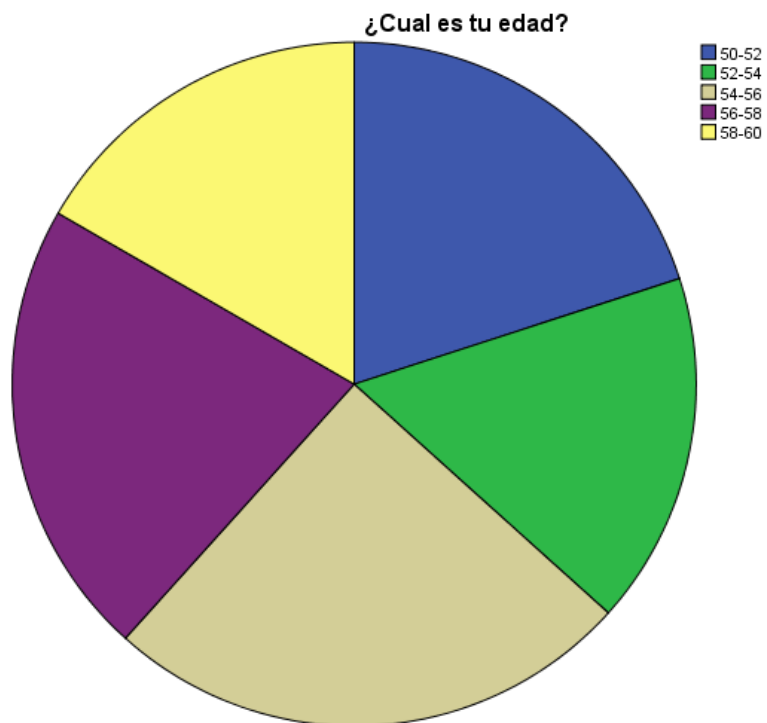
En la tabla 7 se muestran los resultados de cada sección de acuerdo a la interpretación dada. En cuanto al conocimiento de la enfermedad, prevalece el conocimiento medio, tomando en cuenta que puntaje de capacidad alto es de 2, 1 medio y 0 sin conocimiento. En tanto a la adherencia terapéutica, resalto el predominio de adherencia terapéutica media; a consideración de que el puntaje fue 12 a 24 bajo, 24 a 36 medio y 48-60 Alta. En el nivel de barreras existentes prevaleció el nivel de barreras altas, en base a

la puntuación que fue de 0 a 20 Altas, 20 a 30 medias y de 30 a 40 bajas. Finalmente en la sección del apoyo familiar prevaleció apoyo familiar alto, en base a que su puntaje manejado fue de 19-38 bajo 38-57 medio 76-95 alto.

Tabla 7

<i>Nivel de conocimiento de la enfermedad</i>		
	<i>f</i>	<i>%</i>
Conocimiento bajo	-	-
Conocimiento medio	53	88.3
Conocimiento Alto	7	11.7
<i>Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial</i>		
	<i>f</i>	<i>%</i>
Adherencia terapéutica alta	21	35
Adherencia terapéutica media	39	65
Adherencia terapéutica baja	-	-
<i>Nivel de barreras para la adherencia terapéutica</i>		
	<i>f</i>	<i>%</i>
Barreras altas	37	61.7
Barreras medias	21	35.0
Barreras bajas	2	3.3
<i>Nivel de Apoyo familiar en pacientes con tratamiento hipertensivo</i>		
	<i>f</i>	<i>%</i>
Apoyo familiar alto	34	56.7
Apoyo familiar medio	21	35
Apoyo familiar bajo	4	6.7

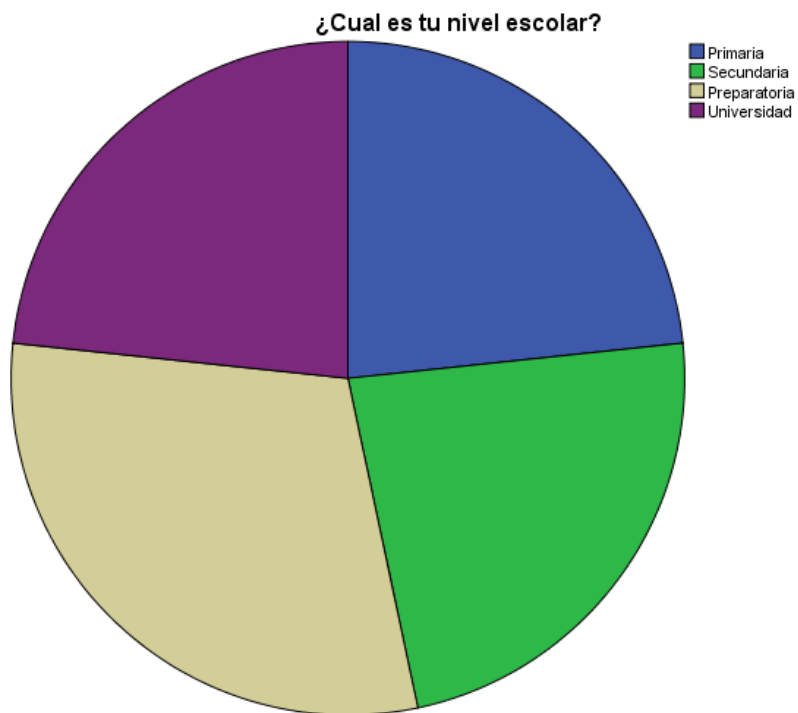
Nota: Evaluación adaptada del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de la hipertensión arterial. (2021) n=60



Gráfica 1. Sexo de los participantes del estudio



Gráfica 2. Estado civil de los participantes



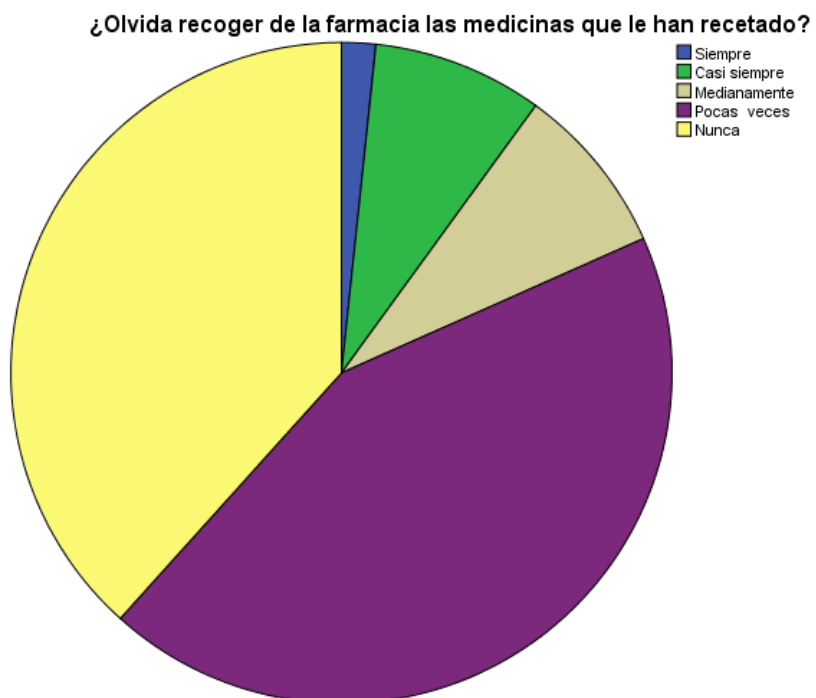
Gráfica 3. Escolaridad de los participantes



Gráfica 4. Pregunta 1 de la sección de conocimiento del paciente sobre la enfermedad.



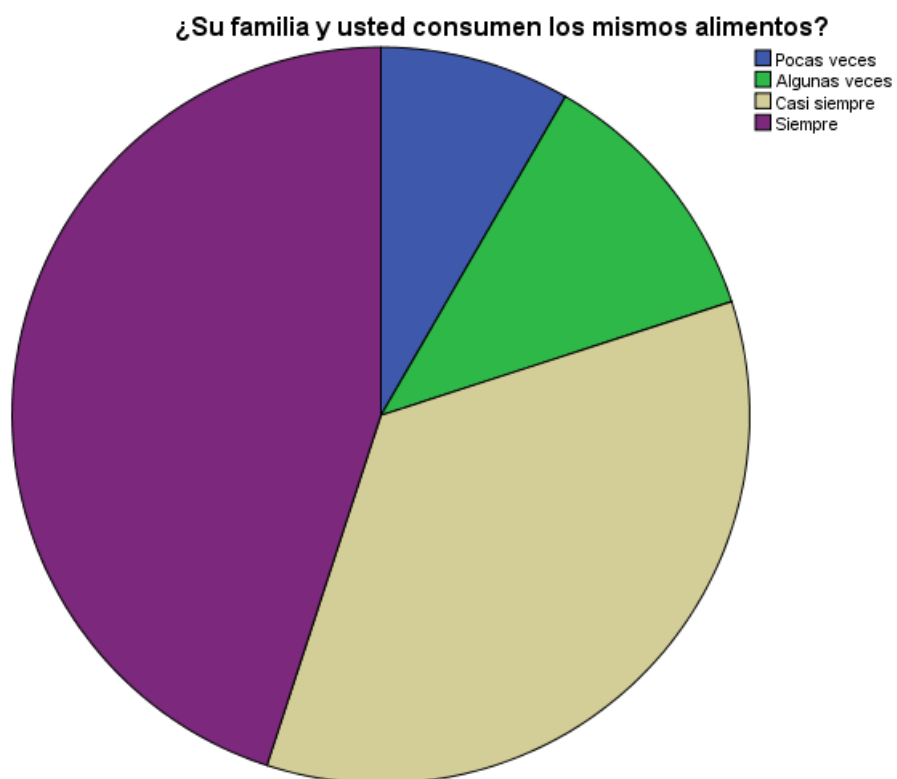
Gráfica 5. Pregunta 2 de la sección de conocimiento del paciente sobre la enfermedad.



Gráfica 6. Pregunta 3 de la sección de “Medición de adherencia terapéutica”.

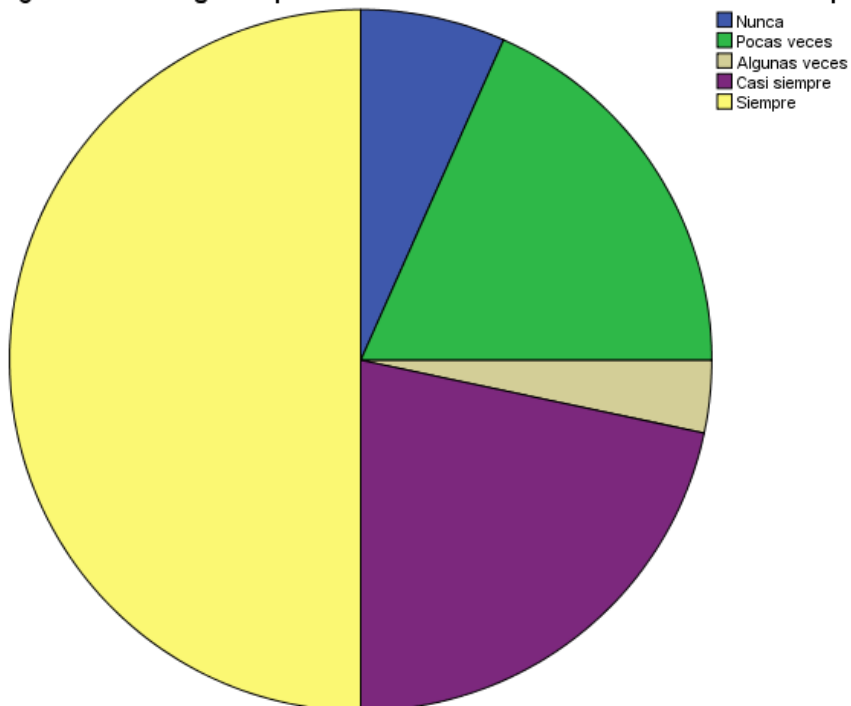


Gráfica 7. Pregunta 8 de la sección de “Medición de adherencia terapéutica”.



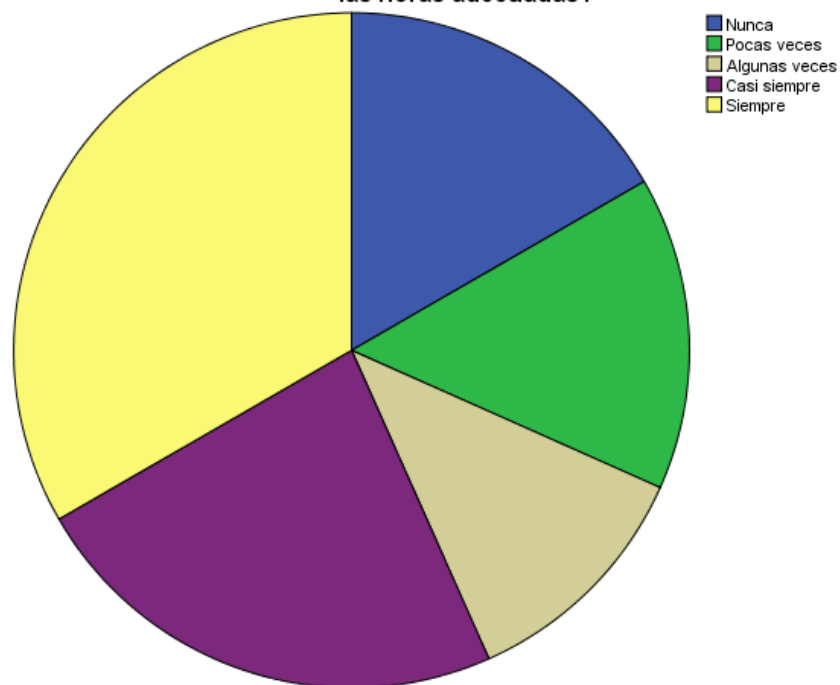
Gráfica 8. Pregunta 9 de la sección de “Apoyo familiar”.

¿Cuenta con alguien que le insista a no abandonar su tratamiento terapéutico?



Gráfica 9. Pregunta 11 de la sección de “Apoyo familiar”.

¿Cuenta con alguien que esté al pendiente de que ingiera sus medicamentos a las horas adecuadas?



Gráfica 10. Pregunta 14 de la sección de “Apoyo familiar”.

Capítulo V

5.1 Discusión

El objetivo principal de esta investigación fue Describir el apoyo familiar en la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial en la unidad habitacional Volkswagen 2.

Se observó que el rango de edad con mayor predominio fue de 54 a 56 años, con un porcentaje del 25% y el de 56 a 58 con un porcentaje de 21.7% siendo estos los más relevantes

Además, se denoto que el 65% de la población constituye a pacientes en conyugue, seguido de un 18.3% soltero y finalmente el de menor preeminencia fue el estado civil viudo con un 16.7 %. La escolaridad en porcentaje de grupo de pacientes con hipertensión arterial que participo, va en relación al 30% del nivel medio superior en consiguiente de la igualdad en el 23.3% del nivel básico y superior, tomando el 69.9% del correspondiente 100%.

De manera que, la disminución de incidencia comentadas por las distintas instituciones y organizaciones de la salud referente a la patología de Hipertensión Arterial, aún están determinadas por dudas respecto a los factores predisponentes. En el estudio se observó en gran incremento porcentajes inclinados a una mediana existencia de apego a su tratamiento en conjunto del apoyo familiar con un índice alto. Es decir, se obtuvo con base a los resultados que el apoyo familiar si influye en parte a que el paciente se apegue al tratamiento, sin embargo es el paciente el que finalmente tiene el control de ello.

Asimismo, en comparación previa de estudios se emiten criterios en las cuales los pacientes se perciben incapaces de tolerar su proceso de la enfermedad debido a la incomprensión de su padecimiento, sin embargo, en este concentrado fue lo contrario ya que obtuvo un porcentaje mínimo de lo esperado.

Datos obtenidos podrían afirmar que, las coincidencias de los mismos factores con otras investigaciones psicosociales influyen, tales como: las creencias, las actitudes, las atribuciones, la representación mental de la enfermedad y el apoyo social, de tal forma que lo motivan o retraen según su situación. Es curioso que un mismo factor, puede valorarse de forma tan diferente dependiendo de si la persona decide adherirse o no al tratamiento. En evidencia de ello lo tenemos con la sección 4 del instrumento "apoyo familiar", siendo valorado como algo positivo en los porcentajes que emanan los pacientes que intentan cambiar, o, por el contrario, como algo negativo, agobiante e incluso causa de enfado en algunas ocasiones, para aquellos que no deciden adherirse. Por ello, se puede decir que la individuación es la circunstancia que más impactan en la adherencia terapéutica; de manera que puede verse en manifiesto en donde la familia alienta a la persona hipertensa a adquirir nuevos conocimientos sobre su enfermedad, le apoya para cuidar de sí mismo, pero además le permite seguir su rol establecido.

Además, autores de renombre constatan que mientras más medicamentos tengan un paciente, menor será la disminución del tratamiento ya que el cursar con síntomas y signos evidentes, hacen que estén en alerta, sin embargo, el paciente es el protagonista en el embalaje de la adherencia aun sin importar la intervención familiar. Uno de los aportes que se pudo obtener a raíz de esta agrupación de información es que aproximadamente el 88.3% de los encuestados cuenta con el conocimiento de que la Hipertensión Arterial Sistémica se puede modificar, en consideración del mismo se dispone de algún familiar. Posiblemente, esta situación está derivada por el hecho de la edad considerada entre los 50-60 años, por lo tanto se puede inferir que tienen un apoyo tanto emocional, económico e incluso de vigilancia en el tratamiento viéndose reflejados en los resultados proyectados nulos bajos y de índice mayor alto y medianos siendo por tanto las personas que cursan con un tratamiento irregular,

dado a que pocos de estos deciden no adherirse al tratamiento no farmacológico y cambiar al menos, dos de los factores desencadenantes modificables; comprometiendo y debilitando de alguna forma su entorno.

Limitaciones

Las limitaciones que se presentaron en el desarrollo del trabajo de investigación fue la muestra por conveniencia y el estudio de tipo transversal, puesto que la población seleccionada solo se enfoca en el género masculino y en un grupo de edad específico. El instrumento validado fue elaborado en recopilación de diversos instrumentos. Además de que, dadas las condiciones sanitarias de pandemia, no se completó personalmente la aplicación del instrumento personalmente con el receptor. Por lo que se descartó a la población con falta la disposición de interés y de disponibilidad e incluso se optó por el apoyo de familiares para adquirir el envío del instrumento ya que algunos de las personas incluidas desconocían el medio digital.

Hallazgos

Dentro de las aportaciones más significantes para la ciencia de enfermería es la suma de evidencia científica que respalde al tema de adherencia terapéutica, en donde se exponen los datos obtenidos de esta investigación y así tener una base que de un estado general de las actividades del paciente, además de identificar, evaluar y seguir una vigilancia en el apoyo del personal de enfermería en la capacitación del paciente y su familia. Además, los datos obtenidos también pueden servir como base para la creación de nuevos programas y políticas en la institución hospitalaria para determinar el posible impacto que tiene en la salud, la temática de adherencia terapéutica en la hipertensión arterial.

5.2 Conclusión

El compromiso para que el paciente con hipertensión arterial realice cambios saludables en su estilo de vida e ingiera sus medicamentos de manera puntual y constante va en relación con las competencias del personal, a manera de apoyo debe considerarse el núcleo familiar, la perseverancia de generar en ese vínculo sin hacerlo dependiente de un cuidado obsoleto, pero que además se realice lo necesario para que los individuos que se involucran independientemente. Respetando la gran diversidad del arsenal terapéutico disponible para las intervenciones de la Hipertensión Arterial Sistémica en la inclusión de los 60 pacientes; el éxito va en subordinación fundamentalmente de su apego, por lo que desarrollar estrategias son las primeras líneas de acción, en dirección a los puntos involucrados. Sin embargo, es preocupante que aún se establezca un porcentaje mediano que cuente con apoyo a comparación del 35% que corresponde a las personas que cuentan con apoyo familiar en cualquier situación de su vida lo que reafirma la tarea impostergable del profesional de la salud, especialmente en el primer nivel de atención, en trabajar oportunamente en programas que promuevan y concienticen a las personas acerca de las enfermedades crónico-degenerativas. Desde la perspectiva personal, la incorporación de las actitudes de reconocimiento, validación, reforzamiento y/o re significación en el enlace del médico con su paciente le reservaría a este último un lugar privilegiado en la construcción de un tratamiento personalizado, aumentando así la calidad del vínculo terapéutico, además de la inclusión del paciente, ya que esto fomentaría la calidad del tratamiento, ampliando su complejidad y disminuyendo su posibilidad de fracaso, puesto que las apreciaciones del paciente sobre su enfermedad dan cuenta de cómo dicho paciente se desenvuelve en el mundo y cuáles son sus límites y posibilidades al momento de enfrentarse a esta enfermedad. En tanto a que, como implicaciones para la práctica, se

prevé la necesidad de implementar la metodología específica como educador sanitario; ya que se precisa que el conocimiento que tienen las personas hipertensas acerca de su autocuidado, es un reto que podría contribuir a la prevención de riesgo de complicaciones.

5.3 Recomendaciones

Los resultados obtenidos demuestran la situación actual del paciente de acuerdo al apoyo familiar en la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Los datos identificados en esta investigación sirven como un panorama del estado actual del fenómeno en estudio y como base para la planeación de futuros proyectos.

Las recomendaciones para la investigación son, el continuar con la línea de investigación para que se obtenga un sustento estadístico del evento estudiado; que el instrumento diseñado sea validado por expertos relacionados con el tema; también, involucrar paciente y familia en cierto proceso, puesto que el acompañamiento integral complementa el estado de mejoramiento de un paciente, en este caso por la familia o el profesional de salud, que en varias ocasiones no se tiene el trato adecuado o la guía para que un paciente obtenga la información necesaria. Por ello, lo que se prioriza es proveer un tratamiento integral. En donde se propone adicionalmente realizar la interrelación con variables actualizadas en todos los aspectos relacionados con este contenido, no desviándose del punto primordial; a partir de la información presentar a los directivos de salud un proyecto enfocado a dirigir esfuerzos para evitar enfermedades concomitantes derivadas de la hipertensión arterial siendo esta, otra alternativa en su mejora.

Referencias

1. Segura J., Gorostidi M. (08 de Junio del 2021). Hipertensión arterial resistente, Hipertensión Bata Blanca, Pseudohipertensión. <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-hipertension-arterial-resistente-408>
2. Barrios V., Escobar C. (2018). Nuevos objetivos de hipertensión arterial, ¿están justificados? *Revista Española Cardiología*, 71(8), p.608-611.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300893218300289?via%3Dihub>
3. Organización mundial de la salud. (septiembre del año 2019). *Hipertensión*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
4. Organización Mundial De La Salud. (25 de agosto del 2021). *Hipertensión*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
5. Organización Mundial De La Salud. (25 de agosto del 2021). *Más de 700 millones de personas con hipertensión arterial sin tratar*.
<https://www.who.int/es/news/item/25-08-2021-more-than-700-million-people-with-untreated-hypertension>
6. Organización Panamericana de la salud. (2021). *Hipertensión*.
<https://www.paho.org/es/temas/hipertension>
7. Secretaria de Salud. (2021). *Panorama Epidemiológico de las Enfermedades no transmisibles en México, junio 2021*.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/665694/PanoEpi_ENT_Junio_2021.pdf

8. Secretaria de Salud de Puebla. (2017). *Día mundial de la hipertensión arterial 2017*.http://ss.pue.gob.mx/wpcontent/uploads/2017/06/Dia_Mundial_de_la_Hipertension_Arterial_2017.pdf.
9. Zurera Delgado I. (2017). *Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso*. Universidad de Colombia.
10. Campos N. I., Hernández B. L., Oviedo S. C., et al. (2020). Epidemiología de la hipertensión arterial en adultos mexicanos: diagnóstico, control y tendencias. Ensanut 2020. *Salud Publica de México*.63 (6): p, 692-704.
<https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/12851/12169>
11. Martínez F.E.J., García V. R, Soccorro A.V. A. (2019). Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial de un consultorio auxiliar. *Medicina General y de Familia*,8(2):56-61.
12. Garcés O. J. P., et al. (2020). Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 15(5), p.323-329.
<http://doi.org/10.5281/zenodo.4484355>
13. Príncipe A., Claro J., Tortolós, et al. (2017). La hipertensión arterial: un problema de salud internacional. *Revista Médica Electrónica*, 39(4), 987-994.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242017000400013&lng=es&tlng=es
14. “Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica”. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-2017.Diario Oficial de la Federación, 19 de abril de 20
15. Promoción, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en Primer Nivel de Atención. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y

Recomendaciones. México, CENETEC; 2021 [26/02/2021]. Disponible en:

<http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-076-21/ER.pdf>

16. Guerra R., Francisco A. (2018). Nuevas guías del American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension para el tratamiento de la hipertensión. ¿Un salto en la dirección correcta? *Medicina interna de México*, 34(2), 299-303. <https://doi.org/10.24245/mim.v34i2.2015>
17. Campos N. (2018) Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. *Salud Publica de México*, 60(3).
18. Conde G.T era. (2018) Hipertensión y riesgo vascular. *SHE*; (11).
19. Pomares A. A. J. et al. (2017) Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial.
20. Laurencio V.S. ea. (2019). Caracterización de adultos mayores con hipertensión arterial pertenecientes al policlínico José Martí Pérez. *Archivos de medicina (Manizales)*.20 (1)
21. Arredondo B., Alfredo E., Martínez C., Surama, et al. (2018). Análisis de la no adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso. *Revista Médica Electrónica*, 40(3), 615-626.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242018000300004&lng=es&tlng=es.
22. Díaz, (2021). La hipertensión arterial: un problema de salud internacional. *Revista Médica Electrónica*, 39(4), 987-994. Recuperado en 06 de mayo de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242017000400013&lng=es&tlng=es.

Apéndice A



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Decanato de Ciencias Médicas
Facultad de Enfermería

Consentimiento Informado

Título del Proyecto: Apoyo familiar en la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial” (en hombres de 50 a 60 años de edad)

Investigador Responsable: Magdalena Taxis Gutiérrez y Alexa Marie Vaquero

Prologo: Estamos interesados en identificar la influencia del apoyo familiar en la adherencia integral del paciente hipertenso. Por tal motivo se le invita a participar en el estudio que forma parte de la investigación para obtener el grado de Licenciatura en Enfermería de Facultad de Enfermería de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.

Propósito del Estudio: El propósito de esta investigación es identificar el factor principal del apoyo familiar en la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. La información que nos brinde será de gran utilidad debido a que, en función de ella, se contribuirá en el vacío del conocimiento, y en la generación de futuras investigaciones.

Descripción del Estudio: Si usted desea participar en el estudio, se le solicitará firmar el consentimiento informado, se le proporcionará una cédula de datos personales y un instrumento los cuales se le serán aplicados dentro de la institución en un área designada para que sean contestados con la mayor privacidad posible y protegiendo la confidencialidad. La información obtenida será resguardada por el autor principal del estudio, evitándose la identificación del nombre, dirección u otros datos personales que pueda exponer la identidad. La participación no tendrá ninguna repercusión en la institución donde lleva acabo la formación académica, y tendrá la libertad de retirar el consentimiento informado y con ello, la participación en el estudio.

Riesgos e Inquietudes: No existen riesgos serios relacionados con la participación en el estudio. Si usted se sientes incómodo, incapacitado o simplemente no desee seguir contestando los instrumentos puede retirarse en el momento que lo desee.

Beneficios Esperados: En el presente estudio no existe un beneficio personal por participar. Sin embargo, los resultados contribuirán a profundizar el conocimiento sobre el tratamiento de hipertensión en los pacientes

Costos: La participación en el estudio, no implica ningún costo.

Autorización para Uso y Distribución de la Información: La única persona que conocerá será el responsable del estudio. Es importante mencionar que la información

recabada será uso exclusivo por el investigador y no serán difundidos los resultados a otras personas no autorizadas.

Derecho de Retratar: La participación en el estudio es voluntaria, y la decisión de participar o no, no afecta la relación actual con la institución. Si decide participar, tendrá la libertad de retractarte en el momento en que lo decida.

Preguntas: Si tiene alguna pregunta sobre los derechos como participante en este estudio, podrá comunicarse con la facultad en Enfermería de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.

Consentimiento: Voluntariamente acepto brindar información y participar en el estudio. He leído la información en este formato y todas las preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar la participación.

Nombre y firma del Participante

Nombre y Firma del Primer Testigo

Alexa Marie Vaquero
Autor de la Investigación

Magdalena Taxis Gutiérrez
Autor de la Investigación



UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA DEL ESTADO DE PUEBLA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar en el trabajo de investigación desarrollado por Alexa Marie Vaquero y Magdalena Taxis Gutiérrez, estudiantes de Enfermería de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.

Entiendo que fui elegido para el estudio de "apoyo familiar en la adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión Arterial, con edad entre 50-60 años, usuarios de la Unidad Habitacional Volkswagen 2.

Además, doy fe que estoy participando de manera completamente voluntaria y que la información que aporte es anónima y confidencial, por lo que no se revelará a otras personas, no afectando mi situación personal, ni de salud. Y para que los resultados sean lo más confiable posible al estudio, el acceso será restringido para las investigadoras, por lo que es de vital importancia la honestidad en sus respuestas. Este trabajo no presenta riesgos para el participante.

Por este documento, en pleno uso de mis facultades mentales, me ofrezco a participar en el estudio.

FIRMA

Apéndice B

Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Decanato de Ciencias Médicas
Facultad de Enfermería

Cédula de Datos Personales

N° de estrato: _____ Fecha de aplicación _____
(Día/Mes/Año)

I. Datos Personales

1. Edad en años cumplidos: _____

2. Sexo: 1) Masculino ☐ ☐

3. ¿Actualmente trabaja? 1) Sí ☐ 2. No ☐

4. Estado civil: 1) Casado ☐ 2) Soltero ☐ 3) Unión libre ☐ 4) Viudo ☐

5. Escolaridad: 1) Sin estudios ☐ 2) Primaria ☐ 3) Secundaria ☐

Apéndice C

Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Decanato de Ciencias Médicas
Facultad de Enfermería

Cedula de Identificación General

FOLIO: _____

INSTRUCCIONES: Favor de completar la siguiente información.

Edad: _____ años.

Sexo: 1. _____ Masculino

Estado civil: 1. ____ Soltero 2. ____ Casado 3. ____ Viudo

Ocupación: _____

Escolaridad: 1. ____ Primaria 2. ____ Secundaria 3. ____ Universidad 4. ____ Otro.

Años de diagnóstico de Hipertensión arterial _____.

¿Recibe o ha recibido educación para su Hipertensión arterial? Si o No _____.

Cuántas sesiones ha recibido: _____

Apéndice D



UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA DEL ESTADO DE PUEBLA FACULTAD DE ENFERMERÍA

Evaluación adaptada del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de la hipertensión arterial.

La información que se otorgue en esta encuesta será únicamente para su uso académico, por lo que los datos que proporcione serán confidenciales sin posibilidad de identificación, asimismo el receptor de mi información no divulgará la misma a terceras personas que no estén involucradas en el proceso de recopilación, interpretación y evaluación de la misma.

Edad: _____ Estado civil: _____ Nivel de escolaridad _____

Indicaciones: Este cuestionario consta de diferentes apartados, en donde se tiene que contestar de diferente manera. Lea con atención y reflexione antes de contestar.

Sección 1: Conocimiento del paciente sobre la enfermedad

Responda las preguntas marcando la casilla con una X según las siguientes respuestas: si o no.

Cuestiones	1.Si	2.No
¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?		
¿Se puede controlar con dieta y medicación?		

Sección 2: Medición de adherencia terapéutica

De acuerdo a las preguntas marca con una X una de las siguientes respuestas: Siempre, casi siempre, medianamente, pocas veces, nunca.

Cuestiones	1.Siempre	2.Casi Siempre	3Medianamente	4.Pocas veces	5.Nunca
1. ¿Con qué frecuencia se olvida de tomar su medicación antihipertensiva?					
2. ¿Con qué frecuencia decide no tomar su medicación antihipertensiva?					
3. ¿Con qué frecuencia olvida recoger de la farmacia las medicinas que le han recetado?					
4. ¿Con qué frecuencia se queda sin medicinas?					
5. ¿Con qué frecuencia se salta una dosis de su medicación antes de ir al médico?					
6. ¿Con qué frecuencia se olvida de tomar su medicación antihipertensiva cuando se encuentra bien?					

7. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas por descuido?					
8. ¿Con qué frecuencia cambia la dosis de su medicación y la adapta a sus necesidades (por ejemplo, cuando se toma más o menos pastillas de las que debería)?					
9. ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas cuando debe tomarlas más de una vez al día?					
10. ¿Con qué frecuencia planifica recoger de la farmacia sus medicinas antes de que se le acaben?					
11. ¿Con qué frecuencia toma los medicamentos a las horas indicadas?					
12. ¿Cuándo viaja o sale de casa con qué frecuencia olvida llevar sus medicinas algunas veces?					

Sección 3 Análisis de las barreras para la adherencia terapéutica

De acuerdo a las preguntas marca con una X una de las siguientes respuestas: Nunca, a veces, muchas veces o siempre.

Cuestiones	1.Nunca	2.A veces	3.Muchas veces	4.Casi siempre
1. Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas, ¿Con qué frecuencia siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?				
2. ¿Con qué frecuencia ha dejado de consumir su medicación debido a una reacción secundaria sin decirle al médico?				
3. ¿Con qué frecuencia ingiere comida salada?				
4. ¿Con qué frecuencia añade sal o hierbas aromáticas a su comida antes de ingerirla?				
5. ¿Con qué frecuencia come comida rápida?				
6. ¿Con qué frecuencia escoge la siguiente visita antes de salir del centro médico?				
7. ¿Con qué frecuencia no acude a las citas programadas?				
8. ¿Con qué frecuencia se salta su medicación antihipertensiva durante 1 o 3 días antes de acudir a la visita?				
9. ¿Con qué frecuencia se olvida de tomar su medicación antihipertensiva cuando se preocupa menos de ello?				
10. ¿Con qué frecuencia retrasa ir a recoger sus medicinas de la farmacia porque cuestan demasiado dinero?				

Sección 4: Apoyo familiar

De acuerdo a las preguntas marca con una X una de las siguientes respuestas: Nunca, pocas veces, algunas veces, casi siempre o siempre.

Cuestiones:	1.Nunca	2.Pocas veces	3.Algunas veces	4.Casi siempre	5.Siempre
1. ¿Cuenta con apoyo familiar en cualquier situación de su vida?					
2. ¿Cuenta con algún miembro de su familia que cuide al 100% de usted?					
3. ¿Siente que su familia se preocupa por usted?					
4. ¿Su familia le muestra cariño y afecto?					
5. ¿Su familia comprende el estado de su enfermedad?					
6. ¿Su familia lo anima en sus periodos de desesperanza?					
7. ¿Su familia y usted consumen los mismos alimentos?					
8. ¿Cree que la alimentación de usted y su familia es saludable?					
9. ¿Cuenta con alguien que lo oriente a tener una dieta baja en sal?					
10. ¿Cuenta con alguien que le recuerde sobre la toma de sus medicamentos a la hora indicada?					
11. ¿Cuenta con alguien que le insista a no abandonar su tratamiento terapéutico?					
12. ¿Cuenta con alguien que le recuerde comprar su medicamento antes de que se le termine?					
13. ¿Cuenta con alguien que vigile que ingiera la dosis correcta de sus medicamentos?					
14. ¿Cuenta con alguien que esté pendiente de que ingiera sus medicamentos a las horas adecuadas?					
15. ¿Cuenta con alguien que le recuerde llevar sus medicamentos cuando viaja o sale de casa?					
16. ¿Cuenta con alguien que le insista a su autocuidado?					
17. ¿Cuenta con alguien que le recuerde sus citas médicas?					
18. ¿Cuenta con alguien que le lleve al médico cuando lo necesite?					
19. ¿Cuenta con quien pueda relajarse en sus periodos de estrés y sobrecarga?					

Apéndice E

Tablas y gráficas

Estadísticos

		¿Cuál es tu edad?	¿Cuál es tu estado civil?	¿Cuál es tu nivel escolar?	¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?	¿Se puede controlar con dieta y medicación?
N	Válidos	60	60	60	60	60
	Perdidos	0	0	0	0	0
	Media	2.98	1.98	2.53	1.02	1.10
	Mediana	3.00	2.00	3.00	1.00	1.00
	Moda	3	2	3	1	1
	Varianza	1.881	.356	1.202	.017	.092
	Rango	4	2	3	1	1

Estadísticos

		¿Se olvida de tomar su medicación?	¿Con qué frecuencia decide no tomar su medicación?	¿Olvida recoger de la farmacia las medicinas que le han recetado?	¿Con qué frecuencia se queda sin medicinas?	¿Se salta una dosis de su medicación antes de ir al médico?
N	Válidos	60	60	60	60	60
	Perdidos	0	0	0	0	0
	Media	3.85	3.93	4.08	4.03	4.23
	Mediana	4.00	4.00	4.00	4.00	5.00
	Moda	4	4	4	4	5
	Varianza	1.214	.877	.959	.948	1.063
	Rango	4	3	4	3	4

Estadísticos

	¿Se olvida de tomar su medicación antihipertensiva cuando se encuentra bien?	¿Deja de tomar sus medicinas por descuido?	¿Cambia la dosis de su medicación y la adapta a sus necesidades?	¿Olvida tomar sus medicinas cuando debe tomarlas más de una vez al día?	¿Planifica recoger de la farmacia sus medicinas antes de que se le acaben?
--	--	--	--	---	--

N	Válidos	60	60	60	60	60
	Perdidos	0	0	0	0	0
Media		3.70	3.70	3.60	3.68	2.67
Mediana		4.00	4.00	4.00	4.00	2.00
Moda		5	4	5	5	1
Varianza		1.875	1.502	2.176	1.576	2.124
Rango		4	4	4	4	4

Estadísticos

	¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	¿Cuándo viaja o sale de casa con qué frecuencia olvida llevar sus medicinas algunas veces?	¿Siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?	¿Ha dejado de consumir su medicación debido a una reacción y sin decírselo al médico?	¿Con qué frecuencia ingiere comida salada?
N	Válidos	60	60	60	60
	Perdidos	0	0	0	0
Media		2.68	3.65	2.37	1.82
Mediana		2.50	4.00	2.00	2.00
Moda		1	5	2	1
Varianza		1.915	1.994	1.016	.762
Rango		4	4	3	3

Estadísticos

	¿Con qué frecuencia añade sal o hierbas aromáticas a su comida antes de ingerirla?	¿Con qué frecuencia come comida rápida?	¿Con qué frecuencia escoge la siguiente visita antes de salir del centro médico?	¿Con qué frecuencia no acude a las citas programadas?	¿Se salta su medicación antihipertensiva durante 1 o 3 días antes de acudir a la visita?
N	Válidos	60	60	60	60
	Perdidos	0	0	0	0
Media		2.17	1.85	2.60	1.72
Mediana		2.00	2.00	3.00	1.50
Moda		2	2	2	1
Varianza		.819	.570	1.193	.749
Rango		3	3	3	3

Estadísticos

		¿Se olvida de tomar su medicación antihipertensiva cuando se preocupa menos de ello?	¿Retrasa ir a recoger sus medicinas de la farmacia porque cuestan demasiado dinero?	¿Cuenta con apoyo familiar en cualquier situación de su vida?	¿Cuenta con algún miembro de su familia que cuide al 100% de usted?	¿Siente que su familia se preocupa por usted?
N	Válidos	60	60	60	60	60
	Perdidos	0	0	0	0	0
	Media	2.02	1.73	4.27	3.83	4.25
	Mediana	2.00	1.00	5.00	4.00	5.00
	Moda	1	1	5	5	5
	Varianza	1.000	1.012	1.046	1.701	.970
	Rango	3	3	3	4	4

Estadísticos

		¿Su familia le muestra cariño y afecto?	¿Su familia comprende el estado de su enfermedad?	¿Su familia lo anima en sus periodos de desesperanza?	¿Su familia y usted consumen los mismos alimentos?	¿Cree que la alimentación de usted y su familia es saludable?
N	Válidos	60	60	60	60	60
	Perdidos	0	0	0	0	0
	Media	4.30	4.08	4.20	4.17	3.67
	Mediana	5.00	5.00	5.00	4.00	4.00
	Moda	5	5	5	5	4
	Varianza	.824	1.366	1.010	.887	1.379
	Rango	3	4	3	3	4

Estadísticos

		¿Cuenta con alguien que lo oriente a tener una dieta baja en sal?	¿Cuenta con alguien que le recuerde sobre la toma de sus medicamentos a la hora indicada?	¿Cuenta con alguien que le insista a no abandonar su tratamiento terapéutico?	¿Cuenta con alguien que le recuerde comprar su medicamento antes de que se le termine?	¿Cuenta con alguien que vigile que ingiera la dosis correcta de sus medicamentos?
N	Válidos	60	60	60	60	60

Perdidos	0	0	0	0	0
Media	3.38	3.67	3.90	3.80	3.48
Mediana	4.00	4.00	4.50	4.50	4.00
Moda	5	5	5	5	5
Varianza	2.681	1.921	1.888	2.298	2.322
Rango	4	4	4	4	4

Estadísticos

	¿Cuenta con alguien que esté al pendiente de que ingiera sus medicamentos a las horas adecuadas?	¿Cuenta con alguien que le recuerde llevar sus medicamentos cuando viaja o sale de casa?	¿Cuenta con alguien que le insista a su autocuidado?	¿Cuenta con alguien que le recuerde sus citas médicas?	¿Cuenta con alguien que le lleve al médico cuando lo necesite?
N	60	60	60	60	60
Válidos	60	60	60	60	60
Perdidos	0	0	0	0	0
Media	3.42	3.78	3.78	3.77	4.13
Mediana	4.00	4.00	4.00	4.00	5.00
Moda	5	5	5	5	5
Varianza	2.247	2.037	1.901	1.945	1.168
Rango	4	4	4	4	3

Estadísticos

	¿Cuenta con quien pueda relajarse en sus periodos de estrés y sobrecarga?
N	60
Válidos	60
Perdidos	0
Media	4.00
Mediana	5.00
Moda	5
Varianza	1.661
Rango	4

¿Cuál es tu edad?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	50-52	12	20.0	20.0
	52-54	10	16.7	36.7
	54-56	15	25.0	61.7
	56-58	13	21.7	83.3
	58-60	10	16.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0

¿Cuál es tu estado civil?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltero	11	18.3	18.3
	Casado	39	65.0	83.3
	Viudo	10	16.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0

¿Cuál es tu nivel escolar?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Primaria	14	23.3	23.3
	Secundaria	14	23.3	46.7
	Preparatoria	18	30.0	76.7
	Universidad	14	23.3	100.0
	Total	60	100.0	100.0

¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	59	98.3	98.3
	No	1	1.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0

¿Se puede controlar con dieta y medicación?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	54	90.0	90.0	90.0
No	6	10.0	10.0	100.0
Total	60	100.0	100.0	

¿Se olvida de tomar su medicación?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Siempre	2	3.3	3.3	3.3
Casi siempre	7	11.7	11.7	15.0
Medianamente	8	13.3	13.3	28.3
Pocas veces	24	40.0	40.0	68.3
Nunca	19	31.7	31.7	100.0
Total	60	100.0	100.0	

¿Con qué frecuencia decide no tomar su medicación?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Casi siempre	4	6.7	6.7	6.7
Medianamente	16	26.7	26.7	33.3
Pocas veces	20	33.3	33.3	66.7
Nunca	20	33.3	33.3	100.0
Total	60	100.0	100.0	

¿Olvida recoger de la farmacia las medicinas que le han recetado?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Siempre	1	1.7	1.7	1.7
Casi siempre	5	8.3	8.3	10.0
Medianamente	5	8.3	8.3	18.3
Pocas veces	26	43.3	43.3	61.7
Nunca	23	38.3	38.3	100.0

Total	60	100.0	100.0
-------	----	-------	-------

¿Con qué frecuencia se queda sin medicinas?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Casi siempre	7	11.7	11.7	11.7
Medianamente	6	10.0	10.0	21.7
Válidos Pocas veces	25	41.7	41.7	63.3
Nunca	22	36.7	36.7	100.0
Total	60	100.0	100.0	

¿Se salta una dosis de su medicación antes de ir al médico?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Siempre	1	1.7	1.7	1.7
Casi siempre	5	8.3	8.3	10.0
Medianamente	5	8.3	8.3	18.3
Válidos Pocas veces	17	28.3	28.3	46.7
Nunca	32	53.3	53.3	100.0
Total	60	100.0	100.0	

¿Se olvida de tomar su medicación antihipertensiva cuando se encuentra bien?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Siempre	5	8.3	8.3	8.3
Casi siempre	9	15.0	15.0	23.3
Medianamente	10	16.7	16.7	40.0
Válidos Pocas veces	11	18.3	18.3	58.3
Nunca	25	41.7	41.7	100.0
Total	60	100.0	100.0	

¿Deja de tomar sus medicinas por descuido?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Siempre	4	6.7	6.7	6.7
Válidos Casi siempre	7	11.7	11.7	18.3

Medianamente	11	18.3	18.3	36.7
Pocas veces	19	31.7	31.7	68.3
Nunca	19	31.7	31.7	100.0
Total	60	100.0	100.0	

¿Cambia la dosis de su medicación y la adapta a sus necesidades?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	9	15.0	15.0
	Casi siempre	7	11.7	26.7
	Medianamente	6	10.0	36.7
	Pocas veces	15	25.0	61.7
	Nunca	23	38.3	100.0
	Total	60	100.0	100.0

¿Olvida tomar sus medicinas cuando debe tomarlas más de una vez al día?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	4	6.7	6.7
	Casi siempre	7	11.7	18.3
	Medianamente	14	23.3	41.7
	Pocas veces	14	23.3	65.0
	Nunca	21	35.0	100.0
	Total	60	100.0	100.0

¿Planifica recoger de la farmacia sus medicinas antes de que se le acaben?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	17	28.3	28.3
	Casi siempre	16	26.7	55.0
	Medianamente	6	10.0	65.0
	Pocas veces	12	20.0	85.0
	Nunca	9	15.0	100.0
	Total	60	100.0	100.0

¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	16	26.7	26.7
	Casi siempre	14	23.3	50.0
	Medianamente	10	16.7	66.7
	Pocas veces	13	21.7	88.3
	Nunca	7	11.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0

¿Cuándo viaja o sale de casa con qué frecuencia olvida llevar sus medicinas algunas veces?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	9	15.0	15.0
	Casi siempre	3	5.0	20.0
	Medianamente	10	16.7	36.7
	Pocas veces	16	26.7	63.3
	Nunca	22	36.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0

¿Siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	13	21.7	21.7
	A veces	22	36.7	58.3
	Muchas veces	15	25.0	83.3
	Casi siempre	10	16.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0

¿Ha dejado de consumir su medicación debido a una reacción y sin decírselo al médico?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	26	43.3	43.3	43.3
A veces	22	36.7	36.7	80.0
Válidos Muchas veces	9	15.0	15.0	95.0
Casi siempre	3	5.0	5.0	100.0
Total	60	100.0	100.0	

¿Con qué frecuencia ingiere comida salada?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	11	18.3	18.3	18.3
A veces	33	55.0	55.0	73.3
Válidos Muchas veces	11	18.3	18.3	91.7
Casi siempre	5	8.3	8.3	100.0
Total	60	100.0	100.0	

¿Con qué frecuencia añade sal o hierbas aromáticas a su comida antes de ingerirla?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	15	25.0	25.0	25.0
A veces	25	41.7	41.7	66.7
Válidos Muchas veces	15	25.0	25.0	91.7
Casi siempre	5	8.3	8.3	100.0
Total	60	100.0	100.0	

¿Con qué frecuencia come comida rápida?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	19	31.7	31.7	31.7
A veces	34	56.7	56.7	88.3
Válidos Muchas veces	4	6.7	6.7	95.0
Casi siempre	3	5.0	5.0	100.0
Total	60	100.0	100.0	

¿Con qué frecuencia escoge la siguiente visita antes de salir del centro médico?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	12	20.0	20.0	20.0
A veces	16	26.7	26.7	46.7
Válidos Muchas veces	16	26.7	26.7	73.3
Casi siempre	16	26.7	26.7	100.0
Total	60	100.0	100.0	

¿Con qué frecuencia no acude a las citas programadas?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	30	50.0	50.0	50.0
A veces	20	33.3	33.3	83.3
Válidos Muchas veces	7	11.7	11.7	95.0
Casi siempre	3	5.0	5.0	100.0
Total	60	100.0	100.0	

¿Se salta su medicación antihipertensiva durante 1 o 3 días antes de acudir a la visita?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	38	63.3	63.3	63.3
A veces	16	26.7	26.7	90.0
Válidos Muchas veces	3	5.0	5.0	95.0
Casi siempre	3	5.0	5.0	100.0
Total	60	100.0	100.0	

¿Se olvida de tomar su medicación antihipertensiva cuando se preocupa menos de ello?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	24	40.0	40.0	40.0
A veces	16	26.7	26.7	66.7
Válidos Muchas veces	15	25.0	25.0	91.7
Casi siempre	5	8.3	8.3	100.0
Total	60	100.0	100.0	

¿Retrasa ir a recoger sus medicinas de la farmacia porque cuestan demasiado dinero?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	35	58.3	58.3	58.3
A veces	11	18.3	18.3	76.7
Válidos Muchas veces	9	15.0	15.0	91.7
Casi siempre	5	8.3	8.3	100.0
Total	60	100.0	100.0	

¿Cuenta con apoyo familiar en cualquier situación de su vida?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Pocas veces	7	11.7	11.7	11.7
Algunas veces	4	6.7	6.7	18.3
Válidos Casi siempre	15	25.0	25.0	43.3
Siempre	34	56.7	56.7	100.0
Total	60	100.0	100.0	

¿Cuenta con algún miembro de su familia que cuide al 100% de usted?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	4	6.7	6.7	6.7
Pocas veces	9	15.0	15.0	21.7
Algunas veces	5	8.3	8.3	30.0
Válidos Casi siempre	17	28.3	28.3	58.3
Siempre	25	41.7	41.7	100.0
Total	60	100.0	100.0	

¿Siente que su familia se preocupa por usted?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	1	1.7	1.7	1.7
Pocas veces	2	3.3	3.3	5.0
Válidos Algunas veces	11	18.3	18.3	23.3
Casi siempre	13	21.7	21.7	45.0
Siempre	33	55.0	55.0	100.0

Total	60	100.0	100.0
-------	----	-------	-------

¿Su familia le muestra cariño y afecto?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Pocas veces	2	3.3	3.3	3.3
Algunas veces	12	20.0	20.0	23.3
Válidos Casi siempre	12	20.0	20.0	43.3
Siempre	34	56.7	56.7	100.0
Total	60	100.0	100.0	

¿Su familia comprende el estado de su enfermedad?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	2	3.3	3.3	3.3
Pocas veces	6	10.0	10.0	13.3
Algunas veces	8	13.3	13.3	26.7
Válidos Casi siempre	13	21.7	21.7	48.3
Siempre	31	51.7	51.7	100.0
Total	60	100.0	100.0	

¿Su familia lo anima en sus periodos de desesperanza?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Pocas veces	6	10.0	10.0	10.0
Algunas veces	7	11.7	11.7	21.7
Válidos Casi siempre	16	26.7	26.7	48.3
Siempre	31	51.7	51.7	100.0
Total	60	100.0	100.0	

¿Su familia y usted consumen los mismos alimentos?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Pocas veces	5	8.3	8.3	8.3
Válidos Algunas veces	7	11.7	11.7	20.0
Casi siempre	21	35.0	35.0	55.0

Siempre	27	45.0	45.0	100.0
Total	60	100.0	100.0	

¿Cree que la alimentación de usted y su familia es saludable?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	2	3.3	3.3	3.3
Pocas veces	10	16.7	16.7	20.0
Algunas veces	12	20.0	20.0	40.0
Casi siempre	18	30.0	30.0	70.0
Siempre	18	30.0	30.0	100.0
Total	60	100.0	100.0	

¿Cuenta con alguien que lo oriente a tener una dieta baja en sal?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	14	23.3	23.3	23.3
Pocas veces	6	10.0	10.0	33.3
Algunas veces	7	11.7	11.7	45.0
Casi siempre	9	15.0	15.0	60.0
Siempre	24	40.0	40.0	100.0
Total	60	100.0	100.0	

¿Cuenta con alguien que le recuerde sobre la toma de sus medicamentos a la hora indicada?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	6	10.0	10.0	10.0
Pocas veces	8	13.3	13.3	23.3
Algunas veces	10	16.7	16.7	40.0
Casi siempre	12	20.0	20.0	60.0
Siempre	24	40.0	40.0	100.0
Total	60	100.0	100.0	

¿Cuenta con alguien que le insista a no abandonar su tratamiento terapéutico?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	4	6.7	6.7	6.7
Pocas veces	11	18.3	18.3	25.0
Algunas veces	2	3.3	3.3	28.3
Casi siempre	13	21.7	21.7	50.0
Siempre	30	50.0	50.0	100.0
Total	60	100.0	100.0	

¿Cuenta con alguien que le recuerde comprar su medicamento antes de que se le termine?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	9	15.0	15.0	15.0
Pocas veces	6	10.0	10.0	25.0
Algunas veces	3	5.0	5.0	30.0
Casi siempre	12	20.0	20.0	50.0
Siempre	30	50.0	50.0	100.0
Total	60	100.0	100.0	

¿Cuenta con alguien que vigile que ingiera la dosis correcta de sus medicamentos?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	12	20.0	20.0	20.0
Pocas veces	5	8.3	8.3	28.3
Algunas veces	5	8.3	8.3	36.7
Casi siempre	18	30.0	30.0	66.7
Siempre	20	33.3	33.3	100.0
Total	60	100.0	100.0	

¿Cuenta con alguien que esté al pendiente de que ingiera sus medicamentos a las horas adecuadas?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	10	16.7	16.7
	Pocas veces	9	15.0	31.7
	Algunas veces	7	11.7	43.3
	Casi siempre	14	23.3	66.7
	Siempre	20	33.3	100.0
	Total	60	100.0	100.0

¿Cuenta con alguien que le recuerde llevar sus medicamentos cuando viaja o sale de casa?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	8	13.3	13.3
	Pocas veces	5	8.3	21.7
	Algunas veces	5	8.3	30.0
	Casi siempre	16	26.7	56.7
	Siempre	26	43.3	100.0
	Total	60	100.0	100.0

¿Cuenta con alguien que le insista a su autocuidado?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	4	6.7	6.7
	Pocas veces	12	20.0	26.7
	Algunas veces	4	6.7	33.3
	Casi siempre	13	21.7	55.0
	Siempre	27	45.0	100.0
	Total	60	100.0	100.0

¿Cuenta con alguien que le recuerde sus citas médicas?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	6	10.0	10.0	10.0
Pocas veces	8	13.3	13.3	23.3
Algunas veces	6	10.0	10.0	33.3
Casi siempre	14	23.3	23.3	56.7
Siempre	26	43.3	43.3	100.0
Total	60	100.0	100.0	

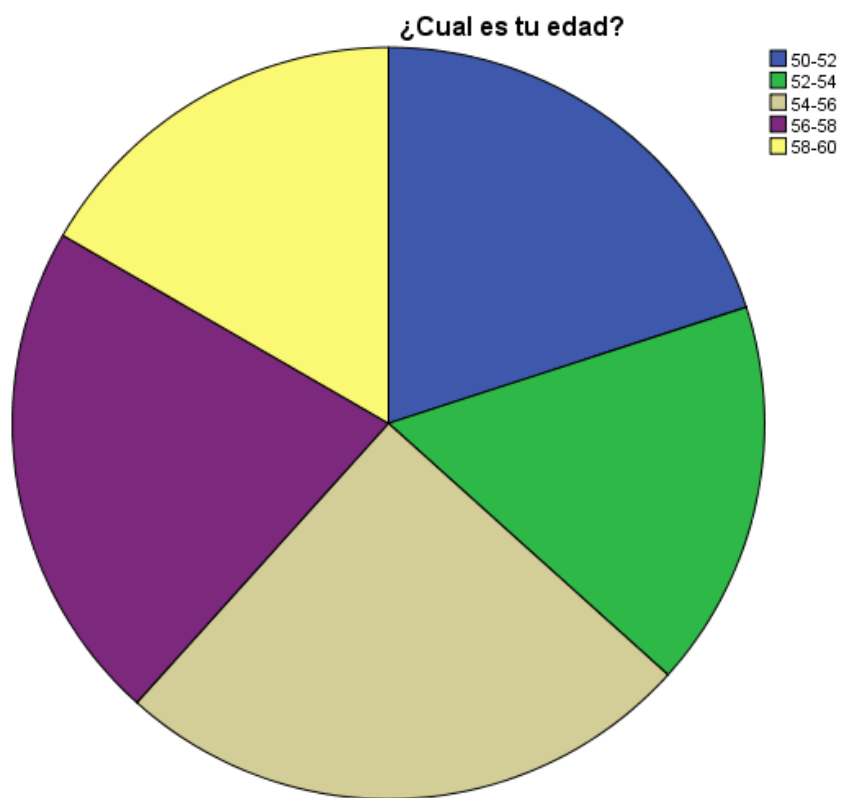
¿Cuenta con alguien que le lleve al médico cuando lo necesite?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Pocas veces	8	13.3	13.3	13.3
Algunas veces	7	11.7	11.7	25.0
Casi siempre	14	23.3	23.3	48.3
Siempre	31	51.7	51.7	100.0
Total	60	100.0	100.0	

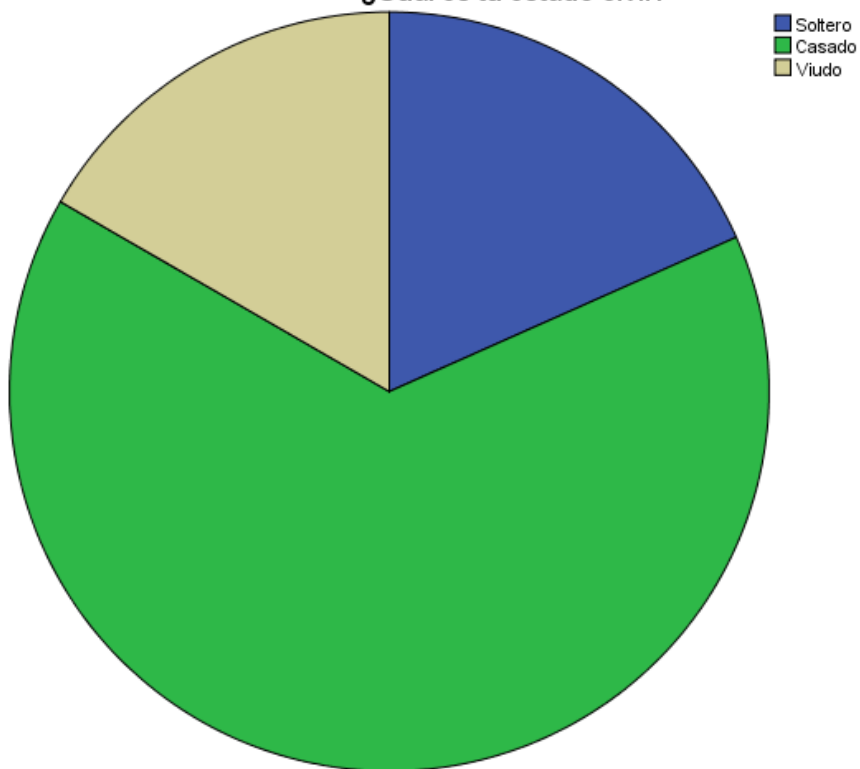
¿Cuenta con quien pueda relajarse en sus periodos de estrés y sobrecarga?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	2	3.3	3.3	3.3
Pocas veces	10	16.7	16.7	20.0
Algunas veces	7	11.7	11.7	31.7
Casi siempre	8	13.3	13.3	45.0
Siempre	33	55.0	55.0	100.0
Total	60	100.0	100.0	

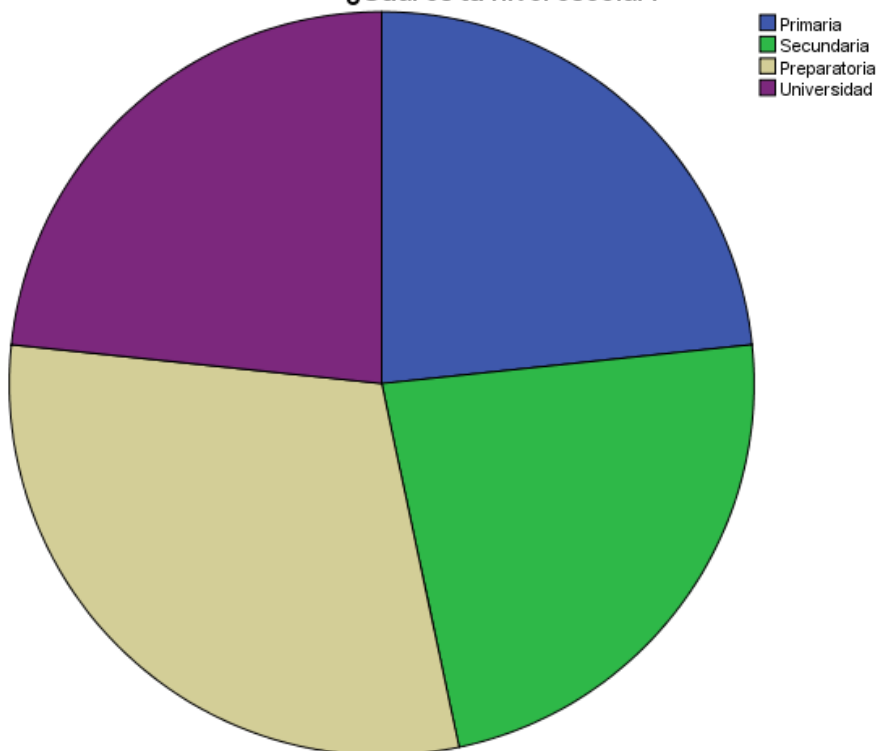
Gráfico de sectores



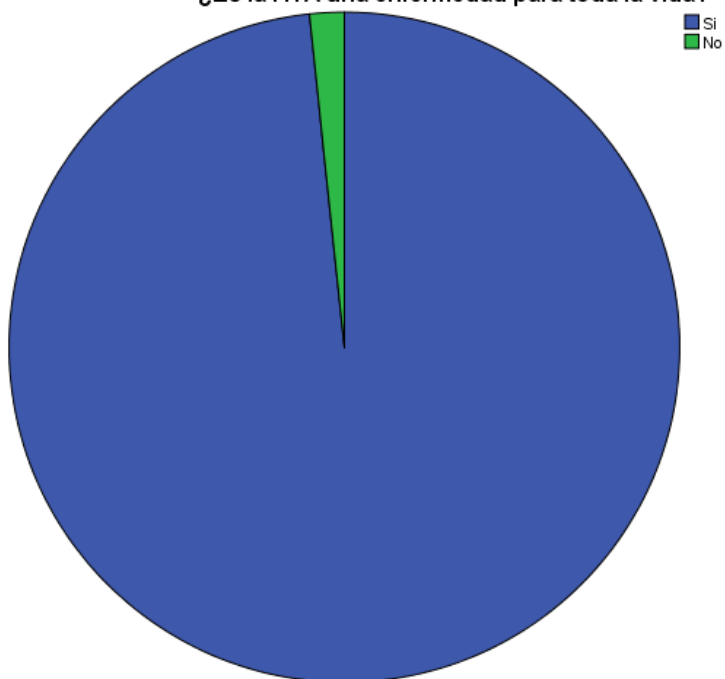
¿Cual es tu estado civil?



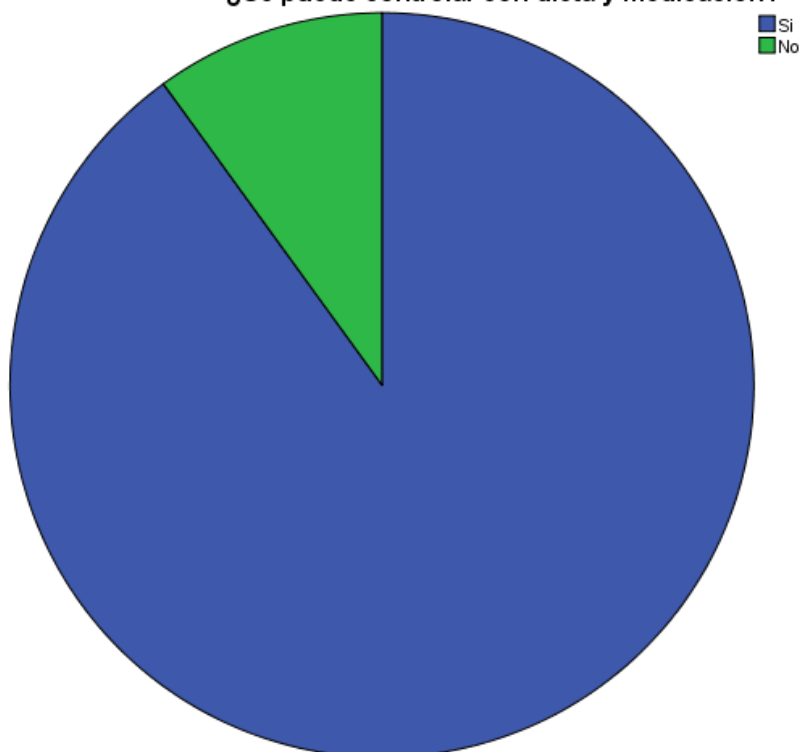
¿Cual es tu nivel escolar?



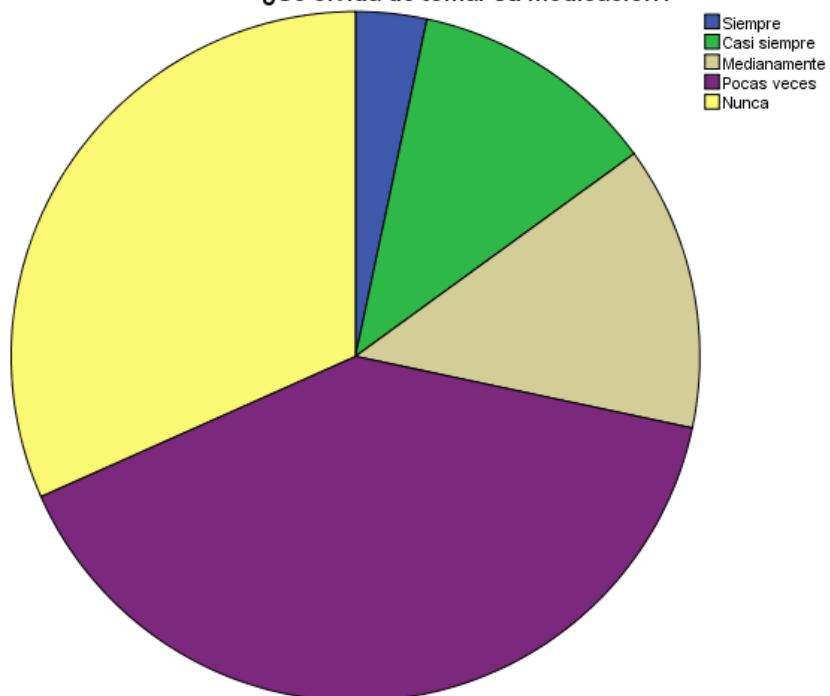
¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?



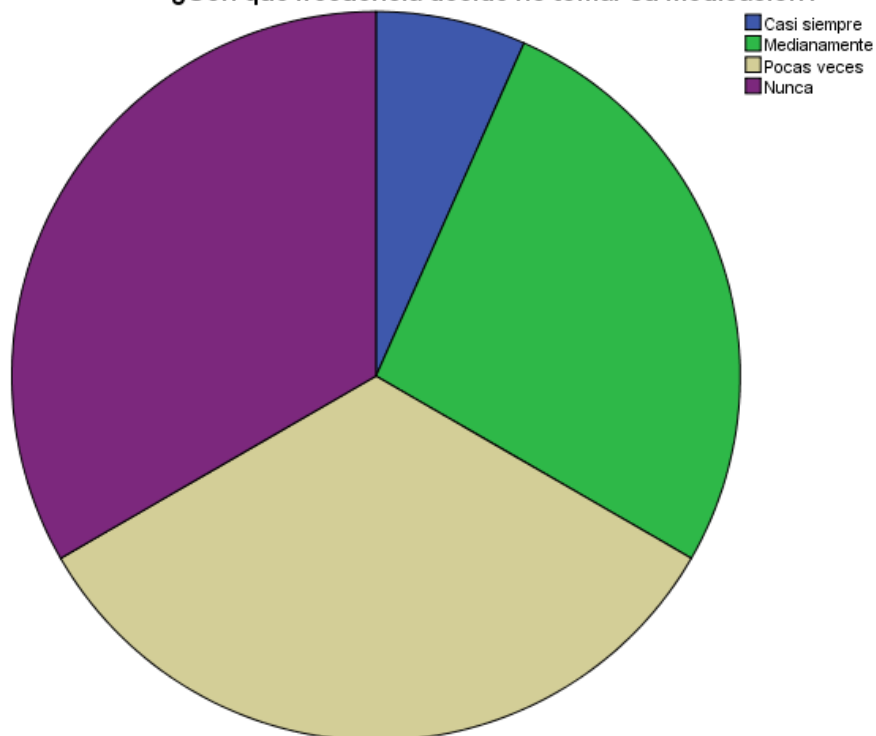
¿Se puede controlar con dieta y medicación?



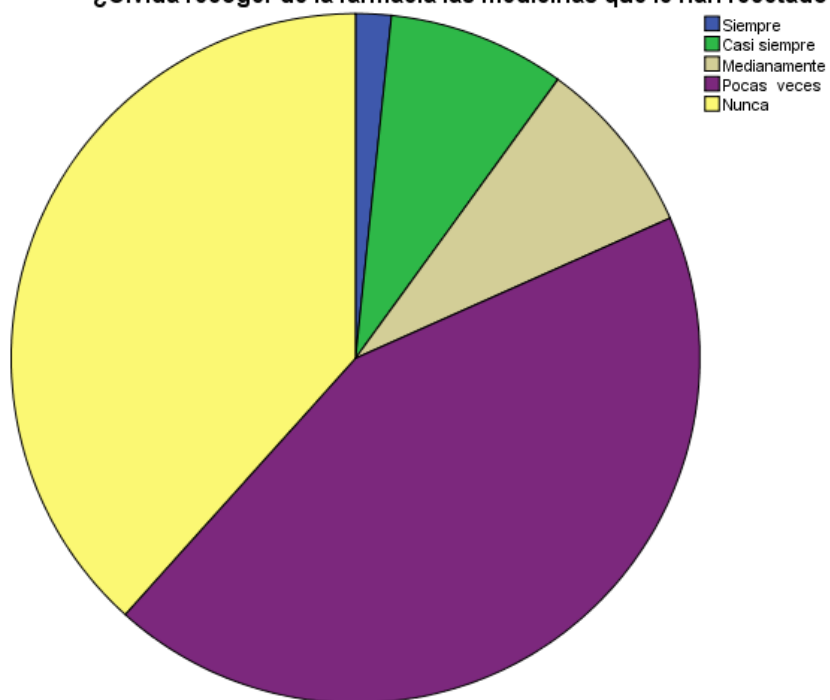
¿Se olvida de tomar su medicación?



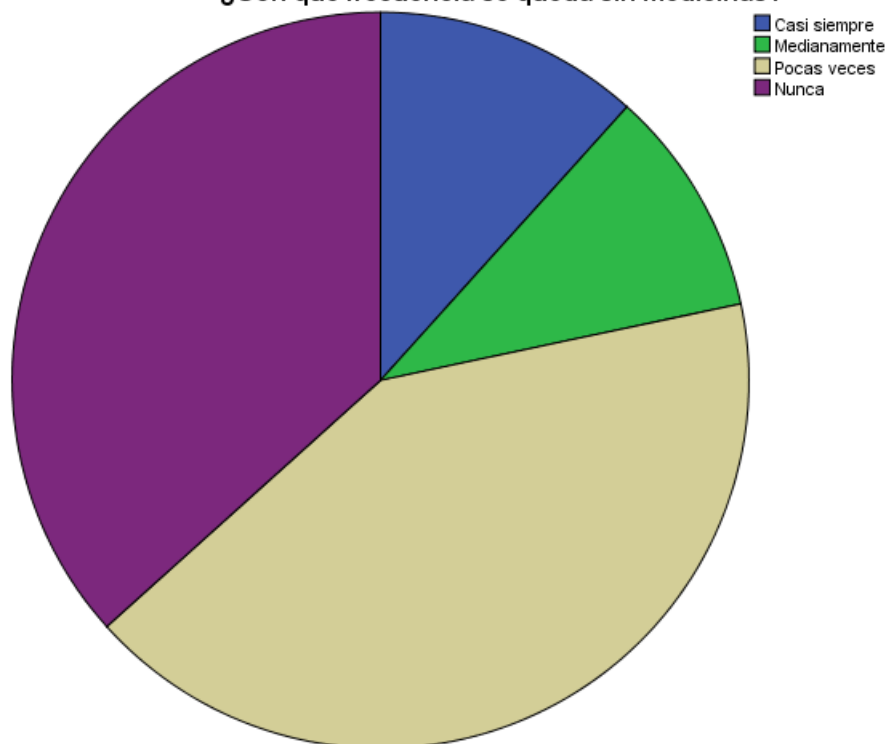
¿Con qué frecuencia decide no tomar su medicación?



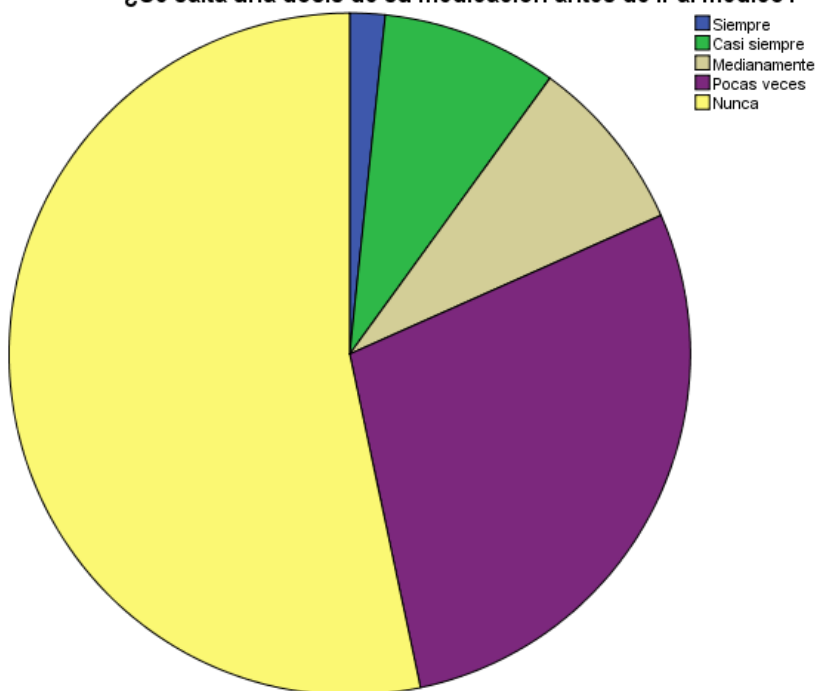
¿Olvida recoger de la farmacia las medicinas que le han recetado?



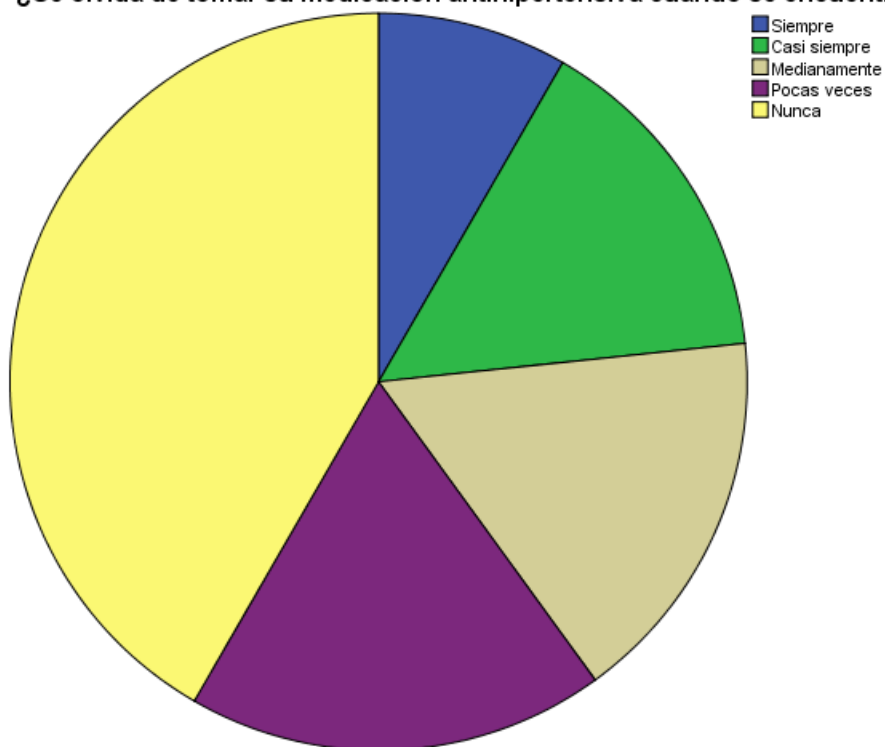
¿Con qué frecuencia se queda sin medicinas?



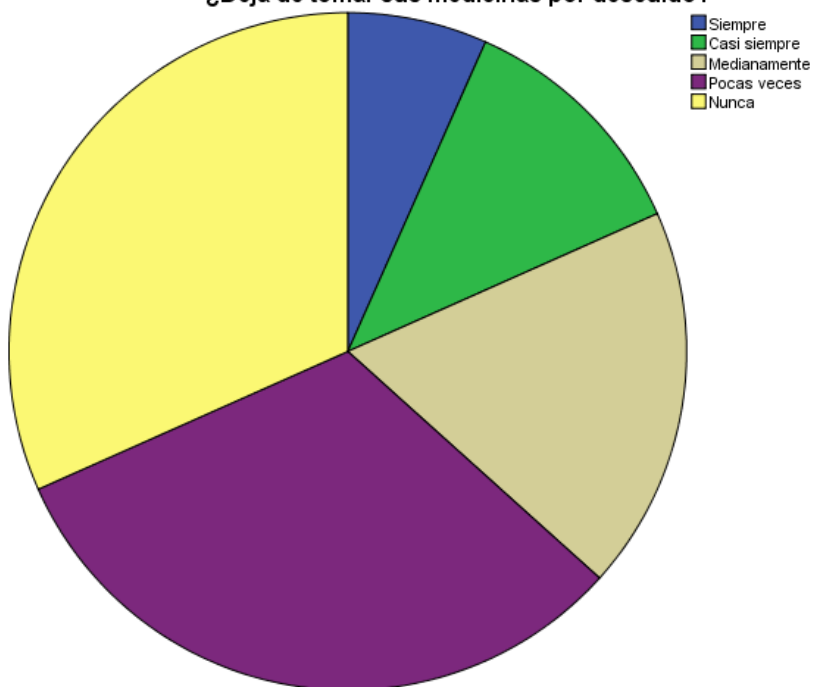
¿Se salta una dosis de su medicación antes de ir al medico?



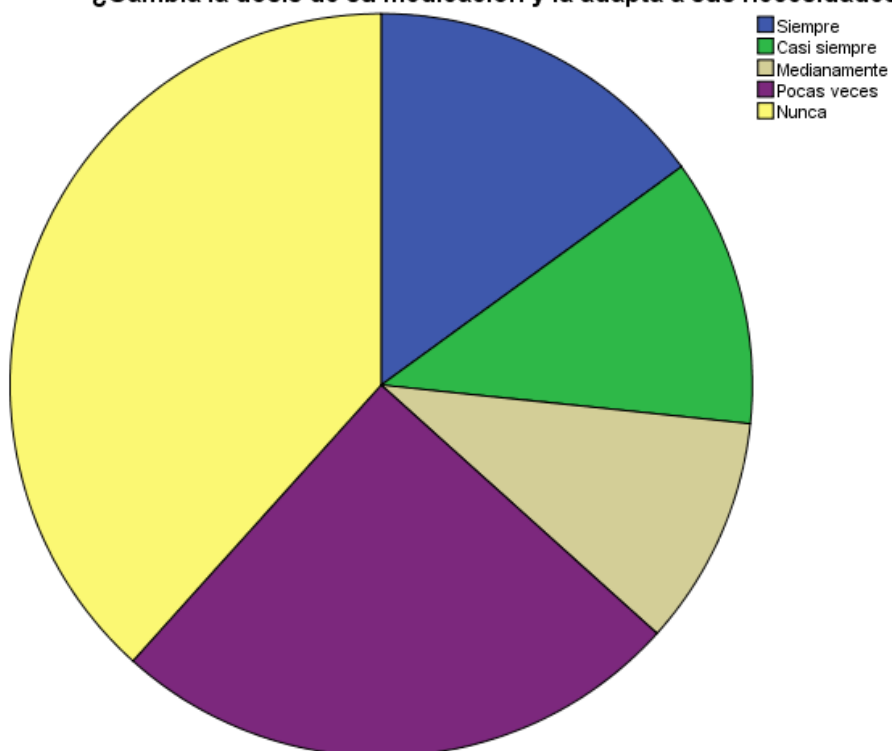
¿Se olvida de tomar su medicación antihipertensiva cuando se encuentra bien?



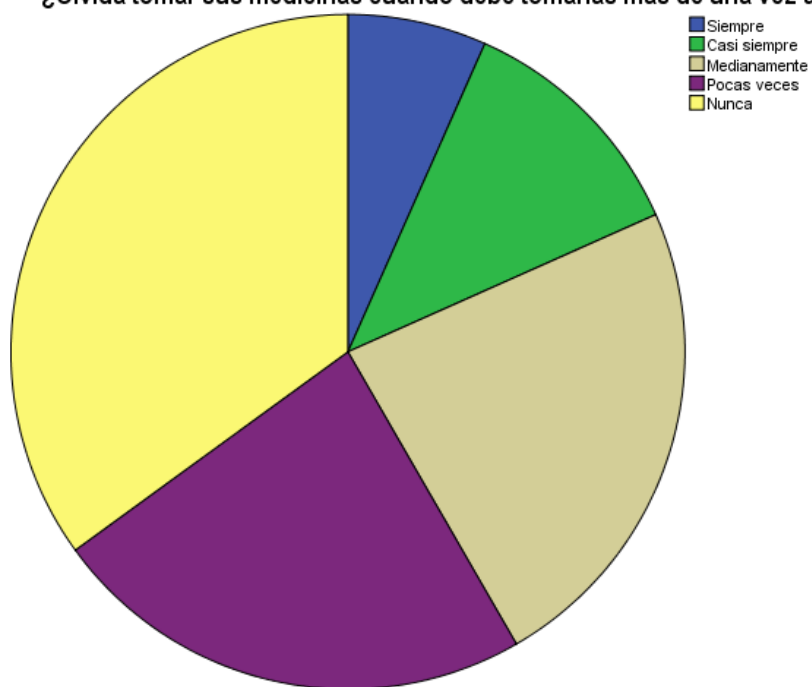
¿Deja de tomar sus medicinas por descuido?



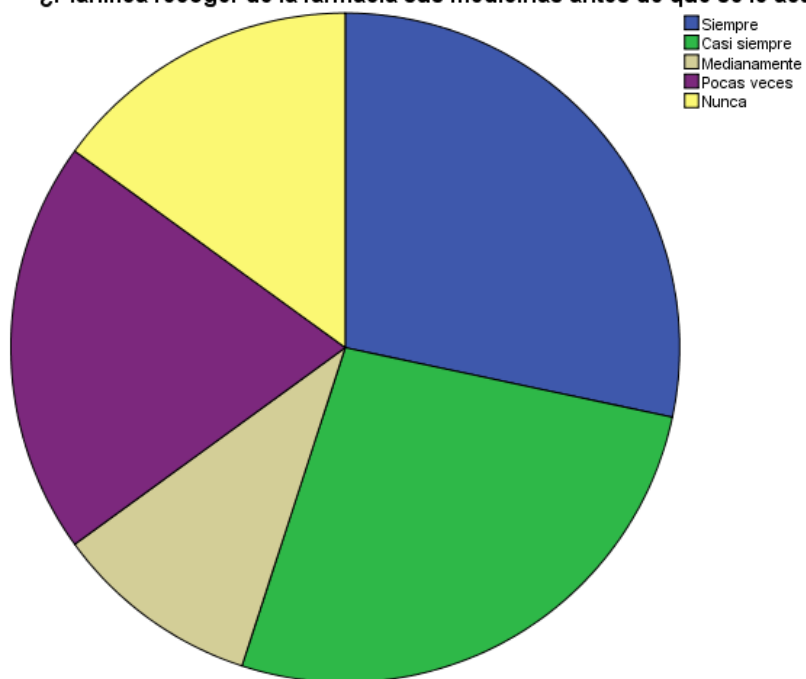
¿Cambia la dosis de su medicación y la adapta a sus necesidades?



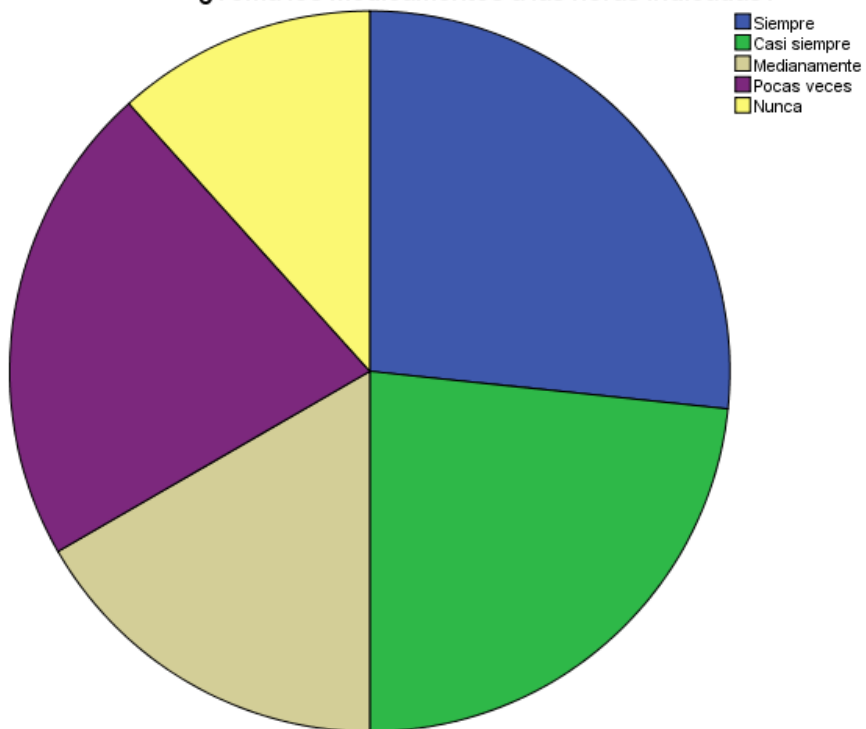
¿Olvida tomar sus medicinas cuando debe tomarlas más de una vez al día?



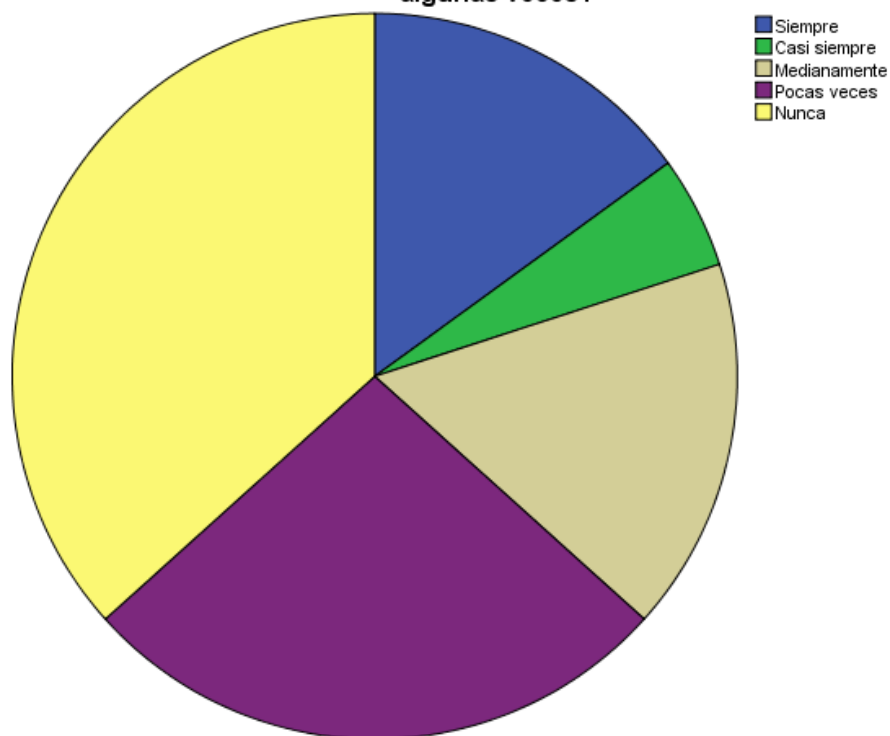
¿Planifica recoger de la farmacia sus medicinas antes de que se le acaben?



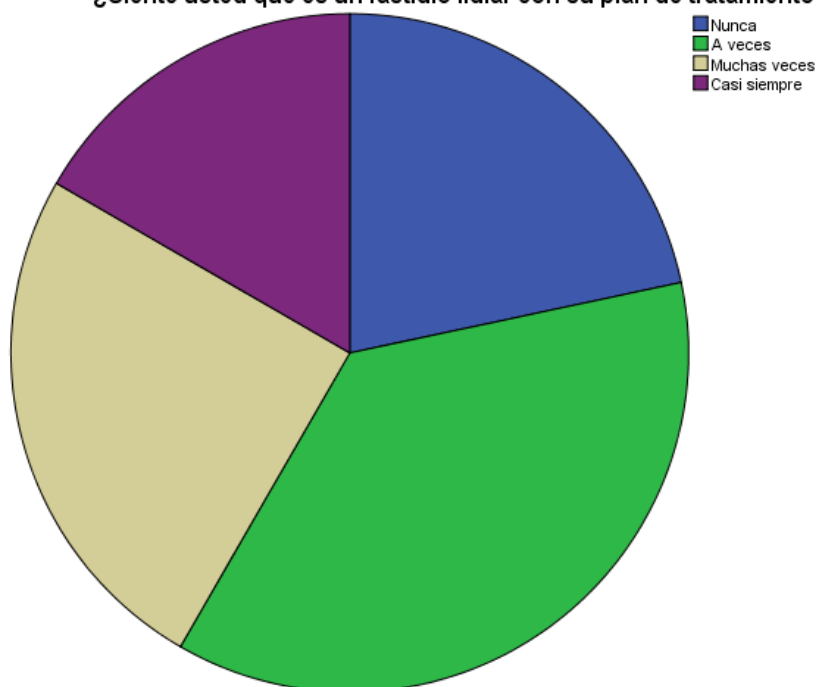
¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?



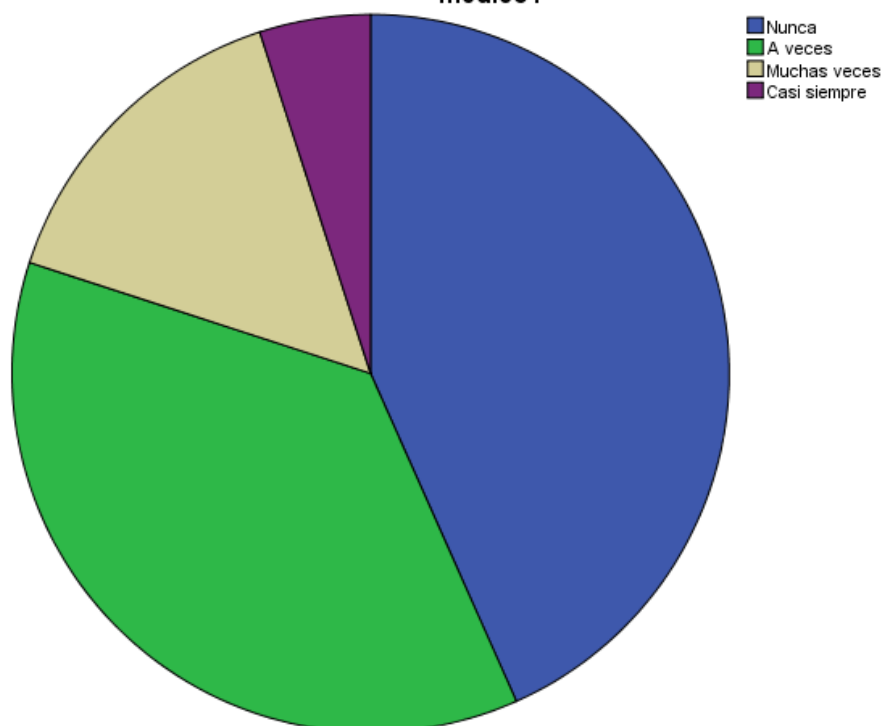
¿Cuándo viaja o sale de casa con qué frecuencia olvida llevar sus medicinas algunas veces?



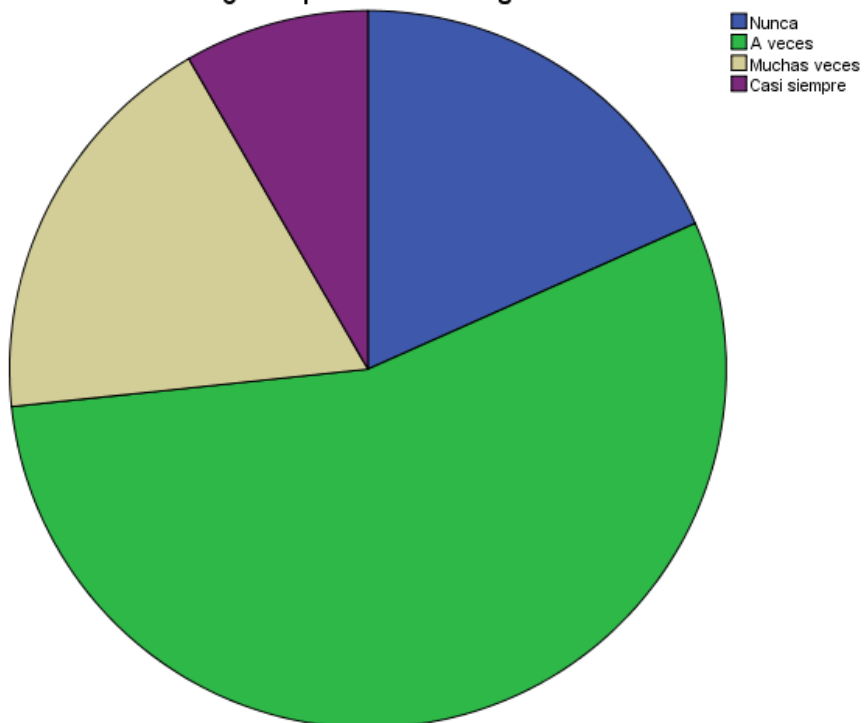
¿Siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?



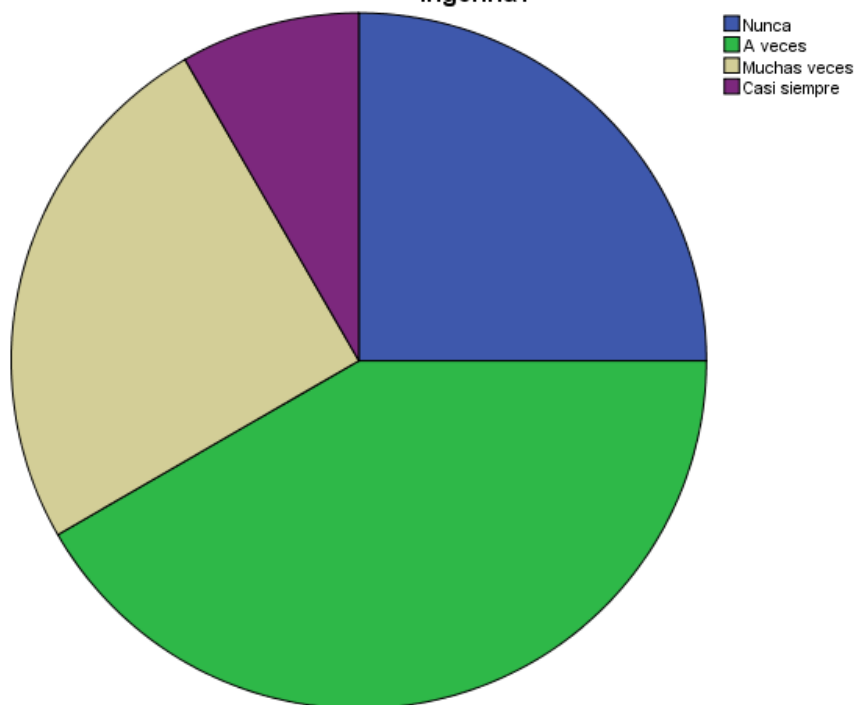
¿Ha dejado de consumir su medicación debido a una reacción y sin decírselo al médico?



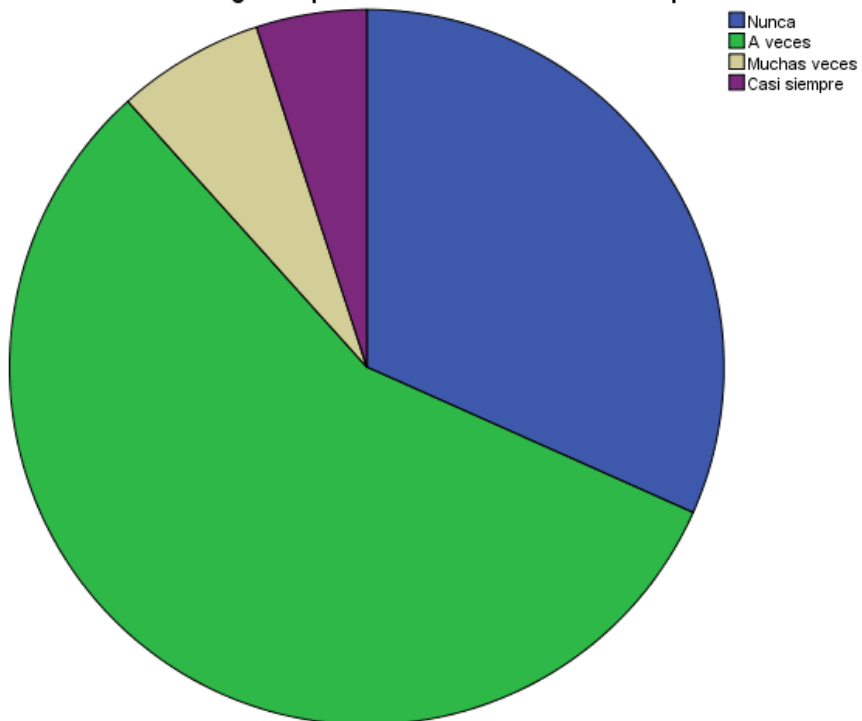
¿Con qué frecuencia ingiere comida salada?



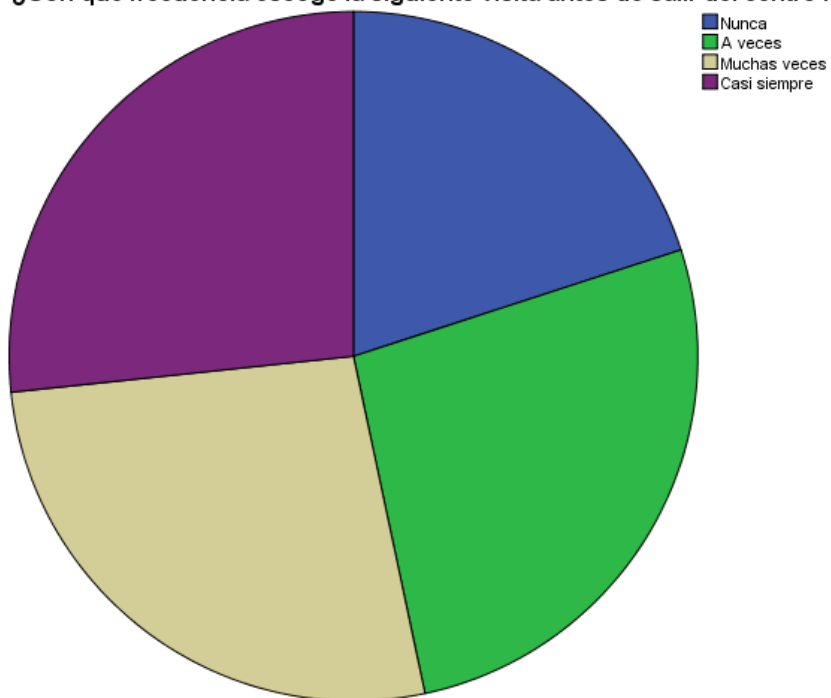
¿Con qué frecuencia añade sal o hierbas aromáticas a su comida antes de ingerirla?



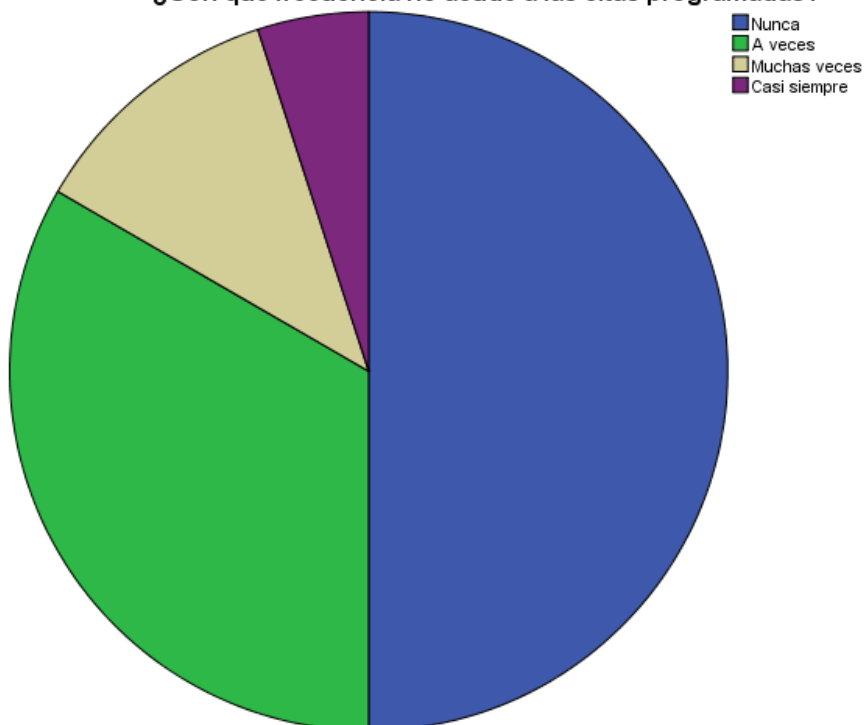
¿Con qué frecuencia come comida rápida?



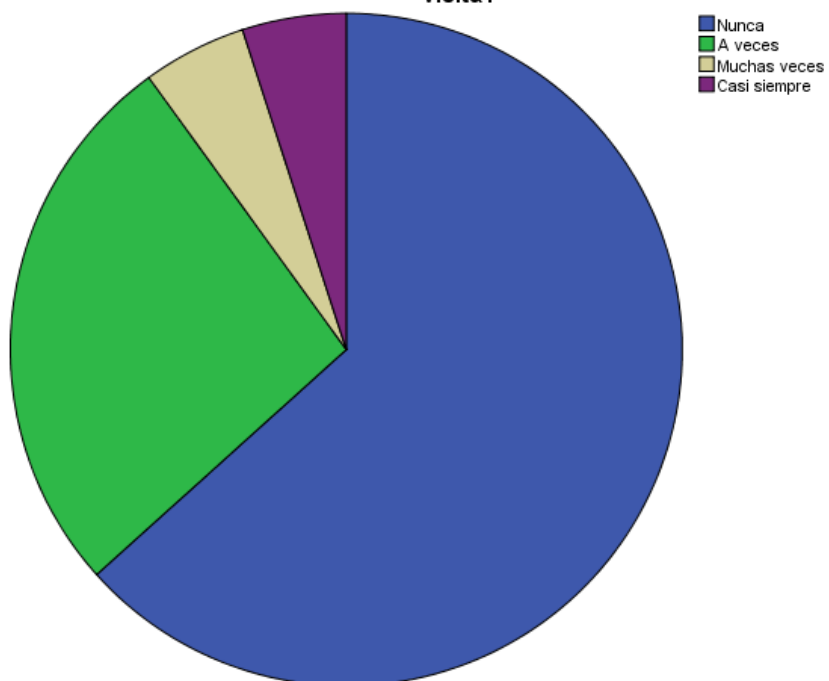
¿Con qué frecuencia escoge la siguiente visita antes de salir del centro médico?



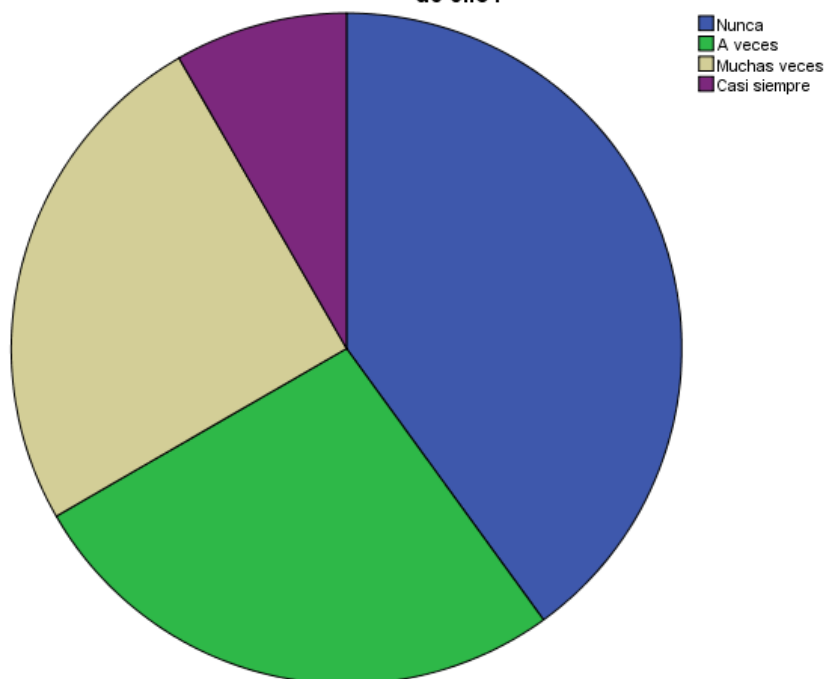
¿Con qué frecuencia no acude a las citas programadas?



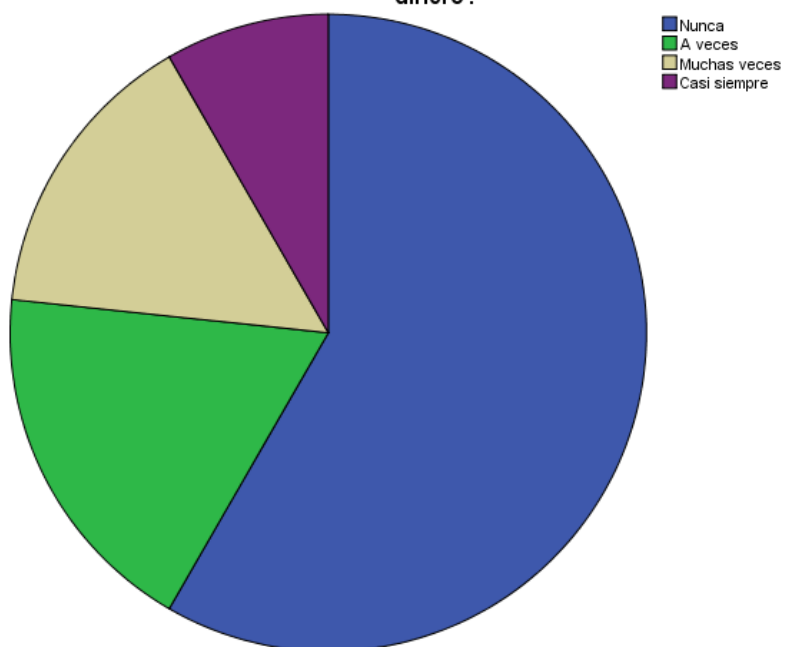
¿Se salta su medicación antihipertensiva durante 1 o 3 días antes de acudir a la visita?



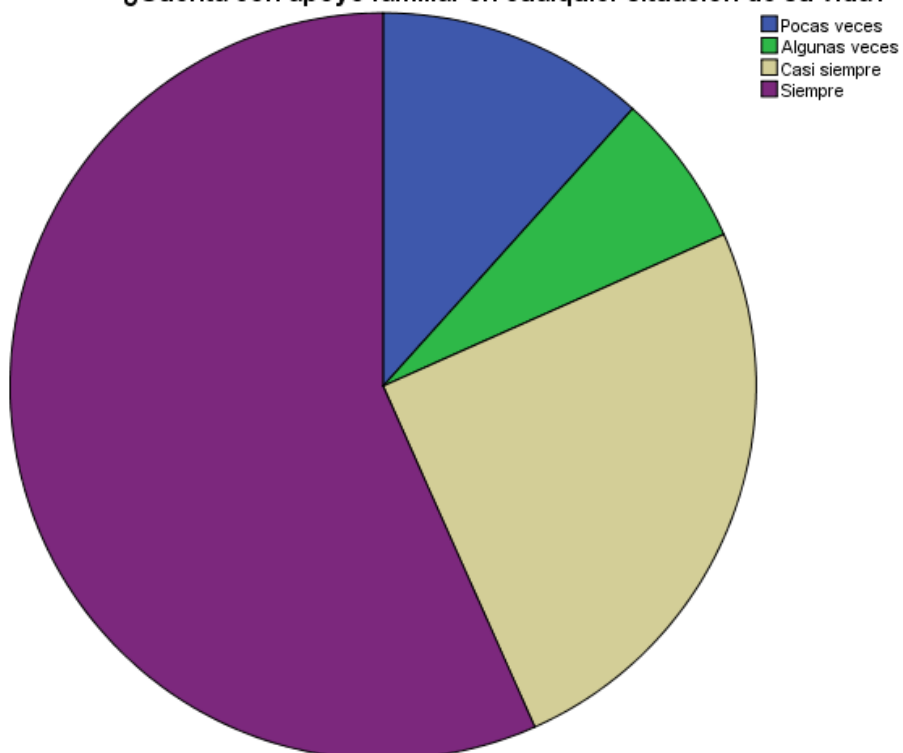
¿Se olvida de tomar su medicación antihipertensiva cuando se preocupa menos de ello?



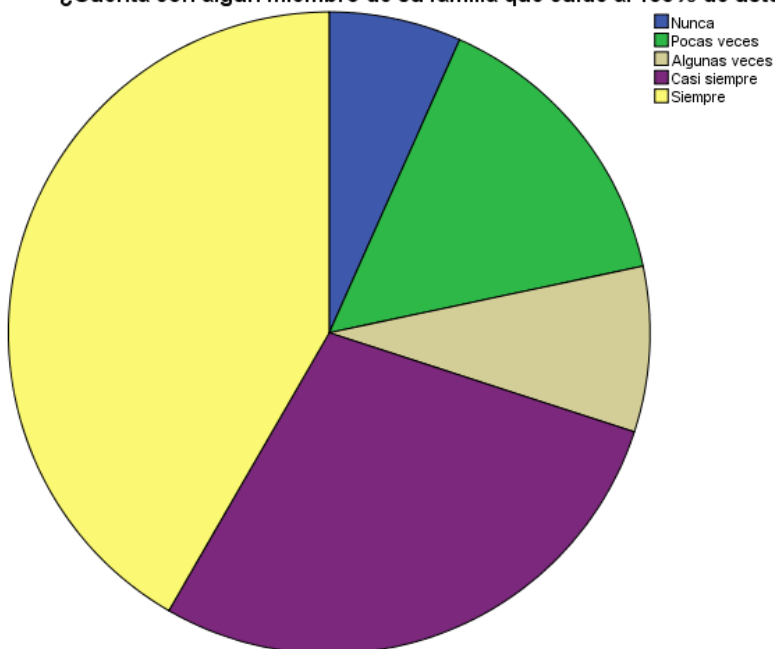
¿Retrasa ir a recoger sus medicinas de la farmacia porque cuestan demasiado dinero?



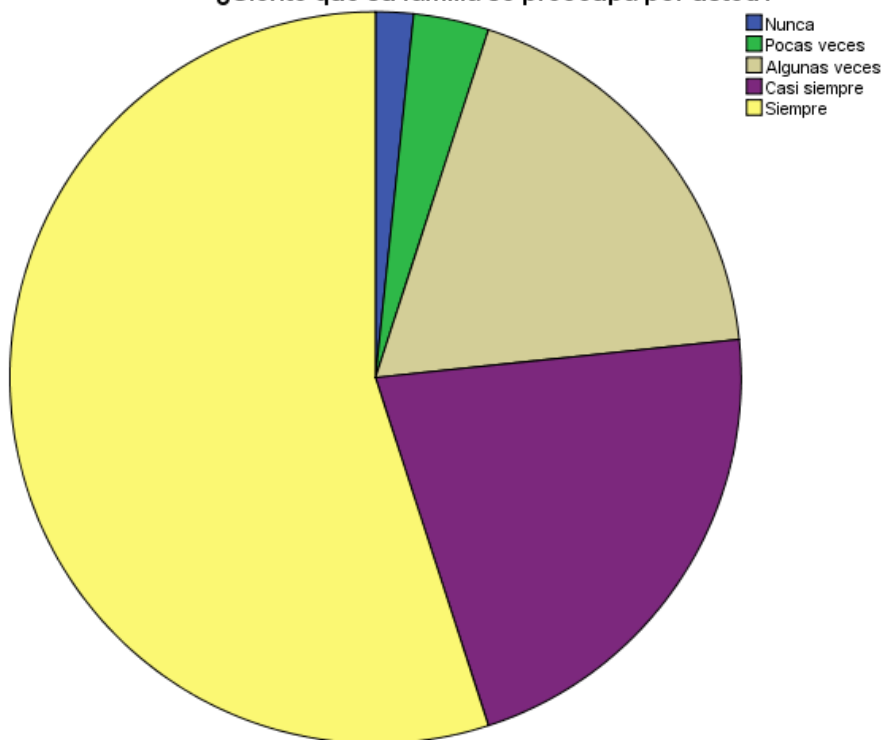
¿Cuenta con apoyo familiar en cualquier situación de su vida?



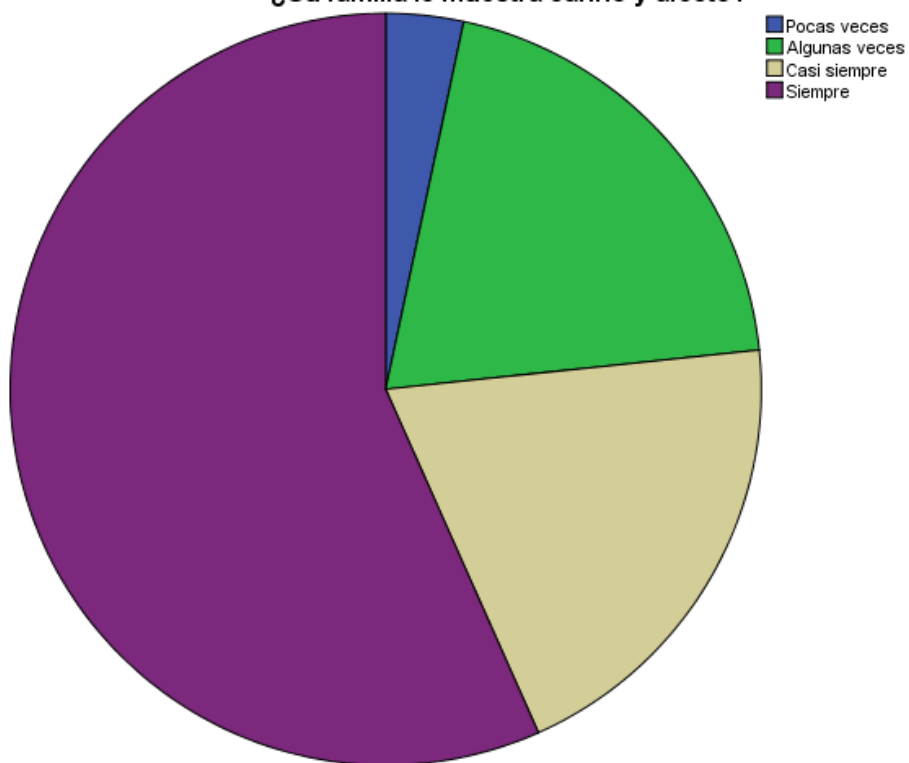
¿Cuenta con algún miembro de su familia que cuide al 100% de usted?



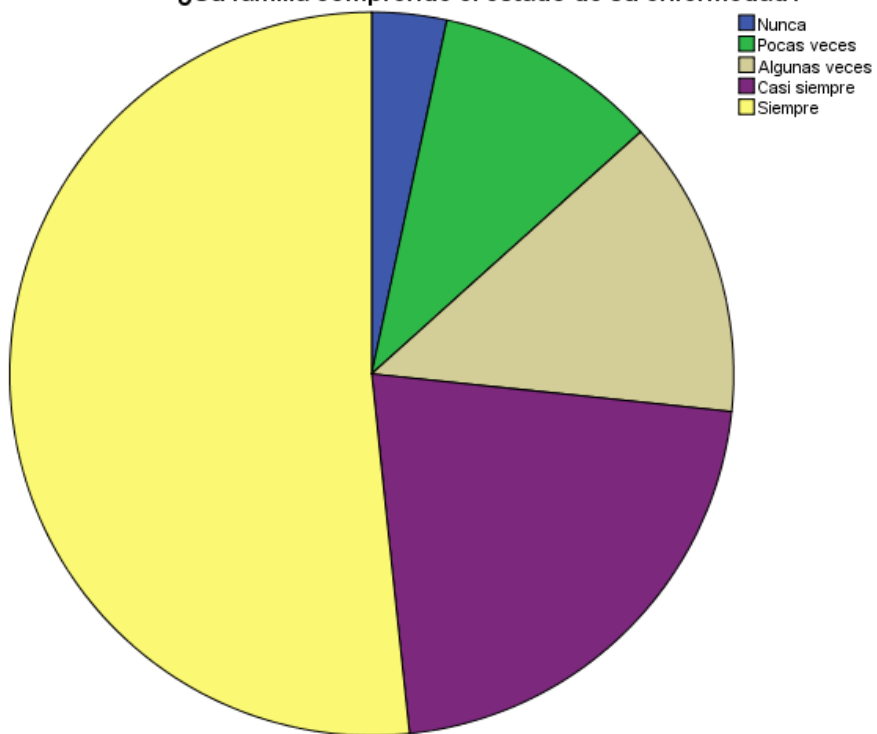
¿Siente que su familia se preocupa por usted?



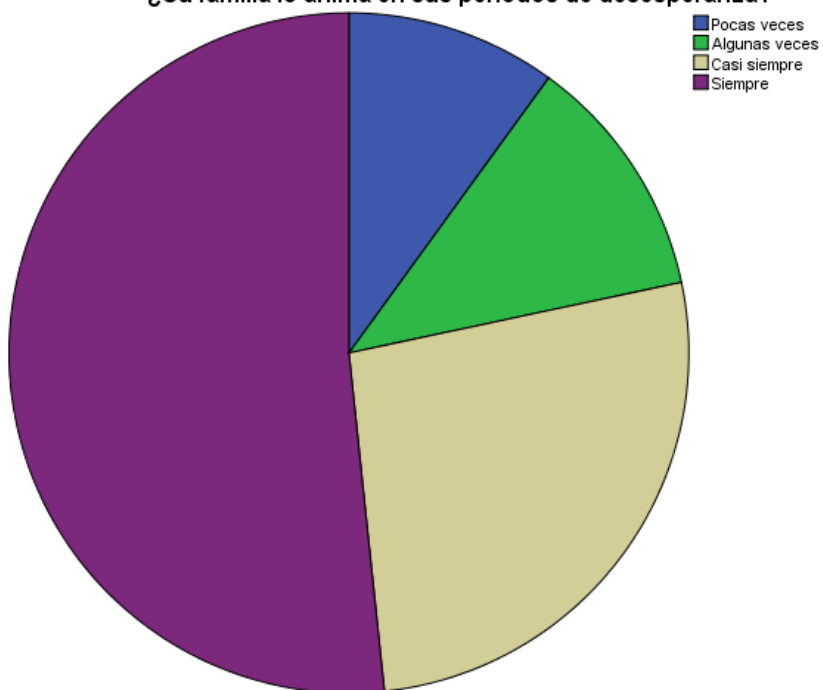
¿Su familia le muestra cariño y afecto?



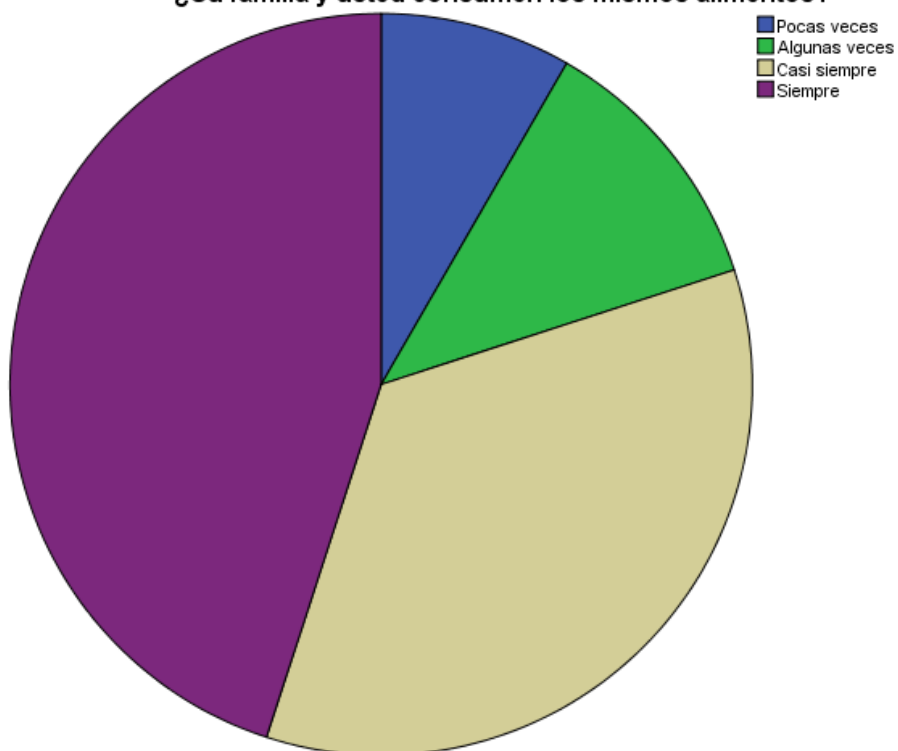
¿Su familia comprende el estado de su enfermedad?



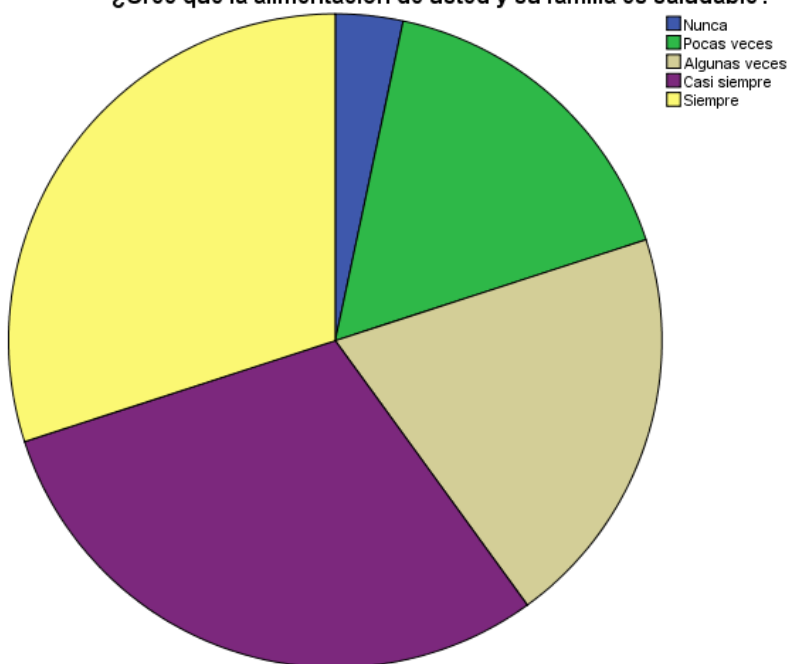
¿Su familia lo anima en sus periodos de desesperanza?



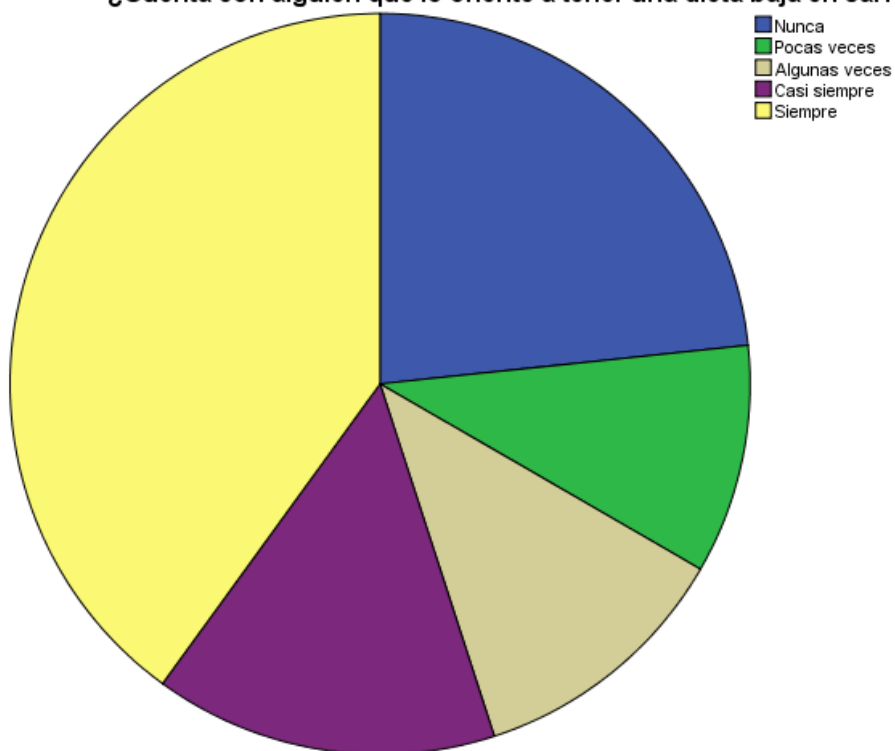
¿Su familia y usted consumen los mismos alimentos?



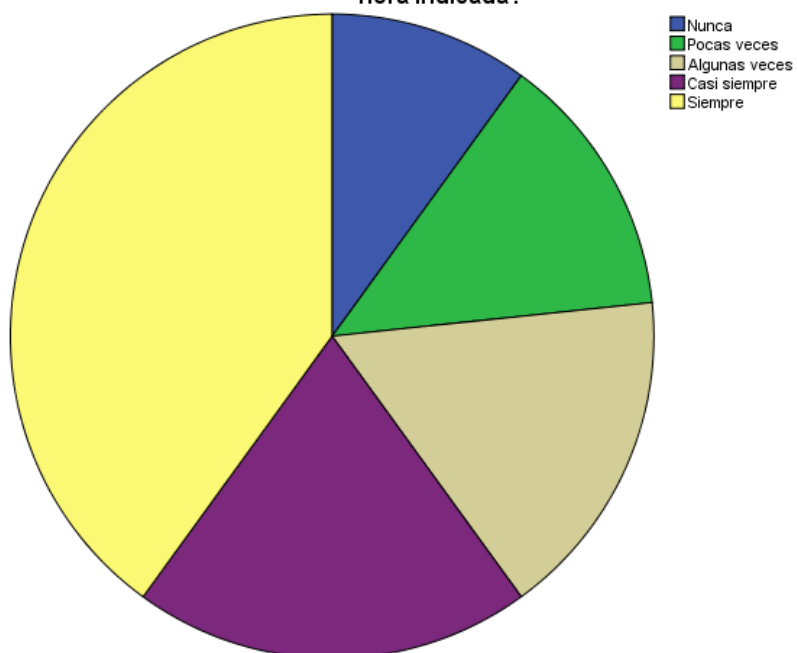
¿Cree que la alimentación de usted y su familia es saludable?



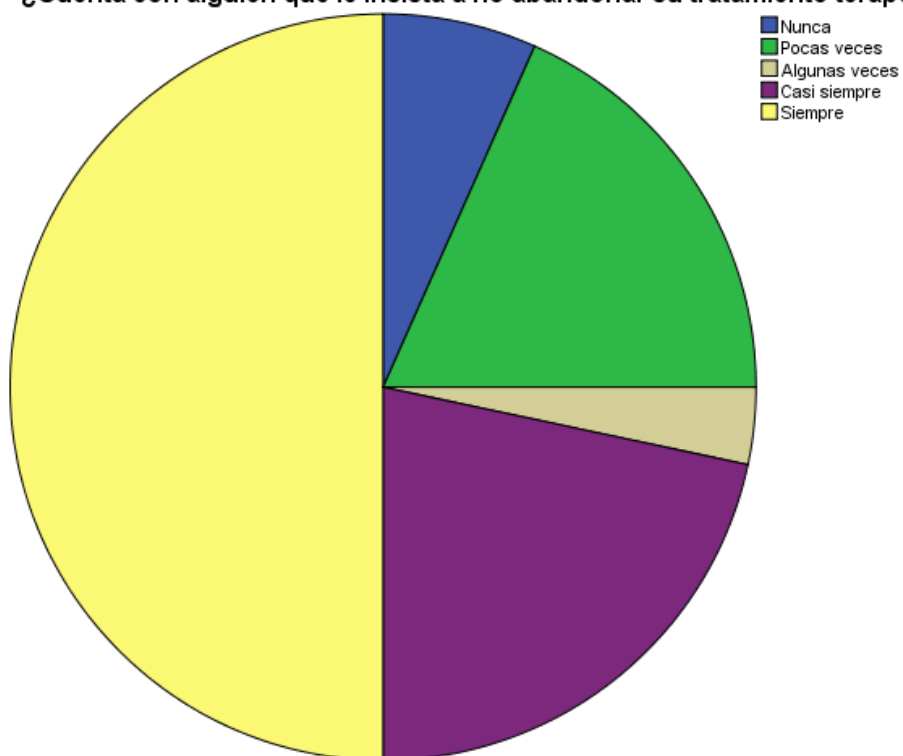
¿Cuenta con alguien que lo oriente a tener una dieta baja en sal?



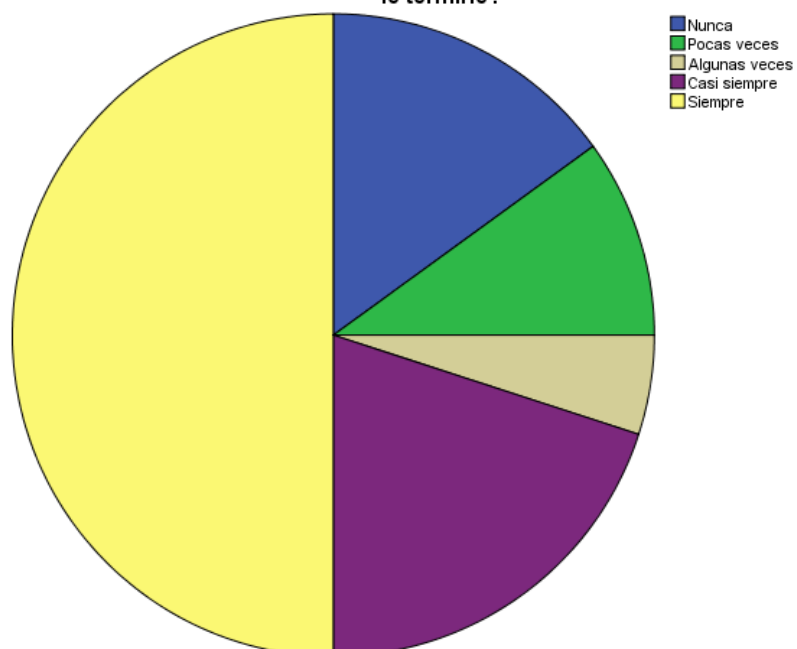
¿Cuenta con alguien que le recuerde sobre la toma de sus medicamentos a la hora indicada?



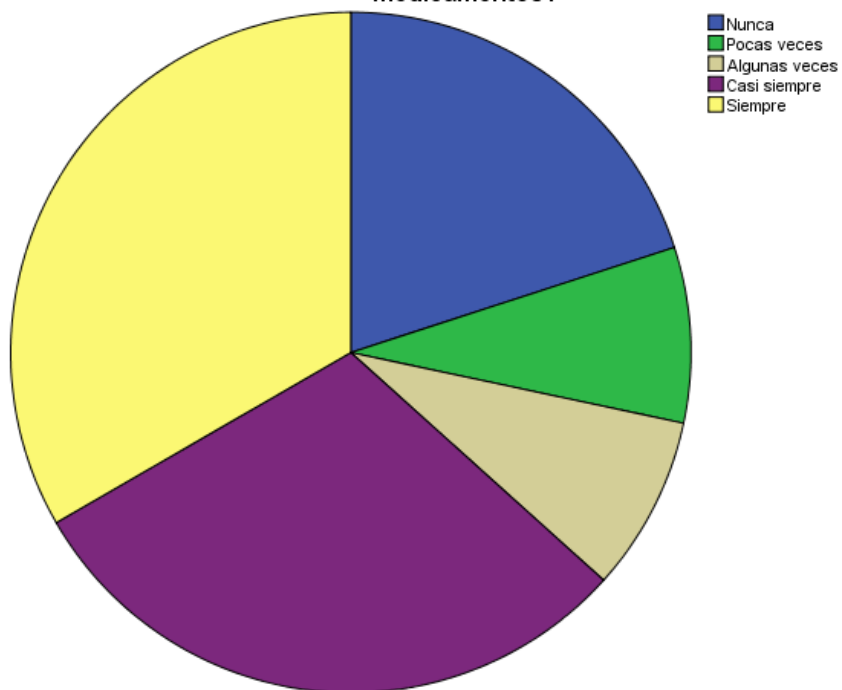
¿Cuenta con alguien que le insista a no abandonar su tratamiento terapéutico?



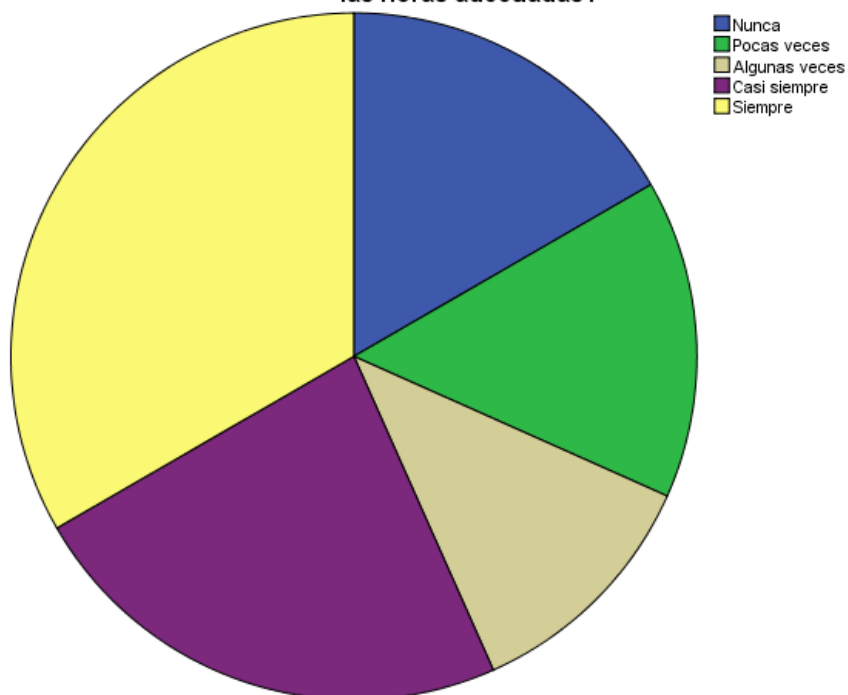
¿ Cuenta con alguien que le recuerde comprar su medicamento antes de que se le termine?



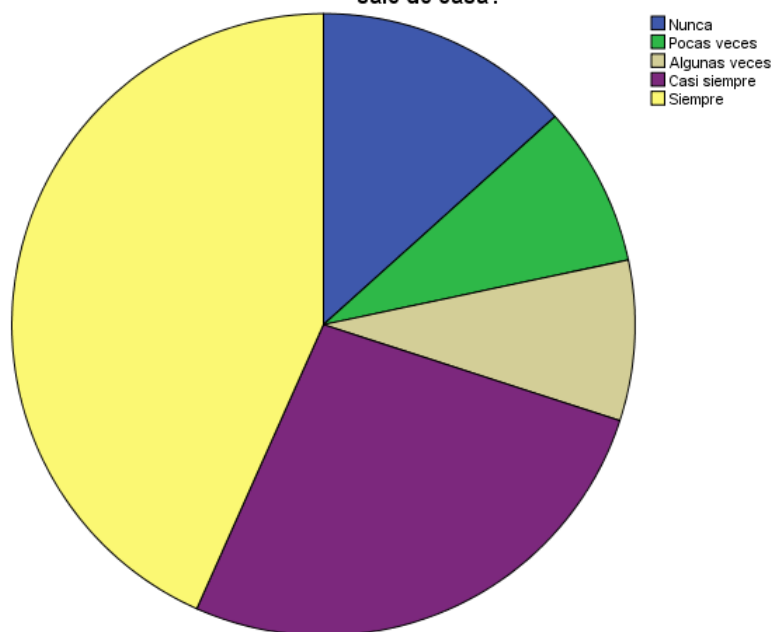
¿Cuenta con alguien que vigile que ingiera la dosis correcta de sus medicamentos?



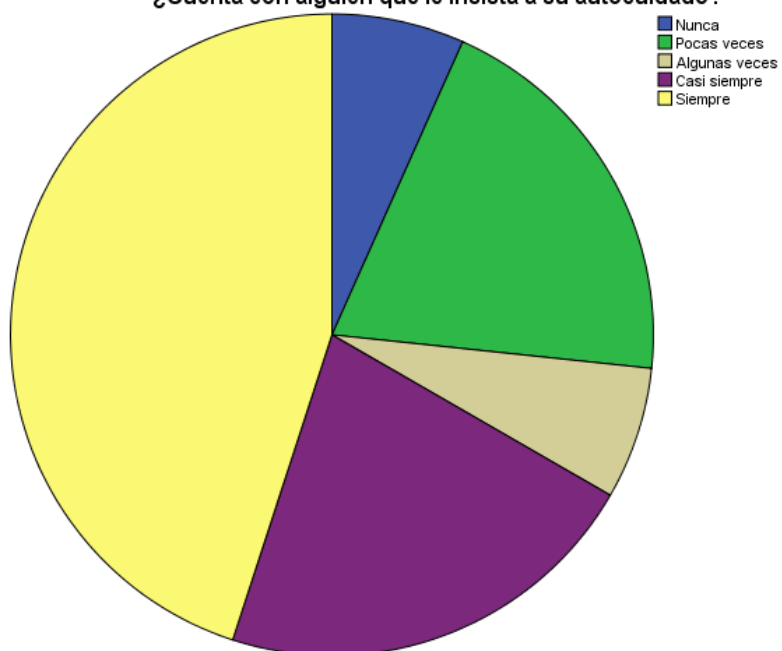
¿Cuenta con alguien que esté al pendiente de que ingiera sus medicamentos a las horas adecuadas?



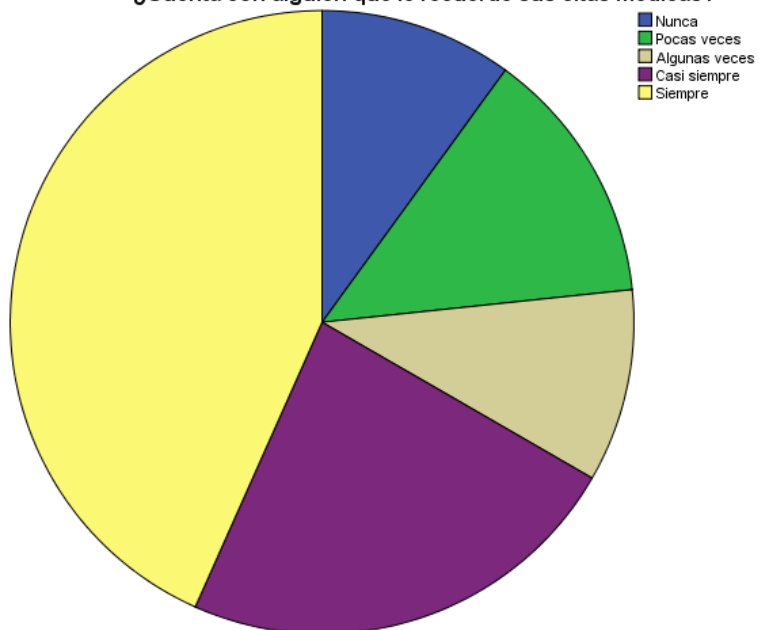
¿Cuenta con alguien que le recuerde llevar sus medicamentos cuando viaja o sale de casa?



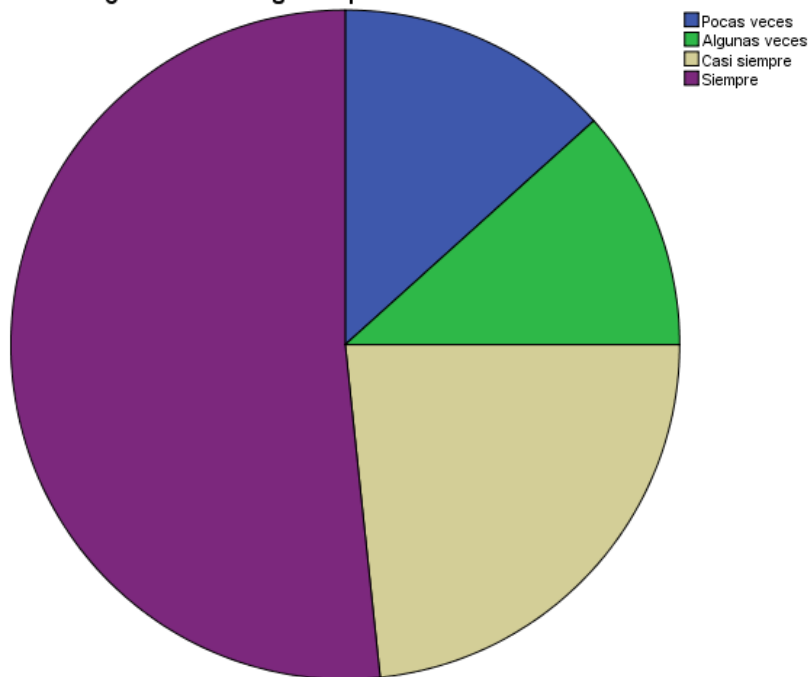
¿Cuenta con alguien que le insista a su autocuidado?



¿Cuenta con alguien que le recuerde sus citas médicas?



¿Cuenta con alguien que le lleve al medico cuando lo necesite?



¿Cuenta con quien pueda relajarse en sus periodos de estrés y sobrecarga?

