

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



**“ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE APOYO SOCIAL Y FAMILIAR
CON LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES
DIAGNOSTICADOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ACUDEN A LA
CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD AUGUSTO EGAS
DISTRITO 23 D01 OCTUBRE A DICIEMBRE DEL 2016”.**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

AUTORES:

MARIA EUDOCIA TAPIA GARZÓN

DARWIN LENIN ORDOÑEZ TORRES

DIRECTOR DE TESIS: DR. LENIN DÍAZ

TUTOR METODOLÓGICO: DR. JUAN JOSÉ IGLESIAS

SANTO DOMINGO, 2016

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **TAPIA GARZÓN MARIA EUDOCIA y ORDOÑEZ TORRES DARWIN LENIN**, con C.C. 0911778728, 1103008841, respectivamente, autores del trabajo de graduación titulado: **"ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE APOYO SOCIAL Y FAMILIAR CON LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD AGUSTO EGAS DISTRITO 23 D01 OCTUBRE A DICIEMBRE DEL 2016 "**, previa a la obtención del título profesional en la Especialidad de: Medicina Familiar y Comunitaria, en la Facultad de **Medicina**:

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la **SENESCYT** en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 8 de febrero del 2017

María E Tapia G.

TAPIA GARZÓN MARIA EUDOCIA

C.C. 0911778728

Darwin Lenin Ordoñez Torres

ORDOÑEZ TORRES DARWIN LENIN

C.C. 1103008841

TÍTULO

**“ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE APOYO SOCIAL Y
FAMILIAR CON LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES
DIAGNOSTICADOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ACUDEN A LA
CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD AUGUSTO EGAS
DISTRITO 23 D01 OCTUBRE A DICIEMBRE DEL 2016”.**

DEDICATORIA

A la memoria de mis padres Matilde y Wilfrido.

A Dios por recordarme que mi lugar está donde me necesitan.

A mi familia mi esposo y mi hija por haber encontrado el apoyo entre no dejarme desanimar y al mismo tiempo no presionarme, para alcanzar mi meta.

María Eudocia.

A mi padre y a la memoria de mi madre quienes me inculcaron a luchar con responsabilidad y perseverancia hacia objetivos de superación, a mi esposa por su amor, comprensión y apoyo incondicional, sin el cual no hubiera podido llegar a cumplir con esta meta, a mis hijos Darwin, Génesis y Kevin por ser la razón de mi superación y lucha constante.

Darwin Lenin

AGRADECIMIENTOS

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Al Hospital Docente Dr. Gustavo Domínguez, noble Institución en la cual nos formamos.

Al Centro de Salud Augusto Egas por brindarnos las facilidades para la toma de información e investigación realizada.

A nuestro Director de Tesis, Dr. Lenin Díaz Muñoz por su generosidad al brindarnos la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica en un marco de confianza, afecto y amistad.

A nuestro Director metodológico, Dr. Juan José Iglesias por su aporte a la realización de la presente investigación.

María y Darwin

TABLA DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
TÍTULO	5
DEDICATORIA	6
AGRADECIMIENTOS	7
TABLA DE CONTENIDOS	8
LISTA DE CUADROS.....	11
LISTA DE ABREVIATURAS	13
RESUMEN	14
ABSTRACT.....	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO 1	16
1.1. INTRODUCCIÓN.....	16
1.2. JUSTIFICACIÓN	21
CAPÍTULO II. REVISIÓN BILIOGRÁFICA	23
2.1. ADHERENCIA TERAPEUTICA	23
2.1.1. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA.....	26
2.1.2. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE ADHERENCIA	
UTILIZADOS EN LA PRACTICA CLÍNICA	27

2.1.3. SITUACIÓN ACTUAL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LATINOAMÉRICA Y EL ECUADOR.	33
2.2. APOYO SOCIAL Y FAMILIAR	35
2.2.1. CONCEPTO	36
2.2.2. DIMENSIONES DEL APOYO SOCIAL	40
2.2.3. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE APOYO SOCIAL	42
2.3. ADHERENCIA Y CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL	45
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	48
3.1. PROBLEMA.....	48
3.2. OBJETIVOS	49
3.2.1. OBJETIVO GENERAL	49
3.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	49
3.3. HIPÓTESIS	49
3.4. TIPO DE ESTUDIO	49
3.5. OPERACIONALIZACIÓN VARIABLES	50
3.6. MUESTRA	50
3.7. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	51
3.8. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSION	51
3.8.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	51
3.8.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	52

3.9. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS:.....	52
3.10. ASPECTOS BIOÉTICOS:.....	53
CAPITULO IV. RESULTADOS.....	55
4.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.....	55
4.2. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA.....	55
4.2.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	55
4.3. ASOCIACIONES ENTRE VARIABLES.....	63
CAPÍTULO V.....	70
5.1. DISCUSIÓN.....	70
CONCLUSIONES	74
LIMITACIONES	76
RECOMENDACIONES.....	77
BIBLIOGRAFIA	79
ANEXOS	86

LISTA DE CUADROS

Tabla 1: <i>Medidas De Tendencia Central</i>	55
Tabla 2: <i>Grupo Etario</i>	56
Tabla 3: <i>Distribución De Pacientes Según Sexo Con Hipertensión Arterial</i>	56
Tabla 4: <i>Frecuencias Y Porcentajes Del Estado Civil Observados En El Estudio</i> ..	57
Tabla 5: <i>Instrucción De Los Pacientes Del Estudio</i>	57
Tabla 6: <i>Presión Sistólica</i>	58
Tabla 7: <i>Presión Diastólica</i>	58
Tabla 8: <i>Control Hta</i>	59
Tabla 9: <i>Comorbilidades Presentes En Los Pacientes</i>	59
Tabla 10: <i>Test Morisky-Green</i>	60
Tabla 11: <i>Test De Batalla</i>	60
Tabla 12: <i>Apoyo Global</i>	61
Tabla 13: <i>Adherencia</i>	61
Tabla 14: <i>Apoyo Social Y Familiar Mediante Test De Mos</i>	62
Tabla 15: <i>Asociación Adherencia Vs Apoyo Social Global</i>	63
Tabla 16: <i>Prueba De Chi-Cuadrado Adherencia Vs Apoyo Social Global</i>	64
Tabla 17: <i>Adherencia Vs Apoyo Medido Por Escala De Mos</i>	65
Tabla 18: <i>Prueba Del Chi-Cuadrado Adherencia Vs Apoyo Medido Por Escala De Mos</i>	66
Tabla 19: <i>Apoyo Social Global Vs Género</i>	67
Tabla 20: <i>Pruebas De Chi-Cuadrado Apoyo Social Vs Género</i>	67
Tabla 21: <i>Asociación Adherencia Vs Rango De Edad</i>	68

Tabla 22: <i>Pruebas De Chi-Cuadrado Edad Vs Adherencia</i>	69
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

HTA:	Hipertensión Arterial
DM2:	Diabetes Mellitus Tipo 2.
MOS:	Estudio de los Resultados Médicos.
OPS/OMS:	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
PA:	Presión Arterial.
PUCE:	Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
SPSS:	Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales.
IC:	Intervalo de confianza.
COLS:	Colaboradores.
MMHG:	Milímetros de mercurio
MENS:	Monitores electrónicos de medicación
ENSANUT:	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
INEC:	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
ECU:	Ecuador
TA:	Tensión Arterial
JNC8:	Joint National Committee (Comité Nacional Conjunto)

RESUMEN

Antecedente: La hipertensión arterial una de las principales enfermedades crónicas no transmisibles, en nuestro país más de un tercio de la población padece de hipertensión, es el principal factor de riesgo para desarrollar discapacidad y muerte prematura. El objetivo de este estudio fue establecer asociación entre el apoyo social medido por el cuestionario de apoyo social y el nivel de adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos que acuden al Centro de Salud “Augusto Egas”.

Metodología y Resultados: A través de un estudio Analítico Transversal de punto realizado en el Centro de Salud Augusto Egas de la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas, de 195 pacientes mayores de 18 años diagnosticados con hipertensión arterial, se analizó la asociación entre, el apoyo social medido con el cuestionario Medical Outcomes Study (MOS) y la adherencia al tratamiento con el test de Batalla y Morinsky-Green. Los datos se analizaron en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS23). El 73,8% eran mujeres, el 72,8% tenían educación básica, 38% fueron casados, 67,7 % tenían su presión arterial controlada. La adherencia al tratamiento fue de 30,8, el Apoyo social global máximo 73,8%, medio 25,6 % y mínimo con 0,5%.

Conclusiones: No hubo relación significativa ($p>0,05$) entre el apoyo social y familiar con la adherencia terapéutica.

Palabras claves: Hipertensión Arterial, Adherencia, Apoyo social, Test de Morisky-Green y Test de Batalla, cuestionario de MOS.

ABSTRACT

Antecedent. - Arterial hypertension is one of the main chronic diseases not transmissible. In our country, more than a third of the population suffer of hypertension, since it is the principal factor of risk to develop early incapacity and death. The objective of this study was to establish association between the social support measured by the questionnaire of the social support and the level of therapeutic adherence in the hypertensive patients who attend to the health center "Augusto Egas".

Methodology and results. Through a transversal analytic study made in the Health Center "Augusto Egas" located in Santo Domingo de los Tsachilas city, an association, between the social support measured with the questionnaire Medical Outcomes Study (MOS) and adherence to the treatment with the test of Batalla and Morinsky-Green, was analyzed in 195 patients older than 18 diagnosed with arterial hypertension. Datas were analyzed with Statistical Package for the Social Sciences 23(SPSS23). 73.8% were women. 72,8% had elemental education, 38% were married, 67,7% had their blood pressure controlled. The adherence to the treatment was 30,8 %. Global social support maximum 73.8%, medium 25.6 % and minimum 0.5 %.

Conclusions. - There was not significant relationship ($p>0.05$) between the social and familiar support and the therapeutic adherence.

Key words. - Arterial Hypertension, Adherence, Social support, Test of Morisky-Green and Test of Batalla, questionnaire of MOS.

CAPÍTULO 1

1.1. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica definida por una elevación de presión sistólica igual o mayor a 140 mmHg y una tensión diastólica igual o mayor a 90 mmHg en edades comprendidas entre 18 y 60 años, y un valor de presión sistólica igual o mayor a 150 mmHg en individuos mayores de 60 años de edad, siendo un problema de salud con una prevalencia del 26% e incrementándose en pacientes de edad avanzada y en diabéticos, la misma es considerada una de las principales causas de morbilidad en los países industrializados y en vías de desarrollo, relacionada como un factor de riesgo de daño vascular, junto con otros, tales como: las dislipidemias, obesidad, tabaquismo y el sedentarismo (Castaño-Castrillón et al., 2012).

Según la Encuesta Nacional de salud realizada entre 2011 y 2013 el 9,3% de la población 18 y 59 años padece de hipertensión arterial, además en el informe del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos Anuario de Nacimientos y defunciones (INEC) presenta a las enfermedades hipertensivas como la segunda causa de muerte en el año 2011; las provincias que presentan mayor cantidad de casos de hipertensión son Guayas 17,02%, Pichincha 13,74, y Manabí 14,12%.(Freire W:B; Ramirez MJ. Silva MK, Sáenz K, Piñeros p, Gómez LF, 2013)

Al ser la Medicina Familiar una especialidad que aborda al ser humano en su integralidad a la HTA no se debe estimarla únicamente como un problema aislado de cifras superiores a las normadas de presión arterial, el abordaje terapéutico del paciente con hipertensión no solo se basa en medidas farmacológicas antihipertensivas, sino en medidas que promueven cambios en el estilo de vida, con la finalidad que la alimentación, el ejercicio y la mejora de hábitos nocivos que permitan contrarrestar la obesidad, la hipercolesterolemia y el sedentarismo.(Rubinstein & Terrasa, 2006)

También se busca incentivar el dejar de fumar y la disminución del consumo de alcohol; así como prevenir el desarrollo de otras enfermedades como la diabetes, para lo cual se hace imperioso la aceptación del paciente de formar parte activa con inclusión y participación del plan de tratamiento, sumado al compromiso del personal de salud mediante una relación empática donde el prescribir implique: explicar, indicar, enseñar, adecuar, acompañar y controlar, fomentando la intervención y el involucramiento de la familia para el éxito terapéutico (Rubinstein & Terrasa, 2006).

A pesar de los actuales tratamientos farmacológicos antihipertensivos y la implementación de medidas educativas encaminadas a fomentar estilos de vida saludables que son complemento estratégico para mantener un control adecuado, la existencia de pacientes hipertensos mal controlados es frecuente, debiéndose aceptar que existen causas que provocan la falta de adherencia al tratamiento terapéutico antihipertensivo, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce

como un problema de salud pública, la misma que no alcanza al 50% en países desarrollados. (Oms, 2013)

Este mismo organismo define la adherencia como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”. Se han identificado 5 grandes grupos de factores que inciden en la adherencia al tratamiento: factores socioeconómicos, factores relacionados a la enfermedad, factores relacionados al tratamiento, factores relacionados al paciente y factores relacionados al equipo asistencial. Estos aspectos se interrelacionan y denotan que la adherencia al tratamiento es un trabajo conjunto entre el equipo médico, el paciente y sus familiares (M. Zoraida & S. Morales, 2014).

La adherencia no consiste exclusivamente en lograr que los pacientes tomen los fármacos o que se encajen a un estilo de vida saludable, sino que perciban las perspectivas de los medicamentos y el conocimientos por las que deseen o no tomarlos; así se podrán reducir los factores de riesgo que pueden ocasionar serios problemas en la salud, en especial en pacientes con HTA, por lo tanto la adherencia incluye: el cumplimiento de los tratamientos farmacológicos, así como el seguimiento de las recomendaciones en los cambios del estilo de vida. (Maria Zoraida M, 2013)

La no adherencia es reconocida como uno de los factores involucrados en el control no satisfactorio de la presión arterial; se ha determinado que la adherencia se favorece, en tanto, el personal de salud y el paciente asumen una participación activa en el diseño de un planteamiento y tratamiento; esto se logra mediante enseñanzas claras para el entendimiento del paciente, darse el tiempo necesario para la exposición y las recomendaciones; algunos estudios han demostrado que el 50 a 70% de las dosis recomendadas de medicamentos antihipertensivos son seguidas por el paciente y que el 50% de los pacientes en tratamiento interrumpen durante el primer año. (De, Henríquez, Koch, & Romero, 2014)

Se ha relacionado la no adherencia con el fallo terapéutico, acarreado serios problemas en la calidad de vida, gastos para el sistema de salud y el que no se consiga un adecuado resultado, pudiéndose valorar o cuantificar el grado de adherencia utilizando escalas que son aplicadas a los pacientes crónicos siendo muy fiables y permitiendo al personal de salud tomar decisiones y acciones en pro para mejorar la salud de los pacientes. (Rodríguez Chamorro, García-Jiménez, Amariles, Rodríguez Chamorro, & José Faus, 2008)

El apoyo social constituye uno de los factores protectores más investigados en la actualidad se ha considerado como una variable de gran relevancia en los procesos de salud-enfermedad, hace referencia a la confianza que tienen los individuos en el apoyo social disponible con resultados positivos al permitir aumentar la resistencia de las personas ante las transiciones de la vida, los estresores diarios, las crisis personales y en el momento de adaptación o ajuste a las

enfermedades, sobre todo, las de carácter crónico; múltiples son los estudios epidemiológicos que demostraron la relación existente entre el apoyo social y el estado de salud individual y colectiva: a mayor apoyo social, existe una mejoría de la salud, tanto física como psíquica.(Hh, Li, & Arao, 2015)

Con seguridad, el apoyo social de la familia puede ayudar a los pacientes a tomar sus medicamentos correctamente; la supervisión basada en los miembros de la familia puede tener efectos positivos sobre la adherencia de los pacientes, la satisfacción y el apoyo familiar son variables de relevancia en el momento de hacer una evaluación global de un sujeto, si estas, se encuentran bien desarrolladas probablemente su estándar de vida será mejor y contribuirá a una buena adherencia farmacológica. (Shen et al., 2016).

El apoyo social es un proceso interactivo mediante el cual el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la que se encuentra inmerso; en cuanto a la adherencia al tratamiento, en un meta-análisis de apoyo social y adherencia terapéutica se determinó que la estructura social no se vinculó significativamente con la adherencia global; mientras el apoyo fue significativa y positivamente relacionado con la adherencia global; es decir, el apoyo social funcional, pero no el apoyo estructural fue el que se asoció con la adherencia en pacientes hipertensos.(Linkout, 2015)

Dentro de la valoración integral al paciente con hipertensión arterial y considerando que la adherencia terapéutica está condicionada por la interacción de múltiples factores, nos hemos propuesto la realización del presente trabajo investigativo con el objetivo de “Establecer si existe asociación entre el apoyo social y familiar –medido por el cuestionario de apoyo social y familiar (M.O.S)- y el nivel de adherencia terapéutica - medido por el test de Morinsky Green y Batalla- en los pacientes hipertensos que acuden al Centro de Salud “Augusto Egas”.

1.2. JUSTIFICACIÓN

La literatura científica ha demostrado que la Hipertensión Arterial es un problema de salud pública por su alta incidencia y prevalencia a nivel mundial, identificada como un mayor factor de riesgo de morbimortalidad cardiovascular, contribuyendo a las patologías de cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, la mortalidad y discapacidad prematuras. Las condiciones socioeconómicas actuales de inequidad, falta de acceso a salud y mala distribución de recursos sanitarios, impulsó a que, en el año 2011, la OMS adopte una declaración política para hacer frente al impacto de estas enfermedades donde se plantea a la adherencia terapéutica como un eje determinante a ser tomado en cuenta y que no solo comprende la medicación, sino que incluye varios otros factores como: red de apoyo social, la propia percepción del paciente hacia su enfermedad, aspectos económicos, demográficos, sistema de salud que provee la medicación y equipo de salud para satisfacer las demandas del paciente en el aspecto biopsicosocial.

Hay que considerar que el apoyo social y familiar es un factor muy importante ya que puede influenciar, tanto positiva como negativamente en la conducta de adherencia de los pacientes, numerosos estudios demuestran el impacto que ocasiona el apoyo social sobre los procesos salud enfermedad especialmente en personas vulnerables; por lo que la presente investigación va determinar si el apoyo social-familiar constituye un factor protector para una buena adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos que acuden al control en el Centro de Salud Augusto Egas Distrito 23 D01.

Los datos que se obtenga será un aporte útil para abordar integralmente a los pacientes con hipertensión arterial, no solo como sujetos biológicos, sino en su dimensión integral biopsicosocial lo que nos ayudaría a establecer estrategias multidisciplinarias integrales de intervención en los casos requeridos, cumpliendo los preceptos de la medicina familiar.

CAPÍTULO II. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. ADHERENCIA TERAPEUTICA

Algunos autores (Epstein & Cluss, 1982, pág. 950) definen a la adherencia como: “La coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos de salud y prescripciones que ha recibido”. Sin embargo, algunas otras definiciones consideran a la adherencia no sólo en cuanto al cumplimiento farmacológico, sino que implica poner énfasis en algunos factores como el acudir a citas médicas, la búsqueda de cuidados y acoplamiento a un estilo de vida saludable, evitar comportamientos de riesgo, la aceptación por parte del paciente de formar parte activa con inclusión y participación del plan de tratamiento, sumado al trabajo del médico mediante una relación empática donde el prescribir implique explicar, indicar, enseñar, adecuar, acompañar y controlar. (Rubinstein & Terrasa, 2006).

Según la adherencia terapéutica se define como “la medida en la que el paciente asume las normas o consejos dados por el profesional sanitario, tanto desde el punto de vista de hábitos o estilo de vida saludables recomendados, como los del tratamiento farmacológico prescrito”. (Conthe et al., 2014)

La Organización Mundial de Salud (OMS) reconoce la falta de adherencia terapéutica como un problema de salud pública prioritario, es así que en los países desarrollados la adherencia no alcanza el 50% de los tratamientos prescritos en pacientes con enfermedades crónicas y es mucho menor en los países en desarrollo

(De Geest & Sabaté, 2003), “la adherencia deficiente al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de alarmante magnitud”. (OMS, OMS, 2004)

La adherencia deficiente está relacionada con múltiples consecuencias como: incremento en tasas de hospitalización, incremento de gastos sanitario con costos económicos para el estado en cuanto a pérdidas de productividad, costos de rehabilitación y pensiones de invalidez, fallos terapéuticos que conllevan resultados negativos en la salud del paciente ya que se prolonga la terapia e inclusive puede llevar a la muerte y desengaño en el trabajo médico. (Gutiérrez et al., 2012)

En las enfermedades crónicas, el paciente y su familia son miembros claves, quienes deben estar preparados, instruidos y motivados con el desarrollo de suficientes habilidades para el automanejo de la enfermedad esto ayuda al paciente y familia en la adherencia al tratamiento disminuyendo las complicaciones, síntomas y problemas crónicos asociados e incapacidades. (Lagos & Flores, 2014).

La familia fortalece el mantenimiento del régimen médico, apoya en la búsqueda de estrategias y recursos materiales que facilitan el cumplimiento y asume una parte de la responsabilidad en este proceso; también contribuye para que el paciente mantenga el régimen terapéutico y vuelva a la vida normal. Por tanto, el apoyo familiar y los vínculos que se establecen en esta red pueden contribuir tanto a incrementar como a disminuir la ejecución de salud y terapéuticas; cuando estas

incluyen cambios en los estilos de vida, el apoyo de otros puede ser necesario como refuerzo para iniciar y mantener los cambios. (González, González, Vásquez, González & Gómez, 2004)

El incumplimiento es la principal causa que impide obtener los beneficios que los medicamentos pueden brindar a los pacientes; por consiguiente, la falta de adherencia terapéutica se debe considerar como un indicador que mide la magnitud con la que el paciente sigue o no las instrucciones médicas, lo que implica la falta de aceptación en el diagnóstico que incide en el pronóstico el cual empeorará si el seguimiento de las instrucciones es negativo.(González Alfonso et al., 2004)

Los adelantos médicos de las últimas décadas sobre diagnósticos y terapias no resuelven los problemas relacionados con adherencia, ya que la misma está condicionada por múltiples factores, que se incluyen dentro de la autonomía, autodeterminación, percepción, conocimiento, preocupación de la enfermedad, siendo el paciente quien decide la toma de la medicación. Esta decisión se considera un comportamiento complejo, por lo que se recomienda a los profesionales de la salud considerar posibles condicionantes de este comportamiento, para tratarlos con los pacientes de forma individualizada. (Del Duca, Gallegos, Da, & Trenchi, 2013).

2.1.1. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA

La adherencia terapéutica es un proceso multidimensional complejo, necesita de la interacción de factores que luego de varias revisiones bibliográficas se ha podido establecer en cinco grupos. (Morales, 2015).

2.1.1.1. Factores socio-económicos

Los escasos recursos económicos, el analfabetismo, la falta de instrucción, el trabajo informal o la falta de trabajo, la falta de redes de apoyo social y familiar, la difícil accesibilidad para atención, las malas relaciones familiares y situaciones culturales.

2.1.1.2. Factores relacionados al tratamiento

Confianza en el tratamiento suministrado, cambios bruscos en el estilo de vida (régimenes dietéticos saludables), reacciones farmacológicas indeseables.

2.1.1.3. Factores relacionados con el paciente

Las percepciones, expectativas del paciente, las creencias, actitudes relacionadas con el tratamiento y sus resultados, información recibida y conocimiento de la enfermedad, aspectos culturales, baja motivación para la adherencia al tratamiento, la presencia de enfermedad que afecten el aspecto cognitivo siquiátricas y neuro-degenerativas.

2.1.1.4. Factores relacionados con el equipo asistencia

Mala relación médico paciente por falta de establecer empatía y confianza recíproca, falta de competencias en el tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles, inadecuado seguimiento y continuidad en el tratamiento, inaccesibilidad hacia medios diagnósticos y fármacos, escaso tiempo determinado para la consulta, educación en salud deficiente, inadecuada formación en adherencia y en intervención para mejorarla.

2.1.1.5. Factores relacionados con la enfermedad

Evolución natural de la enfermedad, sintomatología de la enfermedad, deserción terapéutica.

2.1.2. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE ADHERENCIA

UTILIZADOS EN LA PRACTICA CLÍNICA

Un aspecto importante para lograr el control de la enfermedad es la adherencia terapéutica, medir la misma mediante instrumentos que denotan comportamientos específicos ayuda a identificar la participación de los pacientes y los factores que posibilitan u obstaculizan su adherencia terapéutica, incluyendo la intervención de los profesionales de la salud.

El cumplimiento se puede valorar de forma cualitativa o de forma cuantitativa; cuantificar un grado de adherencia resulta difícil por el gran número de factores que están relacionados para nominar a un paciente de adherente y no

adherente, que no podría corresponder a lo real por las diferentes circunstancias personales y particulares inherentes con la terapéutica y otros factores que pueden ser temporales y modificables, no existe un método único que se considere de referencia para medir la adherencia, sin embargo, algunas metodologías utilizadas pueden ser directas e indirectas. (Garcia-Perez et al., 2000)

Los métodos directos cuantifican el medicamento, algún metabolito o un marcador en algunos de los fluidos orgánicos del enfermo, lo que indica si el paciente lo está tomando o no (monitorización de concentraciones plasmáticas), estos son métodos muy específicos y objetivos, pero no accesibles por ser costosos y por estar fuera del alcance de atención primaria. (Garcia-Perez et al., 2000).

Los métodos indirectos son accesibles, sencillos y económicos; pueden ser no objetivos debido a que la información es obtenida de enfermos, familiares o personal de salud, con la tendencia a sobreestimar el cumplimiento, entre los cuales se puede mencionar: valoración del personal médico, la asistencia a citas previas, valoración de la eficacia terapéutica alcanzada y de efectos secundarios, recuento de comprimidos, monitores electrónicos de medicación (MENS), métodos de cumplimiento auto comunicado y conocimiento de la enfermedad por parte del paciente y test o cuestionarios. (Garcia-Perez et al., 2000).

Se puede mencionar alguno de los test más utilizados en la medición de adherencia entre estas tenemos los siguientes.

Test de cumplimiento autocomunicado o test de Haynes-Sackett, se basa en preguntar al enfermo sobre su nivel de cumplimiento del tratamiento, consta de dos partes: en la primera, se debe evitar interrogación directa sobre la toma de medicación, se creará un ambiente adecuado de diálogo y comentar al paciente la dificultad de los enfermos para tomar la medicación mediante la siguiente frase: "la mayoría de pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos"; posteriormente, en la segunda parte del test se realiza la siguiente pregunta ¿tiene usted dificultades en tomar los suyos? la respuesta afirmativa indica si el paciente es incumplidor. (Conthe et al., 2014)

Test de la comprobación fingida o "bogus pipeline" Se le solicita al paciente una muestra de orina diciendo que la finalidad es comprobar los niveles de medicación, si el paciente manifiesta dificultades para su realización y refiere no tomar la medicación es un paciente incumplidor.

Test de Prochaska-Diclemente, mediante este test se consideran incumplidores los pacientes en las fases de pre-contemplación, contemplación y preparación y cumplidores quienes se encuentran en las fases de acción y mantenimiento.

¿Toma la medicación para tratar su enfermedad?

Test de Hermes, valorado a través de las siguientes preguntas:

1. ¿Puede decirme usted el nombre del medicamento que toma para la HTA?
(Sí/No).

2. ¿Cuántos comprimidos de este medicamento debe tomar cada día?
(Sabe/No sabe).

3. ¿Ha olvidado alguna vez tomar los medicamentos? (Nunca/A
veces/Muchas veces/Siempre).

4. En las últimas semanas, ¿cuántos comprimidos no ha tomado? (0-1/2 o
más).

5. Toma la medicación a la hora indicada? (Sí/No).

6. ¿Ha dejado en alguna ocasión de tomar la medicación porque se
encontraba peor tomándola? (No/Sí).

7. Cuando se encuentra bien, ¿se olvida de tomar la medicación? (No/Sí).

8. Cuando se encuentra mal, ¿se olvida de tomar la medicación? (No/Sí).

Son cuestiones valorables los números 1, 3, 4 y 8. Serán cumplidores
los pacientes que sumen 3 o 4 puntos.

Test de Herrera Carranza, compuesto de cuatro preguntas:

1 ¿Sabe para qué su médico le ha prescrito tal(es) medicamento(s)?

2 ¿Me gustaría conocer cómo se siente después de terminar por completo su
tratamiento?

3 ¿Sabe cómo tiene que tomar su medicación?

4 ¿Ha puesto en conocimiento de su médico la terminación del tratamiento?

Test de Morisky-Green, diseñado inicialmente para valorar hipertensión arterial, luego ha sido validado y utilizado para otras enfermedades crónicas; valora el cumplimiento de la medicación, con una sensibilidad del 32%, especificidad del 94%. Se valora a través de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no.

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

El paciente es considerado como cumplidor si responde de forma correcta a las cuatro preguntas, es decir, No/Sí/No/No. Existe una variante para permitir que la respuesta correcta sea «no», y de esta forma se consigue que para ser cumplidor haya que responder a las cuatro preguntas No/No/No/ No. Esta pregunta es: ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas?

Test de Batalla, es uno de los más habituales por su buena sensibilidad del 85% y especificidad del 94%, se valora el grado de conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad, mediante preguntas sencillas, siendo paciente incumplidor al que falla alguna de las siguientes respuestas:

1. ¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?
2. ¿Se puede controlar con dieta y medicación?

3. Cite 2 o más órganos que pueden dañarse por tener la presión arterial elevada. Preguntas pueden modificarse para aplicarse a otras enfermedades crónicas.

Ninguno de los métodos indirectos mencionados alcanzó las condiciones de aceptabilidad (sensibilidad y especificidad mayor 80%), por lo que, se sugiere utilizar uno de alta sensibilidad y otro de alta especificidad. (Garcia-Perez et al., 2000)

La técnica que más se maneja para evaluar la adherencia es preguntar al paciente mediante test, siendo uno de los más utilizados el de Morisky-Green mencionado en varios estudios, éste test está validado para enfermedades crónicas como HTA, SIDA, tuberculosis, diabetes y dislipidemias, cuya tasación lo realiza en forma cualitativa.(Ingaramo, Vita, & Bendersky, 2005)

Para términos de la presente investigación y con el objetivo de obtener un conocimiento de cumplimiento lo más exacto y cercano a la realidad se sugiere la combinación de dos test validados en diferentes enfermedades, el de Morisky-Green y el de Batalla, por la alta especificidad y alto valor predictivo positivo del primero y la buena sensibilidad del segundo.

2.1.3. SITUACIÓN ACTUAL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LATINOAMÉRICA Y EL ECUADOR.

Según la OMS, las enfermedades no transmisibles como la hipertensión arterial que es un problema de salud pública por su alta incidencia y prevalencia, provocan el 80% de las defunciones en países en vías de desarrollo como en el Ecuador, durante las primeras etapas la hipertensión arterial es asintomática u origina pocas manifestaciones clínicas por lo que en muchos casos no hay diagnóstico oportuno o existe abandono terapéutico; a pesar de la disponibilidad de medicamentos para regularizar la presión arterial, la implementación de planes para promover estilos de vida saludable sigue siendo un problema importante ya que contribuye a la carga de cardiopatías, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal y a la mortalidad o discapacidad prematuras.

La hipertensión arterial, siendo uno de los factores principales de riesgo cardiovascular, es prevenible o puede ser controlada a través de intervenciones preventivas como la disminución del consumo de sal, dieta rica en frutas y verduras, el ejercicio físico y el mantener un peso corporal saludable. Datos publicados por la OMS (2016) en América Latina uno de cada tres adultos padece de hipertensión arterial; se reportan 1.6 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares en la región de las Américas, de los cuales alrededor de medio millón son personas menores de 70 años, lo que se considera una muerte prematura y evitable. Entre el 20-40% de la población adulta de la región sufre de hipertensión y en las Américas alrededor de 250 millones de personas son hipertensas.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que solo una de cada cinco personas que la padecen logra mantener una presión arterial por debajo del mínimo aceptado. (OMS, Hipertensión, 2016).

La hipertensión arterial afecta a individuos mayores de 45 años y el riesgo de padecerla se incrementa con la edad, en mujeres mayores de 50 años la incidencia supera a la de los hombres. En el año 2008 la prevalencia para la población mayor a 15 años en Colombia fue 12,6 % y las barreras para la prevención son el desconocimiento de los factores de riesgo y el que en etapas iniciales la HTA es asintomática. Se han determinado medidas de cuidado, tales como: asistencia a controles, medidas farmacológicas y cambios en el estilo de vida, cuya omisión llevaría a mayor riesgo de complicaciones. (Barón, Soto, & Tobo M, 2011).

En el Ecuador mediante la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-ECU 2012-2014) se estableció que dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles, el sobrepeso y la obesidad compromete a todos los grupos de edad, alcanzando niveles de una verdadera epidemia, incrementando el número de enfermedades crónicas no transmisibles. A ello se agregan, la reducción de la actividad física, así como el incremento del consumo de alimentos procesados y ultra procesados, en el 2012 la prevalencia de hipertensión arterial en la población de 18 a 59 años fue de 9,3%, siendo de 7,5% en las mujeres y 11,2% en los hombres. La pre-hipertensión arterial tiene una prevalencia de 37,2%, con valores de 27,1% en las mujeres y 48,0% en los hombres.

Según el INEC, las enfermedades hipertensivas en el Ecuador fueron la primera causa de muerte en el 2012 con el 8,45%, según los datos de esta misma fuente, la tasa de mortalidad es del 34,57%, siendo un número elevado en mujeres con el 9,36% y en hombres con el 7,72%. (Gonzalez, 2012)

El análisis por grupos etarios, los más vulnerables a sufrir hipertensión arterial son los adultos mayores, que representan el 52,39%. Sin embargo, el grupo de 36 a 64 años muestra una proporción considerable con el 40,63% de los casos registrados.(Gonzalez, 2012)

En la información territorial las provincias que muestran mayor porcentaje de casos de las enfermedades hipertensivas son Guayas 17,02%, Pichincha 13,74% y Manabí 14,12%. (Gonzalez, 2012).

2.2. APOYO SOCIAL Y FAMILIAR

Desde la década del setenta, se inicia el estudio del apoyo social y su influencia en los resultados de la salud en la población general, la teoría que lo sustenta es que el apoyo social influye directamente en el estado de salud y sirve como un amortiguador en el efecto de la tensión emocional y física en la salud de los individuos.

2.2.1. CONCEPTO

El apoyo social ha sido estudiado por diversos autores, debido a la importancia que éste tiene en la intervención de los procesos de bienestar y protección, según lo citado se define al apoyo social “como la existencia o disponibilidad de personas en quienes se puede confiar, personas que se muestran preocupadas con el individuo, que lo valoran y le demuestran aprecio”, el apoyo social por si solo es relevante, afecta positivamente el bienestar psicológico y la familia, constituye un pilar importante en la sociedad, donde se aprende a relacionarse con las demás personas, a reaccionar ante los problemas, a respetar la escala de valores, es así que el apoyo social como el familiar se presentan como reguladores de sucesos o pérdidas importantes.(Rigotto, Cardoso, Javier, & Rueda, 2012)

Fachado define el apoyo social como el hecho de que las necesidades básicas de una persona, como el afecto y seguridad, son satisfechas en las interacciones con los demás, entendiéndose que el apoyo social es vital para la adaptación de las personas con enfermedades crónicas para el restablecimiento de su salud. Se valoran diferentes aspectos como redes sociales, nexos familiares, estado civil, tanto el soporte social como el familiar se presentan como conciliadores de los acontecimientos funestos o pérdidas significativas. (Fachado, Rodríguez, & Castro, 2013).

El apoyo social sostiene al individuo desde su núcleo más cercano, que es la familia, aunque también existe vínculos externos, como los amigos y la comunidad; estos procesos psicosociales influyen en el proceso salud-enfermedad de las personas y forman parte de una malla compleja de condicionantes. (Silva et al., 2016).

El apoyo social es reconocido como un factor determinante en la salud de los individuos, que presentan efectos protectores directos sobre la salud y el bienestar de las personas, cuya importancia se mueve desde la familia hacia los pares y amigos, cuando estos dos principios tienen enfoques contrapuestos, se puede originar desequilibrio en las apreciaciones de apoyo y en su influencia en la salud de los pacientes con enfermedades. (Mosqueda, Mendoza, Aravena, Barriga, & A, 2015).

Se considera al sistema familiar como la primera red de apoyo, son los principales cuidadores y serán los comprometidos con el cumplimiento de los tratamientos; siendo la familia el principal fundamento para la adherencia, cuyo tratamiento puede fallar sin un adecuado apoyo familiar. Ante el alejamiento de familia, se debe garantizar el buen control a través del sistema de salud para avalar la facilidad y la vigilancia del tratamiento a través del equipo de salud o de redes serias de cuidado. (Del Duca et al., 2013).

El apoyo social y familiar se asoció positivamente con la adherencia a la medicación y la medición regular de la presión arterial, las estrategias para mejorar

el apoyo social y familiar deben incrementarse para el control de la hipertensión arterial; sin embargo, se necesitan más estudios para comprender los efectos del apoyo social y familiar, en el comportamiento de autocuidado en el buen control de la enfermedad, por lo tanto el núcleo familiar es considerado el entorno más cercano e importante en la vida de una persona y, en conjunto con la satisfacción en el trabajo, son dominios que contribuyen significativamente al bienestar de un individuo. (Hh et al., 2015)

Los pacientes con familias funcionales tienen mejores niveles de salud, por los recursos emocionales y materiales que obtienen de ella. En el seno familiar se establecen reglas sociales y se desarrollan los diferentes roles que el individuo necesita para su evolución personal; por lo tanto, la familia es considerada como la unidad básica de la sociedad y diversos estudios indican que el apoyo social en las familias de los pacientes juega un rol muy significativo en el manejo de enfermedades crónicas.(Fachado et al., 2013)

El apoyo social cumple un rol muy importante en los diferentes puntos de la cadena causal; la cual presenta cuatro categorías: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivas. Son recursos materiales el dinero, los alimentos o la ropa; el apoyo instrumental son las “ayudas”; los apoyos emocionales incluyen el afecto, la empatía, la preocupación por los demás; y los cognitivos corresponden a la transmisión de información y de consejos que se traducen en bienestar para las personas, por lo general, los hombres han tenido mayor apoyo social debido a su

integración laboral y las mujeres, en cambio, tradicionalmente han recibido más sostén a nivel familiar y comunitario.(Luisa & Fuentes, 2014).

Es muy importante que las personas tengan conocimientos sobre su enfermedad y las complicaciones asociadas, ya que la mayoría de ellos las desconocen, especialmente en las etapas iniciales de la enfermedad, siendo imprescindible la aplicación de programas de educación sanitaria en todos los niveles de atención de salud, teniendo en consideración que la educación sanitaria constituye una base para una buena adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas, enfocadas a la población en riesgo y cuyo objetivo es disminuir el consumo de alcohol y tabaco, tener una dieta saludable que incluya frutas y verduras, actividad física regular, éste tipo de intervenciones reduce los niveles de presión arterial.(Fachado et al., 2013)

Durante la consulta médica, se debe asesorar a los pacientes sobre diferentes temas que les ayuda a mejorar en el tratamiento de su enfermedad, debe ser un esfuerzo conjunto, tanto del médico como de pacientes y familiares, para conseguir mejorar y, con ello, disminuir complicaciones físicas, psicológicas y sociales en el futuro, siendo la educación en grupo mejor que la individual.(Córdoba García, 2003).

2.2.2. DIMENSIONES DEL APOYO SOCIAL

El apoyo social es una variante principal para que las personas (en este caso pacientes con enfermedades crónicas) puedan determinar sucesos derivados por el estrés, esto es posible por el gran despliegue de recursos emocionales, materiales e informativos que son abastecidos por las redes en las que están inmersas, que contribuyen a la salud de las personas que están enfrentando situaciones estresantes.(Marenco-Escuderos & Ávila-Toscano, 2016)

El apoyo social comprende dos dimensiones o tipos: apoyo cuantitativo o estructural y apoyo funcional o cualitativo.

2.2.2.1. Apoyo estructural o cuantitativo

Llamado también red social, consiste en un número de personas a las que puede recurrir el individuo para buscar ayuda en la solución de los conflictos planteados; entre estos podemos mencionar amigos o pertenencia al grupo de pares y la interacción con dichas redes.

2.2.2.2. Apoyo funcional o cualitativo

Es subjetivo, se refiere a las percepciones, es decir, donde el individuo va creer que lo cuidan, que es amado, estimado y valorado, que pertenece a una red de comunicaciones y obligaciones mutuas.

Según la propuesta realizada por el Medical Outcomes Study, el apoyo social cualitativo se puede dividir en:

- **Apoyo emocional**

Es el más trascendente, está relacionado con el cariño y empatía, por ende, el apoyo emocional son fuerzas interiores que todos posemos, son tan poderosas que en ciertas ocasiones no se pueda controlar, pero funciona como una alarma; por lo tanto, es importante el apoyo emocional, cuya finalidad es tomar las decisiones que sean más tolerables para tu salud física y psicológica, vas a estar con alguien que te ayude a entender tus emociones, para componer tu vida frente a la enfermedad, a través de tu conocimiento interior, para afrontar mejor la situación, tener mayor control, no es fácil, pero lo alcanzarás.(Alonso MA, Álvarez J, Arroyo J, Ávila L, Aylón R, Gangoso A, Martínez H, Mateo C, Morera T, Pérez A, Rodríguez C, Saiz LC, Sevillano ML, 2006)

- **Ayuda instrumental o material**

Es cuando se ofrecen las herramientas o materiales directamente a la persona en el momento que lo requiere. Por consiguiente, todo acto estrictamente instrumental tiene también secuelas psicológicas, es decir, la ayuda en el trabajo puede dar origen a información y valoración, y no siempre es positiva.

- **Apoyo de interacción social positiva**

Se entiende el poder interactuar y pasar el tiempo con otras personas y el distraerse, recrearse, etc.

- **Apoyo afectivo**

Son las palabras de afecto y amor que les son entregadas a las personas por parte de su grupo más cercano.

2.2.3. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE APOYO SOCIAL

Existen diversos instrumentos que estiman el apoyo social, siendo importante en la medida de los diferentes problemas de salud y psicológicos; en los últimas décadas, en los países vías de desarrollo, el apoyo social muestra un progreso significativo, tanto en el campo aplicado como en el teórico y metodológico; el apoyo social es un proceso de intercambio en donde se logra ayuda emocional, ayuda material o instrumental, apoyo de interacción social positiva, apoyo afectivo, teniendo un efecto protector sobre la salud y disminuye el estrés que genera una enfermedad.(Narciso & Quiroz, 2015)

Por ejemplo, algunos autores desarrollaron un cuestionario para cuantificar el apoyo social percibido y la satisfacción con dicho apoyo, aspectos que deben ser estudiados por separado, con una confiabilidad adecuada, correlaciona con medidas de personalidad, bienestar, autoestima, ansiedad, depresión y hostilidad. (Terol et al., 2004)

Por su parte, Nava, Reyes Lagunes y Vega (2001) desarrollaron la escala de Calidad de Red Social, conformada por tres factores: familia, amigos y otros; evaluados en términos de confianza, ayuda y respeto mutuo.(Cárdenas, Loving, & Lagunes, 2011).

Uno de los instrumentos de que se dispone en la práctica es el cuestionario de apoyo social MOS se trata de un cuestionario breve, permitiendo indagar sobre los aspectos cuantitativos como los cualitativos de la población atendida. Además, se pretende conocer si los pacientes con patologías crónicas en este caso la hipertensión arterial, presentan apoyo social distinto al resto de la población en estudio, y dentro de cada patología, que variables intervienen en los diferentes niveles de apoyo social.(Londoño Arredondo et al., 2012)

En el contexto de la atención primaria, la utilidad que brindan los instrumentos que evalúan el apoyo social y familiar tiene gran importancia, ya que ayudan y apoyan al médico de familia a cumplir con una de sus funciones sustanciales: el estudio de la unidad familiar.

El cuestionario de MOS, permite evaluar el dimensión de la red social, el apoyo global en sus cuatro dimensiones: afectiva, interacción social positiva, instrumental e informacional; validado en Colombia y Argentina con un alfa Cronbach de 0.97 y un índice global: máximo apoyo social es de 95, valor medio de

57 y mínimo de 19. Su uso permite descubrir situaciones de riesgo elevado para poder intervenir sobre las personas y entornos sociales.

La primera investigación de validación de la escala de MOS fue realizada en España por Costa y Gil en el año 2007 en personas con cáncer; cuya muestra estuvo conformada por 400 pacientes ambulatorios en cuyo estudio se realizó el análisis unifactorial donde se concluyó que cuanto mayor es el tamaño de la red social, mayor es la percepción de apoyo social que se recibe y los hombres tenían la percepción de recibir más apoyo instrumental y emocional/informacional que las mujeres.(Londoño Arredondo et al., 2012)

Un segundo estudio fue en Argentina por Rodríguez y Enrique (2007), quienes validaron el instrumento con 375 participantes donde se concluyó que el cuestionario MOS era una herramienta válida y confiable para poseer una visión del apoyo social y que tenía aplicabilidad para descubrir condiciones de riesgos.(Londoño Arredondo et al., 2012)

El cuestionario de apoyo social MOS consta de 20 preguntas; salvo el primero, los restantes se miden con una escala de Likert con cinco opciones de respuesta que van desde 1 (nunca) hasta 5 (siempre), siendo un método de escala que mide tanto el grado positivo como neutral y negativo de cada enunciado, puntuando de 1 a 5. La primera pregunta informa sobre el tamaño de la red social. Los 19 ítems restantes recogen valores referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional:

apoyo emocional se refiere al número de personas que conforma la red de apoyo social entre amigos y familiares (preguntas 3, 4, 8,9, 13, 16, 17 y 19), apoyo instrumental se caracteriza por el material de apoyo (preguntas 2, 5, 12 y 15), interacción social positiva que consiste la presencia de individuos para realizar cosas divertidas (preguntas 7, 11, 14 y 18) y apoyo afectivo que consiste en las palabras de amor y afecto (preguntas 6, 10 y 20) (De la Revilla Ahumada, L, Luna del Castillo, J, Bailón Muñoz, E, Medina Moruno, 2005).

2.3. ADHERENCIA Y CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL

La Hipertensión Arterial, es uno de los problemas de salud prevalentes considerada como una de las principales causas de morbilidad en los países industrializados y en vías de desarrollo, siendo su prevalencia de un 26%, siendo un factor de riesgo de daño vascular, junto con otros, tales como: las dislipidemias, la obesidad, el tabaquismo y el sedentarismo. El control de la presión arterial suele ser deficiente, lo cual abona un mayor riesgo de eventos cardiovasculares, con un porcentaje de incidencia mayor en pacientes diabéticos y de edad avanzada. (Castaño-Castrillón et al., 2012).

Durante las primeras etapas de la hipertensión arterial se producen pocas manifestaciones clínicas y, en muchos casos, no se diagnostica a tiempo; la HTA se presenta en uno de cada tres adultos. A pesar de la disponibilidad de medicamentos para regularizar la presión arterial, de la implementación de planes para estilos de

vida saludables, entre ellos dieta, ejercicios y control de peso, la hipertensión sigue siendo un problema importante de salud pública.(OMS, 2013).

Siendo la HTA una enfermedad crónica, debe ser controlada cumpliendo los parámetros establecidas según Comité Nacional Conjunto (JNC8), que se resumen en los siguientes:

- En adultos de más de 60 años con presión arterial sistólica mayor de 150 mmHg o la diastólica mayor de 90 mmHg, se recomienda tratamiento farmacológico.
- En la población menor de 60 años, se recomienda reducir la presión arterial diastólica por debajo de 90 mmHg., y la presión arterial sistólica por debajo de 140 mmHg, con tratamiento farmacológico.
- Para pacientes con enfermedad renal crónica y diabetes mellitus mayores de 18 años, el objetivo de presión arterial es menor de 140/90 mmHg.
- Si en el plazo de un mes no se alcanzan objetivos, se recomienda aumentar la dosis del fármaco utilizado o añadir uno nuevo (esta última opción hay que valorarla si las cifras de TA al inicio son mayores de 160/100 mmHg). Por último, de no alcanzar los objetivos si se añaden un total de 3 fármacos, la recomendación es derivar a una unidad especializada en hipertensión arterial.

El paciente y su familia son miembros claves, quienes deben estar preparados, instruidos y motivados con el desarrollo de suficientes habilidades para el automanejo de la enfermedad esto ayuda al paciente y familia adherirse al tratamiento disminuyendo las complicaciones, síntomas y problemas crónicos asociados a incapacidades. (Lagos Méndez & Flores Rodríguez, 2014).

La familia fortalece el mantenimiento del régimen médico, apoya en la búsqueda de estrategias y recursos materiales que facilitan el cumplimiento y, a veces, asume una parte de la responsabilidad en este proceso; también contribuye a fortalecer al paciente para mantener el régimen y volver a la vida normal. Por tanto, el apoyo familiar y los vínculos que se establecen en esta red puede contribuir tanto a incrementar como a disminuir la ejecución de salud y terapéuticas, cuando estas incluyen cambios en los estilos de vida, el apoyo de otros puede ser necesario como refuerzo para iniciar y mantener los cambios. (González Alfonso et al., 2004).

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. PROBLEMA

Investigadores identifican entre los condicionantes de la adherencia terapéutica al factor apoyo social, esta variable psicosocial ha sido afrontada como factor de notable impacto en la vida de las personas con enfermedades crónicas, en la vulnerabilidad al estrés, el ajuste y aceptación de la enfermedad y otros aspectos del proceso salud-enfermedad. (Vilató, Martín Alfonso, & Pérez Nariño, 2015).

Diversos estudios constatan la relación existente entre un menor apoyo social y un aumento de la mortalidad global, especialmente en personas vulnerables; en estudios realizados en Latinoamérica no concluye que el apoyo social y familiar influya positivamente en la adherencia terapéutica. Es así que considerando que en nuestro país y menos aún en Santo Domingo de los Tsáchilas no se han realizado trabajos relacionados y no se dispone de información, se ha propuesto el desarrollo de la investigación para cumplir con el objetivo: establecer si existe relación entre el apoyo social y familiar –medido por el cuestionario de apoyo social y familiar (MOS)- y el nivel de adherencia terapéutica - medido por el test de Morinsky Green y Batalla- en los pacientes hipertensos que acuden al Centro de Salud “Augusto Egas”.

3.2. OBJETIVOS

3.2.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer si existe asociación entre el apoyo social y familiar –medido por el cuestionario de apoyo social y familiar (MOS)- y el nivel de adherencia terapéutica - medido por el test de Morinsky Green y Batalla- en los pacientes hipertensos que acuden al centro de salud “Augusto Egas”.

3.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer si el apoyo social y familiar es un factor protector para la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud Augusto Egas.
- Comparar las cuatro dimensiones del cuestionario MOS para determinar cuales se relacionan con mayor porcentaje de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos.
- Relacionar en cual género hay percepción de mejor apoyo social y familiar y, por lo tanto, buena adherencia terapéutica.

3.3. HIPÓTESIS

Los pacientes con hipertensión arterial adherentes al tratamiento son los que tienen el mayor apoyo social y familiar.

3.4. TIPO DE ESTUDIO

Estudio transversal, descriptivo y analítico.

3.5. OPERACIONALIZACIÓN VARIABLES

Para la presente investigación se utilizó diferentes variables las cuales las resumimos: (*ver Anexo I*)

Variables independientes: apoyo social y familiar auto percibido.

Variables moderadoras: edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción.

Variable interviniente: educación sobre la enfermedad.

Variable dependiente: adherencia terapéutica.

Variable de control: cumplimiento de objetivos terapéuticos de control de presión arterial.

3.6. MUESTRA

Para esta investigación se utilizó la técnica de muestreo no aleatorio, ya que la elección de los pacientes dependió de causas relacionadas con la investigación y no al azar. En el estudio estadístico se trabajó con el análisis porcentual.

Para su cálculo se utilizará la fórmula para muestreo aleatorio simple con un tamaño de población finita.

$$n = \frac{Z^2 p q N}{NE^2 + Z^2 p q}$$

Donde:

N: total de hipertensos de Augusto Egas: 400

Z: 1,96 para in intervalo de confianza de 95%.

P: 0,5

q: 0,5

E: 5% error de estimación.

Lo que nos dará una muestra de 197 pacientes.

3.7. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La recolección de datos se realizó en una primera etapa con los pacientes previamente citados por vía telefónica. Se procedió a firmar el consentimiento informado (Anexo 2); el documento fue leído en voz alta, se despejaron las dudas, y se les entregó por escrito para su revisión y posterior firma. Al mismo tiempo, se les entregó el instrumento de recolección de información que contiene la escala de apoyo social (MOS) (Anexo 3), así como el test de Batallas y Morinsky-Green (Anexo 4). Toda la información obtenida se guardó físicamente en un lugar previamente destinado para este fin y electrónicamente en una hoja de Excel.

3.8. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.8.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes mayores de 18 años de edad con diagnóstico principal de hipertensión arterial sistémica con o sin comorbilidades o enfermedades asociadas.
- Que hayan asistido a la consulta en los últimos dos meses.

- Que no pertenezcan a un grupo de apoyo institucional establecido
- Acepten de forma escrita participar en la investigación

3.8.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personas con discapacidad intelectual.
- Que no sepan leer ni escribir.
- Imposibilidad de otorgar consentimiento informado.
- Que pertenezcan a grupos de apoyo sociales establecidos.

3.9. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS:

A partir del marco teórico con el planteamiento del problema y la hipótesis se establecen las siguientes tareas:

- a. Descripción de la población en estudio.
- b. Descripción de la muestra de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial presión arterial, incluida en el estudio.
- c. Factores de riesgo analizado a través de los test.
- d. Los datos fueron ingresados utilizando el software Excel 2013, para posteriormente obtener la base de datos, la misma que fue procesada en el programa estadístico SPSS 23.
- e. Análisis correspondiente de los datos, con el nivel de significancia de 0,05.

3.10. ASPECTOS BIOÉTICOS:

Se siguieron los lineamientos de la declaración de Helsinki que consta en la página web de la OMS y con hincapié en el acápite II Investigación médica combinada con la atención médica profesional. Se realizó un formulario de consentimiento informado basado en los formatos de la OMS, el cual fue firmado por los participantes, previo al inicio de la investigación (*ver Anexo 2*).

No dejamos de mencionar que durante la intervención en este estudio no se plantean riesgos físicos o psicológicos a los entrevistados, más allá de los que se encuentran en la vida diaria. Los integrantes del estudio fueron libres de responder en forma negativa a las preguntas y de abandonar el estudio en cualquier momento, sin deteriorar el acceso o calidad de la atención proporcionada.

La información acumulada en las entrevistas realizadas para este estudio permanecerá confidencial, lo que significa que la identidad de los participantes no será revelada a otros sujetos, excepto a los investigadores, cualquier referencia a la información que pudiera revelar la identidad de los entrevistados será removida o disfrazada antes de la preparación de los informes de investigación y publicaciones.

Los materiales de investigación se guardan en una oficina cerrada con llave en un local definido por el equipo de investigación.

CAPITULO IV. RESULTADOS

4.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

Se estudiaron 195 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial según la JNC VII (Cushman, 2007) atendidos en el Servicio de consulta externa del centro de salud Augusto Egas del distrito 23 D01 de Santo Domingo desde octubre a diciembre de 2016, en el cual se analizó, quienes cumplían todos los criterios de inclusión para ser admitidos en nuestro plan investigativo.

4.2. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

4.2.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabla 1:
Medidas de tendencia central

	N	Mínimo	Máximo	media	Desviación estándar
Edad (años)	195	29	87	60,54	11,32

Fuente: elaborado por los autores, 2016

Se trabajó con una muestra de 195 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial mayores de 18 años con una media aritmética de 60.54 años y una desviación estándar de 11,32.

Tabla 2:
Grupo etario

		Frecuencia	Porcentaje %
Válido	Adulto Joven	3	1,5
	Adulto Medio	25	12,8
	Adulto Maduro	96	49,2
	Adulto Mayor	71	36,4
	Total	195	100,0

Fuente: elaborado por los autores, 2016

El 49,2 % de la muestra corresponde a adultos maduros, el 36,4 % de adultos mayores, el 12,8 % de adulto medio y el 1,5 % a adultos jóvenes

Tabla 3:
Distribución de pacientes según sexo con hipertensión arterial

		Frecuencia	Porcentaje %
Válido	Masculino	51	26,2
	Femenino	144	73,8
	Total	195	100,0

Fuente: elaborado por los autores, 2016

De la población estudiada se encontró al grupo de mujeres con predominio con el 73,8 % y con el 26,2 % fueron hombres.

Tabla 4:
Frecuencias y porcentajes del estado civil observados en el estudio

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje %
Soltero	39	20
Unión Libre	70	36
Casado	74	38
Viudo	12	6
Total	195	100

Fuente: elaborado por los autores, 2016

Con respecto al estado civil, el 20 % fueron solteros y el 36 % en unión libre, teniendo un grupo con un porcentaje mayor el 38 % constituido por aquellos pacientes que estaban casados, y por último tenemos, con el 12 % que fueron viudos.

Tabla 5:
Instrucción de los pacientes del estudio

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Básico	142	72,8
	Medio	44	22,6
	Superior	9	4,6
	Total	195	100,0

Fuente: elaborado por los autores, 2016

Se observa una participación mayor del 72,8 % que corresponde al nivel de instrucción básica, el medio con 22,6 % y por último tenemos el 4,6 % con un nivel superior.

Tabla 6:
Presión sistólica

		Frecuencia	Porcentaje %
Válido	< 140 mm/Hg	116	59,5
	> 140 mm/Hg	79	40,5
	Total	195	100,0

Fuente: elaborado por los autores, 2016

Se obtuvo un mayor número de pacientes con el 59,5 % que presentaron una presión sistólica < 140 mm Hg y con una presión > 140 mmHg fueron el 40,5 %.

Tabla 7:
Presión diastólica

		Frecuencia	Porcentaje %
Válido	< de 90 mm/HG	132	67,7
	> 90 mm/Hg	63	32,3
	Total	195	100,0

Fuente: Elaboración propia. Santo Domingo, 2016

En cuanto a la presión diastólica se evidencio un 67,7% de los pacientes con menos de 90 mmHg, y con una presión diastólica mayor a 90 mmHg con el 32,3 % de los encuestados.

Tabla 8:
Control HTA

		Frecuencia	Porcentaje %
Válido	Controlado	132	67,7
	No controlado	63	32,3
	Total	195	100,0

Fuente: elaborado por los autores, 2016

En nuestro estudio se observó un buen control de presión arterial a 132 pacientes hipertensos que corresponde a un 67,7 %, mientras con el valor restante, es decir, el 32,3 % que corresponde a 63 pacientes hipertensos son no controlados.

Tabla 9:
Comorbilidades presentes en los pacientes

		Frecuencia	Porcentaje %
Válido	Sin Comorbilidades	168	86,2
	Con Comorbilidades	27	13,8
	Total	195	100,0

Fuente: elaborado por los autores, 2016

En la muestra del presente estudio, se encontró con diagnóstico de hipertensión arterial sin otras patologías en mayor proporción en un 86,2 % y el 13,8 % de los pacientes presentó algún tipo de otros padecimientos como diabetes tipo 2, hipotiroidismo, obesidad.

Tabla 10:
Test Morisky-Green

		Frecuencia	Porcentaje %
Válido	Adherente	77	39,5
	No adherente	118	60,5
	Total	195	100,0

Fuente: elaborado por los autores, 2016

Los resultados conseguidos a través del desarrollo del test Morinsky-Green para la medición de adherencia terapéutica, siendo estos ya tabulados de acuerdo a las características recopiladas, muestra que el 39,5 % son adherentes y el 60,5 % no son adherentes.

Tabla 11:
Test de Batalla

		Frecuencia	Porcentaje %
Válido	Conoce	141	72,3
	No conoce	54	27,7
	Total	195	100,0

Fuente: elaborado por los autores, 2016

Se aplicó el test de Batalla el cual refleja el conocimiento del paciente sobre la enfermedad mediante preguntas sencillas, asumiendo que un mayor conocimiento de la enfermedad por su parte representa un mayor grado de cumplimiento.

Se considera incumplidor al paciente que no contesta correctamente una de las preguntas del test; por lo tanto de los 195 pacientes se encontró que el 72,3 % conocen de su enfermedad y el 27,7 % no conocen.

Tabla 12:
Apoyo Global

		Frecuencia	Porcentaje %
Válido	Apoyo Máximo	144	73,8
	Apoyo Medio	50	25,6
	Apoyo Mínimo	1	0,5
	Total	195	100,0

Fuente: elaborado por los autores, 2016

En la tabla 12 se puede apreciar los resultados del cuestionario MOS de Apoyo Social global fue con un 73,8 % con un apoyo máximo, con un número de 144 de pacientes según nuestro estudio.

Tabla 13:
Adherencia

Test para medir Adherencia	<i>Adherente</i>		<i>No adherente</i>	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Test de Batallas	141	72,3	54	27,7
Test de Morisky Green	77	39,5	118	60,5
Test de Batalla /Morisky Green	60	30,8	135	69,2

Nota: Comparación de medición de la adherencia con el Test de batallas /Morisky-Green.

En la tabla 13 se observa que la población estudiada es particularmente no adherente al tratamiento farmacológico medido con el test de Morisky Green, con un 69,2 % y al ligarse ambos test el 30, 8%, cifras que corresponden a las indicadas en países subdesarrollados, donde la adherencia al tratamiento es menor del 50% según la OMS.

Tabla 14:
Apoyo Social y familiar mediante test de MOS

		Frecuencia	Porcentaje %
Apoyo Emocional	Apoyo Máximo	144	73,8
	Apoyo Medio	49	25,1
	Apoyo Mínimo	2	1,0
	Total	195	100,0
Ayuda Material e Instrumental	Apoyo Máximo	140	71,8
	Apoyo Medio	50	25,6
	Apoyo Mínimo	5	2,6
	Total	195	100,0
Relaciones sociales de ocio y distracción	Apoyo Máximo	125	64,1
	Apoyo Medio	68	34,9
	Apoyo Mínimo	2	1,0
	Total	195	100,0
Apoyo Afectivo referido a expresiones de amor y cariño	Apoyo Máximo	152	77,9
	Apoyo Medio	37	19,0
	Apoyo Mínimo	6	3,1
	Total	195	100,0

Fuente: elaborado por los autores, 2016

Se encontró a nivel descriptivo de la tabla 14, de acuerdo al Cuestionario de Apoyo Social (MOS), que las dimensiones de Apoyo Instrumental con 71,8 % en apoyo máximo, Apoyo Afectivo con un 77,9 %, Apoyo Emocional tenemos 73,8% y Relaciones sociales de ocio y distracción con un 64,1% tuvieron medias que superaron los puntos de corte sugeridos para la escala, especialmente se destaca la dimensión Apoyo Emocional y afectivo con los porcentajes más altos.

4.3. ASOCIACIONES ENTRE VARIABLES

Tabla 15:
Asociación Adherencia vs Apoyo social global

		Adherencia					
		Adherente		No Adherente		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
Apoyo social global	Apoyo Máximo	43	29.9	101	70.1	144	100.0
	Apoyo Medio	17	34.0	33	66.0	50	100.0
	Apoyo Mínimo	0	0.0	1	100.0	1	100.0

Fuente: elaborado por los autores, 2016

Se puede concluir que no hubo asociación entre el apoyo social y la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos; donde el máximo apoyo social global fue el 70,1% se presenta en pacientes hipertensos que no tuvo una buena adherencia mientras que el grupo con mejor adherencia fue el que tuvo un apoyo

medio con 34 %, en balance con el grupo de hipertensos que tuvieron buena adherencia terapéutica que presentó un 29,9 % con apoyo social global máximo.

Tabla 16:
Prueba de chi-cuadrado adherencia vs apoyo social global

	Valor	gl	Significación *asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,745 ^a	2	,689
Razón de verosimilitud	1,032	2	,597
Asociación lineal por lineal	,116	1	,733
N de casos válidos	195		

Nota: *Significancia estadística $p < 0,05$.

No hubo asociación estadísticamente significativa entre adherencia y el apoyo social global porque el valor de p obtenido es mayor de 0,05 (p de chi=0,68) que expresaría una asociación de riesgo entre al apoyo familiar bajo y la no adherencia.

Tabla 17:
Adherencia vs Apoyo medido por escala de MOS

		Adherencia			
		Adherente		No Adherente	
		No.	%	No.	%
Apoyo Emocional	Apoyo Máximo	41	68.3%	103	76.3%
	Apoyo Medio	18	30.0%	31	23.0%
	Apoyo Mínimo	1	1.7%	1	.7%
	Total	60	100.0%	135	100.0%
Ayuda Material e Instrumental	Apoyo Máximo	45	75.0%	95	70.4%
	Apoyo Medio	12	20.0%	38	28.1%
	Apoyo Mínimo	3	5.0%	2	1.5%
	Total	60	100.0%	135	100.0%
Relaciones sociales de ocio y distracción	Apoyo Máximo	39	65.0%	86	63.7%
	Apoyo Medio	20	33.3%	48	35.6%
	Apoyo Mínimo	1	1.7%	1	.7%
	Total	60	100.0%	135	100.0%
Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño	Apoyo Máximo	47	78.3%	105	77.8%
	Apoyo Medio	11	18.3%	26	19.3%
	Apoyo Mínimo	2	3.3%	4	3.0%
	Total	60	100.0%	135	100.0%

Fuente: elaborado por los autores, 2016

En la tabla 17 se puede observar la adherencia según las cuatro dimensiones del MOS teniendo que la mayor adherencia y apoyo máximo lo encontramos en

apoyo efectivo referido a expresiones de amor y cariño con el 78% de adherencia máxima seguido de ayuda material e instrumental con el 75% en apoyo máximo, con el 68.3% tenemos apoyo emocional y por ultimo relaciones sociales de ocio y distracción con el 65%.

Tabla 18:
Prueba del chi-cuadrado Adherencia vs Apoyo medido por escala de MOS

Variable	*Chi-cuadrado de Pearson Sig. asintótica (2 caras)	**Razón de verosimilitud Sig. asintótica (2 caras)	Asociación lineal por lineal Sig. asintótica (2 caras)
Apoyo Social	,688	,597	,733
Apoyo Emocional	,467	,478	,221
Apoyo Material e Instrumental	,201	,216	,889
Apoyo Afectivo	,981	,981	,981

Nota: *Chi-cuadrado: $p < 0,05$ significativo,

No hubo asociación estadística significativa entre adherencia terapéutica y las cuatros dimensiones de apoyo social, es decir apoyo social global, apoyo emocional, apoyo Material e instrumental y apoyo afectivo ($p > 0,05$).

Tabla 19:
Apoyo social global vs género

		Sexo							
		Masculino				Femenino			
		No Adherente		Adherente		No Adherente		Adherente	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Apoyo social global	Apoyo Máximo	16	41.0	23	59.0	27	25.7	78	74.3
	Apoyo Medio	2	16.7	10	83.3	15	39.5	23	60.5
	Apoyo Mínimo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0

Fuente: elaborado por los autores, 2016

De la población estudiada el 26,2 % fueron hombres, de los cuales se encontró un apoyo global máximo adherentes en el 41 %, mientras que las mujeres siendo el grupo mayoritario con el 73,8 % tuvieron un apoyo global máximo del 25,7% en adherencia, por lo que se puede identificar que no existe relación significativa entre el apoyo y género para un mejor adherencia.

Tabla 20:
Pruebas de chi-cuadrado apoyo social vs género

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
*Chi-cuadrado de Pearson	,539 ^a	2	,764
Razón de verosimilitud	,793	2	,673
Asociación lineal por lineal	,329	1	,566
N de casos válidos	195		

Nota: *Significancia estadística $p < 0,05$

No hubo asociación estadísticamente significativa entre apoyo social y género ($p>0,05$).

Tabla 21:
Asociación Adherencia vs rango de edad

		Rango de Edad				Total
		Adulto Joven	Adulto Medio	Adulto Maduro	Adulto Mayor	
Adherente	No.	0	6	22	32	60
	% Edad	0,0%	24,0%	22,9%	45,1%	30,8%
No Adherente	No.	3	19	74	39	135
	% Edad	100,0%	76,0%	77,1%	54,9%	69,2%
Total	No.	3	25	96	71	195
	% Edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: elaborado por los autores, 2016

El grupo de adherentes que corresponde el 30,8 %, siendo el mejor grupo etario de adherente los adultos mayores con el 45,1 %, con el 22,9% los adultos maduros, los adultos medios con 24,0% y por último el adulto joven con 0,0%. Mientras que el grupo de los no adherentes con 69,2 %, de este grupo los adultos maduros fueron mayoritariamente con 77,1%, el adulto medio con 76,0 %, los adultos mayores con un 54,9 % y por último grupo de adulto joven con 100%.

Tabla 22:
Pruebas de chi-cuadrado edad vs adherencia

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
*Chi-cuadrado de Pearson	11,467 ^a	3	,009
Razón de verosimilitud	12,087	3	,007
N de casos válidos	195		

*Nota: *Significancia estadística $p < 0,05$*

La asociación entre edad y adherencia no se mostró estadísticamente significativa ($p > 0,05$).

CAPÍTULO V

5.1. DISCUSIÓN

Una vez realizada la investigación sobre la muestra de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acuden al área de consulta externa del Centro de Salud Augusto Egas, se pudo determinar que dentro del apoyo social y familiar, el apoyo global máximo fue el que presentó un porcentaje alto del 73,8%, hallazgos similares se encontraron en estudios realizados en México por Olvera y cols. 2009 con el 63,3%, cifras que se podría considerarse favorable ya que beneficia a la salud tanto física como psíquica de los pacientes que reciben este soporte misma que son particularidades de nuestras familias y sociedad latina.

Con respecto a las dimensiones que conforman el MOS (Apoyo Emocional, Apoyo Instrumental, Interacción Social, Apoyo Afectivo) en nuestra investigación los hallazgos fueron altos para cada dimensión, es de resaltar que, sólo el Apoyo Emocional 73,8% y el apoyo afectivo 77,9% tuvieron más impacto en la apreciación sobre el soporte en los pacientes hipertensos, aunque no refleja una asociación estadística significativa entre adherencia terapéutica y las cuatro dimensiones de apoyo social, es decir, un $p > 0,05$, lo que no se observó con el estudio realizado por Vinaccia y cols. realizado en Medellín, Colombia en el 2006, el cual demostró que el Apoyo Emocional y la Interacción Social tuvieron cifras altas y más de la mitad mejor adherencia donde su investigación fue hecha con poblaciones de estratos socioeconómicos bajos en donde el apoyo emocional percibido por familiares y vecinos son importantes en períodos de crisis.

En la presente investigación la adherencia obtenida fue del 30,8%, cantidad que concuerda con la perspectiva de la OMS expuesta en los informes sobre adherencia a los tratamientos a largo plazo del año 2004, donde se proyectó una adherencia menor al 50% para países como el Ecuador, en vías de desarrollo, porcentaje bajo que se reflejaría por factores multicausales provocando un aumento en morbilidad y mortalidad de población.

A diferencia de un estudio realizado por Paz Arévalo y cols. el año 2016 en la ciudad de Cuenca, Ecuador, en pacientes con Hipertensión Arterial los resultados mostrados fueron del 63,6% de adherencia total, éste contraste porcentual quizá se deba a las mejores condiciones socioculturales protectoras.

Por otra parte, en una población de hipertensos en la sociedad chilena realizada por Noack y cols. del año 2014 encontraron una adherencia del 45,9%, diferencia porcentual de mejor adherencia que podría explicarse por las superiores condiciones de apoyo del equipo asistencial.

La asociación entre el apoyo global máximo, género y adherencia, se obtuvo como resultado en nuestro estudio que los hombres siendo un grupo minoritario (26,2%) fue mejor adherente (41 %) con un apoyo social global máximo, pero estadísticamente no significativa. Con resultados similares obtenidos en nuestra investigación, encontramos en el estudio realizado por Menéndez y col. en Acuña,

España en el 2003 cuyos resultados dio que el apoyo social fue bajo en la muestra investigada y con predominio en mujeres.

En el presente estudio el apoyo social y familiar que obtuvo un porcentaje alto no mostró una relación estadísticamente significativa ($>0,05$) como factor protector para mejorar la adherencia en los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro Salud Augusto Egas. El apoyo social y familiar que mostró niveles altos fue el apoyo global máximo con 73,8%, siendo la no adherencia el cual predominó con 69,2%, el cual generó un impacto estadísticamente no significativo, presentándose un factor de riesgo el apoyo máximo para la falta adherencia. Datos que se relaciona con el estudio realizado por Olvera y col. en México 2009, donde encontraron una adherencia terapéutica del 73% con un apoyo social de 63,3%, pero que estadísticamente no fue significativa dado que el valor de p fue de 0,64.

Por consiguiente tomando como referencia los resultados de la investigación no podemos afirmar que un mayor apoyo social y familiar sea un factor protector para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial.

El apoyo social y familiar alto que presentan en los pacientes hipertensos es un factor que no incide para tener una adherencia alta lo que podría explicarse que para conseguir una buena adherencia requiere la interacción de múltiples factores dentro de los cuales podemos destacar el factor relacionado con la enfermedad ya que al ser la hipertensión arterial asintomática sumado a la falta de calidad y

cantidad de información individualizada facilitada en la relación médico-paciente no se consigue la adherencia y por consiguiente el paciente progresa a complicaciones donde si se hace determinante el apoyo social para su supervivencia.

CONCLUSIONES

Se logró establecer que la adherencia de los pacientes estudiados se hallan en rangos considerados bajos a nivel mundial, lo cual indica que debemos continuar con el compromiso para mejorar la adherencia como objetivo en los sistemas de salud, quienes debemos de estar competentes con la finalidad de disminuir la morbilidad, mortalidad y discapacidad, debido a las principales complicaciones asociadas a la hipertensión arterial y a la no la adherencia.

No se logró determinar que el apoyo social y familiar se asocia con la adherencia del paciente hipertenso, pero dicho término puede ser explotado ampliamente para mejorar las condiciones de vida de los pacientes.

La población del estudio estuvo constituida por 195 hipertensos, la media de edad encontrada fue de 60,4 años; de sexo femenino el 73,8% y del sexo masculino con 26,2%, por la heterogeneidad de la muestra y por múltiples causa es el sexo femenino la usuaria más frecuente de los servicios de salud.

El apoyo social, según el cuestionario de Medical Outcomes Study (MOS), fue 73,8% hipertensos con apoyo social global máximo y con el 25,6 % de hipertensos tienen apoyo social medio.

La adherencia terapéutica según el cuestionario de Morisky-Green fue el 39% de hipertensos adherentes y 60,5% de hipertensos no adherentes. En el presente

trabajo de investigación se concluye que no hubo asociación entre apoyo social y familiar con la adherencia terapéutica en los pacientes diagnosticados de hipertensión arterial que acuden a la consulta externa del centro de salud Augusto Egas Distrito 23 D01.

LIMITACIONES

Entre las principales limitaciones que encontramos, fueron las siguientes:

No contar con el valor inicial de la presión arterial de la paciente en las historias clínicas, lo cual hubiera permitido una valoración más acertada acerca de la adherencia al tratamiento.

Una limitación fue que el lugar donde se realizó las encuestas, tal vez no fue el apropiado para tratar las preguntas acerca de la situación socio-familiar de los participantes, fue algo molesto.

Se debe considerar que el test de Morisky-Green tiende a sobreestimar la no adherencia al tratamiento farmacológico, pero es el test más usado internacionalmente y en otros estudios los valores de adherencia son mayores.

Tanto los factores sociodemográficos, los afines con la enfermedad y los que derivan del tratamiento son los predominantes, no se debe subestimar los factores relacionados al sistema de salud, porque cada elemento de este puede generar pautas o acciones en pro de mejorar la adherencia.

Otra limitación, fue de no contar con una base de datos estadísticas general, de la población en estudio.

RECOMENDACIONES

Acordar realizar investigaciones posteriores que permita analizar las causas del bajo nivel adherencia en los pacientes hipertensos atendidos en centro de salud Augusto Egas mediante un estudio de caso.

Realizar intervenciones educativas ajustables a los grupos que mostraron baja adherencia para mejorar el cumplimiento de las prescripciones farmacológicas indicadas por el personal de la salud.

Enfocar estas interacciones a los pacientes que acuden a la consulta y acompañantes.

Acoplar a todo el personal de salud (médicos, enfermeras) en un compromiso entre el paciente y sus redes de apoyo, motivando para tener una adecuada adherencia.

Establecer cambios que permita realizar seguimiento continuo a los pacientes crónicos, integrando en la práctica diaria estrategias de intervención encaminadas a mejorar adherencia terapéutica.

Enfatizar la importancia del tratamiento no farmacológico, no solamente con los pacientes sino con el personal de salud.

Desarrollar estrategias en el centro de salud de atención primaria, para que se permita la inclusión y acceso a los hombres a la atención, ya que ellos constituyen un grupo de alto riesgo para enfermedades crónicas como la hipertensión arterial.

El aporte del presente estudio es brindar una visión general de la situación de apoyo social para mejor la adherencia al tratamiento integral.

BIBLIOGRAFIA

- Alonso MA, Álvarez J, Arroyo J, Ávila L, Aylón R, Gangoso A, Martínez H, Mateo C, Morera T, Pérez A, Rodríguez C, Saiz LC, Sevillano ML, S. R. (2006). Adherencia terapéutica: Estrategias prácticas de mejora. *Notas Farmacoterapéuticas: Servicio Madrileño de Salud*, 13, 31–38.
- Barón, M. M., Soto, M. C., & Tobo M, N. (2011). Vivencia de la hipertensión arterial en la mujer adulta mayor: una experiencia silenciosa y en soledad. *Revista Cultura Del cuidado*8, (2), 16–27.
- Cárdenas, M. T. F., Loving, R. D., & Lagunes, I. R. (2011). Desarrollo y Validación de una Escala para Medir Apoyo Social en Adultos con Perspectiva de Apego Development and validation of a scale to measure social support with attachment perspective in adults . *Revista Iberoamericana de Diagnóstico Y Evaluación Psicológica*, 2(52), 9–34. Retrieved from http://www.aidep.org/03_ridep/2_volumen32.html
- Castaño-Castrillón, J. J., Echeverri-Rubio, C., Giraldo-Cardona, J. F., Maldonado-Mora, A., Melo-Parra, J., Meza-Orozco, G. A., ... Rodríguez-arias, E. A. (2012). Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en ASSBASALUD ESE , Manizales (Colombia). *Rev. Fac. Med.*, 60(3), 179–197.
- Conthe, P., Márquez Contreras, E., Aliaga Pérez, a., Barragán García, B., Fernández de Cano Martín, M. N., González Jurado, M., ... Pinto, J. L. (2014). Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. *Revista Clínica Española*, 214(6), 336–344.

<http://doi.org/10.1016/j.rce.2014.03.008>

Córdoba García, R. (2003). Educación sanitaria en las enfermedades crónicas.

Atención Primaria, 31(5), 315–318. [http://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)79185-9](http://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)79185-9)

Cushman, W. C. (2007). JNC-7 Guidelines: Are they still relevant? *Current Hypertension Reports*. <http://doi.org/10.1007/s11906-007-0070-y>

De, R., Henríquez, Ó., Koch, E., & Romero, T. (2014). Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. resultados de una cohorte del programa de salud cardiovascular de la región metropolitana, Chile. *Revista Médica de Chile*, 142(10), 1245–1252. <http://doi.org/10.4067/S0034-98872014001000003>

De Geest, S., & Sabaté, E. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2(4), 323. [http://doi.org/10.1016/S1474-5151\(03\)00091-4](http://doi.org/10.1016/S1474-5151(03)00091-4)

De la Revilla Ahumada, L, Luna del Castillo, J, Bailón Muñoz, E, Medina Moruno, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia (And)*, 6, 10–18.

Del Duca, M., Gallegos, Y., Da, G., & Trenchi, M. (2013). Adherencia al Tratamiento desde la perspectiva del Médico de Familia. *Biomedicina*, 8(1), 6–15. Retrieved from http://www.um.edu.uy/docs/adherencia_tratamiento_abril13.pdf

Epstein, L. H., & Cluss, P. A. (1982). Journal Consulting and Clinical Psychology. *American Psychological Association*, 950-971

- Fachado, A. A., Rodríguez, M. M., & Castro, L. G. (2013). Apoyo social : Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cad Aten Primaria, 19*, 118–123. Retrieved from http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19_2_ParaSaberDe_3.pdf
- Freire W:B; Ramirez MJ. Silva MK, Sáenz K, Piñeros p, Gómez LF, M. A. (2013). *Encuesta Nacional De Salud Y Nutrición*. <http://doi.org/042816>
- Garcia-Perez, A., Leiva-Fernandez, F., Martos-Crespo, F., Garcia-Ruiz, A., Prados-Torres, D., & Alarcon, F. (2000). ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? *Medicina de Familia, 1*(1), 13–19.
- Gonzalez, M. (2012). NEUMONÍA: Principal causa de morbilidad. La inmunización a menores de cinco años en los hogares del Ecuador al año 2012. *E Análisis*, (Octava Edición), 21. Retrieved from <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis8.pdf>
- González Alfonso, A., González Alfonso, N., Vásquez González, Y., González Alfonso, L., & Gómez Pacheco, R. (2004). Importancia De La Participación Familiar En El Control De La Hipertension Arterial. *Instituto Superior De Ciencias Médicas “Dr. Serafín Ruiz De Zárate Ruiz” Santa Clara, Villa Clara, 8*(2), 3–9.
- Gutierrez-Angulo, M. L., Lopetegi-Uranga, P., Sanchez-Martín, I., Garaigordobil-Landazabal, M. (2012). Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. *Revista de Calidad Asistencia. 27*(2), 72-77.
- Hh, H., Li, G., & Arao, T. (2015). La asociación de la familia de apoyo social , la

depresión , la ansiedad y la auto - eficacia con específicos hipertensión conductas de autocuidado en la comunidad local china . PubMed Commons, 29(3).

INEC. (2012). Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones, Retrieved from http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2012.pdf

Ingaramo, R., Vita, N., & Bendersky, M. (2005). Estudio nacional sobre adherencia al tratamiento (ENSAT). *Rev Fed Arg ...*, 34(1), 104–111.
<http://doi.org/200.59.199.13>

Lagos méndez, H., & Flores rodríguez, N. (2014). Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el Hospital de Puente Piedra-Lima. *Cuidado Y Salud Journal.*, 1(2), 85–92.

Linkout, M. (2015). Social el apoyo y la adhesión al tratamiento en hipertensos pacientes : un meta - análisis . PubMed Commons, 49(3).

Londoño Arredondo, N. H., Rogers, H. L., Castilla Tang, J. F., Posada Gómez, S. L., Ochoa Arizal, N. L., Jaramillo Pérez, M. A., ... Aguirre-Acevedo, D. C. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social Validation of the Colombian MOS social support survey. *International Journal of Psychological Research*, 5, 142–150. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023539016.pdf>

Luisa, C., & Fuentes, C. (2014). Análisis de la relación entre las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento y los índices de bienestar en una muestra de personas

mayores. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(3), 365–377. <http://doi.org/10.1016/j.regg.2013.06.001>

Luisa, & Morales. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas
Adherence to treatment in chronic diseases. *Revista Cubana de Angiología
Cirugía Vasculat*, 16(2), 175–189.

M. Zoraida, & S. Morales. (2014). Adherencia farmacológica al tratamiento
antihipertensivo: ¿un reto o una realidad? *Revista Colombiana de Enfermería.*,
9, 133–141.

Marengo-Escuderos, A. D., & Ávila-Toscano, J. H. (2016). Dimensiones de apoyo
social asociadas con síndrome de burnout en docentes de media académica.
Pensamiento Psicológico, 14(2), 7–18.
<http://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI14-2.dasa>

Maria Zoraida M, S. Y. M. B. (2013). Adherencia farmacológica al tratamiento
antihipertensivo : ¿ un reto o una realidad ?

Mosqueda, A., Mendoza, S., Aravena, J., Barriga, V., & A, O. (2015). Validez y
confiabilidad de una escala de apoyo social percibido en población adolescente
Validity and reliability of a scale of perceived social support in adolescent
population, 39, 125–136.

Narciso, C., & Quiroz, N. (2015). Adaptation and Validation of the Scale of, 21(1),
49–58.

Oms. (2013). Información general sobre la HIPERTENSIÓN en el mundo. *Oms*, 1–
39. Retrieved from
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_s

pa.pdf

- OMS. (2016). Día Mundial de la Hipertensión. *Organizacion Mundial de La Salud*, 40. Retrieved from http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12023%3A17-may-2016-world-hypertension-day&catid=7261%3Aevents-1&Itemid=41080&lang=es
- Rigotto, D. M., Cardoso, H. F., Javier, F., & Rueda, M. (2012). Soporte social , familiar y autoconcepto : relación entre los constructos. *Psicologia Desde El Caribe*, 29(5511), 1–18. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v29n1/v29n1a02.pdf>
- Rodríguez Chamorro, M. Á., García-Jiménez, E., Amariles, P., Rodríguez Chamorro, A., & José Faus, M. (2008). Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Atención Primaria*, 40, 413–417. <http://doi.org/10.1157/13125407>
- Rubinstein, A., & Terrasa, S. (2006). Medicina Familiar y Practica Ambulatoria.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., et al. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127- 139.
- Shen, Y., Peng, X., Wang, M., Zheng, X., Xu, G., Lü, L., ... Wang, J. (2016). Family member-based supervision of patients with hypertension: a cluster randomized trial in rural China. *Journal of Human Hypertension*, (January), 1–8. <http://doi.org/10.1038/jhh.2016.8>
- Silva, S. M. da, Braidó, N. F., Ottaviani, A. C., Gesualdo, G. D., Zazzetta, M. S., &

Orlandi, F. de S. (2016). Social support of adults and elderly with chronic kidney disease on dialysis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2752. <http://doi.org/10.1590/1518-8345.0411.2752>

Terol, M., Lopez, S., Neipp, M., Rodríguez, J., Pastor, Á., & Martín-Aragon, M. (2004). Apoyo social e instrumentos de evaluación : revisión y clasificación. *Anuario de Psicología*, 35(1 985), 23–45.

Vilató, L., Martín Alfonso, L., & Pérez Nariño, I. (2015). Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(4), 620–630.

ANEXOS

ANEXO 1: Operacionalización de variables

Variable	Concepto	Definición Operacional	Dimensión: Categorías, clasificaciones	Tipo de variable	Escala: Nominal, ordinal, intervalo, razón	Indicador: Permite medir	Codificación	Fuente de verificació n.
Edad	La edad está referida al tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad.	Cantidad de años cumplidos hasta la fecha actual: Adulto joven: va de 20 a 34 años. Adulto medio: edad que va entre 35 a 49 años. Adulto Maduro: edad comprendida entre 50 a 64 años. Adulto mayor: cualquier edad mayor a 65 años	Adulto Joven Adulto Medio Adulto Maduro Adulto Mayor	Cuantitativa discreta	Intervalos	Años	1. 20-34 anos 2.-35-49 anos 3.-50-64 anos. 4.- mayor 65 anos	Encuesta

Sexo	Es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética	<p>Mujer: Es el ser humano femenino o hembra. Mujer también remite a distinciones de género de carácter cultural y social que se le atribuyen así como a las diferencias sexuales y biológicas de la hembra en la especie humana frente al macho. Cuenta con aspectos físicos que la diferencian del varón de la especie como voz más aguda, cintura más estrecha, cadera más ancha y pelvis más amplia, menos vello corporal, menos masa muscular y más tejido adiposo, mamas más grandes y estrechas y menor estatura comparada con el varón.</p> <p>Hombre: designa biológicamente al macho humano. Se entiende por hombre a todo ser humano de sexo masculino, en oposición a aquellos de sexo femenino clasificados bajo el término mujer. Dentro</p>	<p>Hombre</p> <p>Mujer</p>	Cualitativa nominal	Nominal	<p>Hombre</p> <p>Mujer</p>	<p>1.- Hombre</p> <p>2.- Mujer</p>	Encuesta
------	---	--	----------------------------	------------------------	---------	----------------------------	------------------------------------	----------

		de la categoría hombre pueden contarse las de niño, adolescente y adulto						
Estado civil	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.	Soltero: Que no está unido a una pareja Unión Libre: Una pareja de hecho, emparejamiento de hecho Casado : Persona que ha contraído matrimonio Divorciado: Separación o división parental Viudo: Haber perdido al conyugue por fallecimiento	Soltero Unión Libre Casado Divorciado Viudo	Cualitativa nominal	Nominal	Soltero Unión Libre Casado Divorciado Viudo	1. Soltero 2. Unión Libre 3. Casado 4. Divorciado 5. Viudo	Encuesta

Nivel de Instrucción	Es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país.	<p>Títulos adquiridos:</p> <p>Básica: Ciclo de estudios primario desde 1er hasta 6 grado de escuela</p> <p>Media: Enseñanza secundaria desde el ciclo básico hasta el bachillerato (1 a 6 curso de colegio) incluye educación no formal</p> <p>Superior: desde el ingreso a una institución superior educación terciaria en algunos casos última etapa de proceso de aprendizaje</p>	Básica Media Superior	Cualitativa ordinal	Ordinal	Básica, Media, Superior	1.- Básica, 2.- Media, 3.-Superior	Encuesta
	Apoyo social global: Información que conduce al individuo a creer que es cuidado, amado, estimado y pertenece a una red social con obligaciones mutuas	Apreciación propia, del conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta el paciente diabético para superar una determinada crisis, puede variar desde una alta percepción en donde el respaldo es inmediato, y, dada la afinidad de sus componentes, ofrecen un apoyo emocional y solidario muy positivo para	Apoyo mínimo Apoyo medio Apoyo máximo	Cuantitativa continua	Intervalos	Puntuación	1.- 19 2.- 57 3.- 94	Encuesta

		el paciente hasta una baja percepción en donde el respaldo y apoyo es muy deficiente o nulo						
Apoyo social	Apoyo emocional	Valoración que es parte de la Escala de Apoyo Social, expresión de afecto y comprensión empática.	Apoyo mínimo Apoyo medio Apoyo máximo	Cuantitativa continua	Intervalos	Puntuación	1.- 8 2.- 24 3.- 40	Encuesta
	Ayuda material o instrumental	Valoración que es parte de la Escala de Apoyo Social, posibilidad de ayuda material o tangible con la que cuenta la persona.	Apoyo mínimo Apoyo medio Apoyo máximo	Cuantitativa continua	Intervalos	Puntuación	1.-4 2.-12 3.- 20	Encuesta
	Relaciones sociales de ocio y distracción	Valoración que es parte de la Escala de Apoyo Social, posibilidad de contar con personas para comunicarse.	Apoyo mínimo Apoyo medio Apoyo máximo	Cuantitativa continua	Intervalos	Puntuación	1.-4 2.-12 3.- 20	

	Apoyo afectivo	Valoración que es parte de la Escala de Apoyo Social, mide demostración de amor, cariño y empatía.	Apoyo mínimo Apoyo medio Apoyo máximo	Cuantitativa continua	Intervalos	Puntuación	1.- 3 2.- 9 3.- 15	Encuesta
Adherencia al tratamiento	Cumplimiento al tratamiento recomendado por el proveedor del servicio de salud	Test de Batallas: Mide el grado de Conocimiento a la enfermedad: Test de Morinsky Green: Averigua sobre la adherencia al tratamiento	Test de Batallas: 3 respuestas correctas: adherente al tratamiento Menos de 3 respuestas : No Adherente Teste de Morinsky Green : No, Si, No, No: adherente al	Cualitativa nominal	Nominal	Adherente No adherente	1.Adherente 2.No adherente	Encuesta

			tratamiento Otras respuestas : no adherente					
Presión arterial	Es la presión que ejerce la sangre contra la pared de las arterias	Presión medida con esfigmomanómetro mayor de 140/90	TA Normal Sistólica <120 y Diastólica <80 Pre hipertensión Sistólica 120-139 y Diastólica 80-89 Estado I Hipertensión Sistólica 140-159 y diastólica 90-99 Estado II Sistólica >= 160 y	Cuantitativa discreta	Intervalos	mm/hg	TA Normal Sistólica <120 y Diastólica <80 Pre hipertensión Sistólica 120-139 y Diastólica 80-89 Estado I Hipertensión Sistólica 140-159 y diastólica 90-99	Encuesta

			Diastólica ≥100					
Metas de hipertensión arterial	Recomendaciones del JNC8	* Adultos > 60 años * Población General < 60 años * Pacientes > 18 años con enfermedad renal crónica o diabetes mellitus	* Adultos > 60 años: TA sistólica < 150mmhg; TA diastólica < 90mmhg * Población General < 60 años: TA sistólica < 140mmhg; TA diastólica < 90mmhg * Pacientes >	Cuantitativa continua	Intervalos	mm/hg	> 60 años: TA sistólica < 150mmhg; TA diastólica < 90mmhg Población General < 60 años: TA sistólica < 140mmhg; TA diastólica < 90mmhg Pacientes > 18 años con enfermedad renal crónica o diabetes mellitus TA sistólica < 140 mmhg; TA diastólica < 90mmhg	Encuesta

			18 años con enfermedad renal crónica o diabetes mellitus TA sistólica < 140 mmhg; TA diastólica < 90mmhg					
--	--	--	--	--	--	--	--	--

ANEXO 2: Formulario de Consentimiento**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

TITULO DEL ESTUDIO: “ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE APOYO SOCIAL Y FAMILIAR CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD AUGUSTO EGAS DISTRITO 23 D01 OCTUBRE A DICIEMBRE 2016.

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del participante.

Fecha:

C.I. _____

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). _____ La naturaleza y los propósitos de la investigación; le explicado de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normativa correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

ANEXO 3: Cuestionario MOS de apoyo social

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

Aproximadamente, Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre).

1. Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos _____

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

PREGUNTA	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORÍA DE LAS VECES	SIEMPRE
2.-Alguien quien le ayude cuando tenga que estar en la cama.	1	2	3	4	5
3.-Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar.	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tiene problemas.	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesite.	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto cuando lo necesite.	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien quien le informe y le ayude a entender una situación.	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quién hablar de sí mismo y sus preocupaciones.	1	2	3	4	5
10. Alguien quien le abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse.	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente lo desee.	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.	1	2	3	4	5

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

ANEXO 4:

TITULO DEL ESTUDIO: “ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE APOYO SOCIAL Y FAMILIAR CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD AUGUSTO EGAS DISTRITO 23 D01 OCTUBRE A DICIEMBRE 2016.

Nombre: _____

Edad: _____ Domicilio: _____ Teléfono: _____

Género: femenino ___ masculino ___ otros _____

Primaria completa ___ Primaria incompleta ___ Secundaria completa ___

Secundaria incompleta ___ Universidad ___ Estado

civil:.....

Tiempo de la enfermedad _____ Otras enfermedades:.....

Test de Batalla (Test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad)

1.- ¿Es la hipertensión arterial una enfermedad para toda la vida?

Sí _____ No _____

2.- Se puede controlar con dieta y medicación?

Sí _____ No _____

3.- Cite 2 o más órganos que pueden dañarse por tener hipertensión arterial no controlada

1.----- 2.----- 3.-----

Test de Morinsky-Green

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?

Sí _____ No _____

2.-Toma los medicamentos a la horas indicadas

Sí _____ No _____

3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?

Sí _____ No _____

4. Si alguna vez se sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

Sí ____

No ____

ANEXO 5

Nombre de fichero: RESUMEN plag ecan.docx Fecha: 2017-01-04 16:16 UTC

Resultados del Análisis de los plagios del 2017-01-04 16:22 UTC

1007 resultados de 100 fuentes, de ellos 100 fuentes son en línea.

Nivel del plagio: **1.3%**/33.0%

[0] (44 resultados, 0.0%5.7%) de www.elsevier.es/en-revista-atencion-prim...-of-the-test-used-for-measuring-13125407

(+ 1 documento con coincidencias exactas)

[2] (41 resultados, 0.0%4.7%) de www.revclinesp.es/es/adherencia-terapeut...cronica-estado/avance/S0014256514001271/

(+ 1 documento con coincidencias exactas)

[4] (31 resultados, 0.0%3.7%) de myslide.es/documents/20-adherencia-salamanca-ebe-definitivo.html

(+ 1 documento con coincidencias exactas)

[6] (31 resultados, 0.0%3.3%) de docslide.us/documents/revision-test-incumplimiento-en-atencion-primaria.html

[7] (20 resultados, 0.0%3.0%) de docplayer.es/7229627-Validacion-del-cues...e-apoyo-social-en-atencion-primaria.

[8] (20 resultados, 0.0%2.9%) de www.scielo.org.bo/pdf/rmcmpl/v17n1/v17n1_a10.pdf

[9] (17 resultados, 0.0%3.1%) de docplayer.es/18449832-Pontificia-univers...ca-del-ecuador-facultad-de-medicina.

[10] (17 resultados, 0.0%3.1%) de bvs.sld.cu/revistas/spu/vol40_2_14/spu07214.htm

[11] (19 resultados, 0.0%2.9%) de www.samfyc.es/Revista/PDF/v6n1/03.pdf

[12] (14 resultados, 0.0%3.0%) de www.monografias.com/cgi-bin/jump.cgi?ID=179872

(+ 1 documento con coincidencias exactas)

[14] (23 resultados, 0.0%2.8%) de www.powershow.com/view/283b1d-ZGFmM/FALT...nal_paciente_powerpoint

[15] (23 resultados, 0.0%2.7%) de www.slideserve.com/treva/falta-de-adhesi...a-sobre-la-relaci-n-profesional-paciente

(+ 1 documento con coincidencias exactas)

[17] (14 resultados, 0.0%2.4%) de www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37s1/v37s1a1.pdf

[18] (10 resultados, 0.0%2.3%) de documents.mx/documents/validacion-en-col...el-cuestionario-mos-de-apoyo-social.

(+ 1 documento con coincidencias exactas)

[20] (10 resultados, 0.0%2.3%) de dateca.unad.edu.co/contenidos/401517/D...tionarioMOSDeApoyoSocia-3974642

[21] (14 resultados, 0.0%2.1%) de

diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/63807/1/IX_Symposium.pdf

[22] (14 resultados, 0.0%2.1%) de

diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/60664/1/TFE-MOI-Herrera-Mariana-my14.

[23] (11 resultados, 0.0%2.2%) de

dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22779/1/TESIS.pdf

[24] (9 resultados, 0.0%2.2%) de

dateca.unad.edu.co/contenidos/401517/20U3CUESTIONARIO_MOS.pdf

[25] (18 resultados, 0.0%2.1%) de

www.asanec.es/xicongreso/images/ganadores/g2.pdf

- [26] (14 resultados, 0.0%1.7%) de sistemabibliotecario.uaemex.mx/janium/Tesis/423770.pdf
- [27] (7 resultados, 0.0%1.5%) de <https://pimssalud.wordpress.com/category/hipertension-arterial/page/3/>
- [28] (16 resultados, 0.0%1.5%) de fundapoyarte.org/contenidos/METODOS_INDIRECTOS_ADHERENCIA.pdf
- [29] (6 resultados, 0.0%1.7%) de eeplt.edu.pe/revista/index.php/Salud/article/download/23/20
- [30] (11 resultados, 0.0%1.6%) de www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v18n1/v18n1a07.pdf
- [31] (9 resultados, 0.0%1.5%) de www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a05.pdf
- [32] (6 resultados, 0.0%1.4%) de <https://prezi.com/0pl5qbsyfuq0/copy-of-hipertension-arterial/>
- [33] (9 resultados, 0.0%1.3%) de www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19_2_ParaSaberDe_3.pdf
- [34] (9 resultados, 0.0%1.4%) de www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/34770/TESIS_NURIA_SIERRA.pdf.txt?sequence=
- [35] (14 resultados, 0.0%1.3%) de [https://www.researchgate.net/profile/Mig...ce\)/links/561e761308aec7945a26b425.](https://www.researchgate.net/profile/Mig...ce)/links/561e761308aec7945a26b425.)
- [36] (10 resultados, 0.0%1.3%) de www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001000003
- [37] (7 resultados, 0.0%1.0%) de diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/56359/1/CDAENTDE.pdf
- [38] (5 resultados, 0.0%1.2%) de www.scielo.org.mx/pdf/rmc/v23n4/v23n4a1.pdf
- [39] (8 resultados, 0.0%1.2%) de www.scielo.org.mx/pdf/nct/v75n1/v75n1a6.pdf
- [40] (9 resultados, 0.0%1.3%) de www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v60n3/v60n3a01.pdf
- [41] (6 resultados, 0.0%1.1%) de www.scielo.org.mx/pdf/rmc/v25n4/v25n4a1.pdf
- [42] (7 resultados, 0.0%1.1%) de www.scielo.org.co/pdf/amc/v38n3/v38n3a11.pdf
- [43] (6 resultados, 0.0%1.1%) de www.scielo.org.co/pdf/med/v21n1/v21n1a12.pdf
- [44] (7 resultados, 0.0%1.2%) de bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu13306.htm
- [45] (8 resultados, 0.0%1.2%) de www.scielo.org.co/pdf/sun/v26n2/v26n2a04.pdf
- [46] (11 resultados, 0.0%1.1%) de <https://zagan.unizar.es/record/14308/files/TAZ-TFG-2014-495.pdf>
- [47] (7 resultados, 0.0%1.2%) de www.samfyc.es/Revista/PDF/numero_1/013-19.pdf
- (+ 1 documento con coincidencias exactas)
- [49] (4 resultados, 0.0%1.0%) de diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/96050/1/ILD_TESIS.pdf
- [50] (11 resultados, 0.0%1.1%) de www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2016/bc162e.pdf
- [51] (10 resultados, 0.0%1.1%) de www.ijpsy.com/volumen14/num3/393/apoyo-social-y-vejez-la-influencia-del-ES.
- [52] (7 resultados, 0.0%1.2%) de docplayer.es/7229734-Desarrollo-y-valida...en-adultos-con-perspectiva-de-apego.
- [53] (5 resultados, 0.0%0.9%) de diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/42359/1/E_TESIS.pdf
- [54] (6 resultados, 0.0%0.7%) de www.monografias.com/trabajos55/adolescentes-diabeticos/adolescentes-diabeticos3.
- [55] (5 resultados, 0.0%0.9%) de www.scielo.org.co/pdf/apl/v29n2/v29n2a11.pdf
- [56] (10 resultados, 0.0%0.8%) de www.scielo.org.ar/pdf/spc/v15n1/v15n1a02.pdf
- [57] (8 resultados, 0.0%0.9%) de www.scielo.org.ar/pdf/raem/v52n2/v52n2a03.pdf
- [58] (7 resultados, 0.0%0.8%) de www.scielo.org.mx/pdf/nct/v73n1/v73n1a9.pdf
- [59] (7 resultados, **0.7%**) de www.scielo.org.co/pdf/sun/v25n1/v25n1a03.pdf
- [60] (5 resultados, 0.0%0.8%) de www.scielo.org.mx/pdf/acm/v78s2/v78s2a1.pdf

- [61] (3 resultados, 0.0%0.8%) de www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242011000200011 (+ 1 documento con coincidencias exactas)
- [63] (6 resultados, 0.0%0.8%) de www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a09.pdf
- [64] (6 resultados, 0.0%0.8%) de www.scielo.org.co/pdf/aven/v28n1/v28n1a07.pdf
- [65] (2 resultados, **0.3%**0.7%) de www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671400136X
- [66] (6 resultados, 0.0%0.8%) de www.scielo.org.co/pdf/apl/v31n3/v31n3a02.pdf
- [67] (5 resultados, 0.0%0.6%) de www.scielo.org.ar/pdf/invet/v17s1/v17s1.pdf
- [68] (6 resultados, 0.0%0.6%) de www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v33n2/v33n2a06.pdf
- [69] (3 resultados, 0.0%0.6%) de www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n1/v16n1a14.pdf
- [70] (7 resultados, 0.0%0.7%) de www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656708720766
- [71] (9 resultados, 0.0%0.7%) de es.slideshare.net/juanluisdelgadoestve/formato-electronico-guiafarmacogeriatría
- [72] (5 resultados, 0.0%0.6%) de www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a06.pdf
- [73] (5 resultados, 0.0%0.6%) de www.scielo.org.co/pdf/psych/v6n1/v6n1a10.pdf
- [74] (5 resultados, 0.0%0.6%) de www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v65n6/v65n6a19.pdf
- [75] (6 resultados, 0.0%0.6%) de www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256514001271
- [76] (6 resultados, 0.0%0.6%) de www.scielo.org.co/pdf/rcps/v24n1/v24n1a13.pdf
- [77] (4 resultados, 0.0%0.6%) de www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n1/v18n1a16.pdf
- [78] (5 resultados, 0.0%0.6%) de www.scielo.org.co/pdf/muis/v28n1/v28n1a01.pdf
- [79] (3 resultados, 0.0%0.6%) de www.scielo.org.co/pdf/psdc/v29n1/v29n1a02.pdf
- [80] (4 resultados, 0.0%0.6%) de es.slideshare.net/bLaCkTeArS01/prevalencia-de-antecedentes-de-los-factores-
- [81] (4 resultados, 0.0%0.6%) de www.scielo.org.mx/pdf/acm/v73n1/v73n1a9.pdf
- [82] (4 resultados, 0.0%0.7%) de www.scielo.org.co/pdf/rgps/v11n23/v11n23a11.pdf
- [83] (4 resultados, 0.0%0.6%) de https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/...s/bienestar_estudiantil/guias/GBE.81.pdf
- [84] (3 resultados, 0.0%0.6%) de rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1916/3896 (+ 1 documento con coincidencias exactas)
- [86] (1 resultados, 0.0%0.4%) de www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis8.pdf
- [87] (3 resultados, 0.0%0.5%) de www.scielo.org.co/pdf/bio/v24n3/v24n3a06.pdf
- [88] (4 resultados, 0.0%0.5%) de www.scielo.org.co/pdf/rcca/v19n2/v19n2a2.pdf
- [89] (4 resultados, 0.0%0.6%) de www.scielo.org.co/pdf/aqui/v13n3/v13n3a05.pdf
- [90] (3 resultados, 0.0%0.5%) de www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/es_0104-1169-rlae-23-06-01149.pdf
- [90] (3 resultados, 0.0%0.5%) de www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/es_0104-1169-rlae-23-06-01149.pdf
- [91] (4 resultados, 0.0%0.4%) de www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55n2/v55n2a13.pdf
- [92] (4 resultados, 0.0%0.4%) de www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v56n1/v56n1a04.pdf
- [93] (4 resultados, 0.0%0.5%) de <https://prezi.com/sf9zdxxa3v1/-adherencia-a-farmacos-antihipertensivos/>
- [94] (2 resultados, 0.0%0.5%) de revmedchile.org/flips/Revista-Medica-de-Chile-October-2014/pubData/SEO/Page_
- [95] (2 resultados, **0.4%**) de www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775307726970
- [96] (3 resultados, 0.0%0.5%) de www.scielo.org.ar/pdf/sc/v5n1/v5n1a05.pdf

[97] (5 resultados, 0.0%0.5%) de [www.elsevier.es/fr-revista-psiQUIATRIA-b...ticos-S113459341500007X?redirectNew=\[98\]](http://www.elsevier.es/fr-revista-psiQUIATRIA-b...ticos-S113459341500007X?redirectNew=[98]) (2 resultados, 0.0%0.4%) de <https://www.revista-portalesmedicos.com/...erencia-al-tratamiento-antihipertensivo/> [99] (2 resultados, 0.0%0.4%) de www.scielo.org.mx/pdf/cuicui/v20n58/v20n58a6.pdf

Configuración

Sensibilidad: Media

Bibliografía: Considerar Texto

Detección de citas: Sólo destacado

Lista blanca: --

Documento analizado

=====1/37=====

RESUMEN

Antecedente: La hipertensión arterial una de las principales enfermedades crónicas no transmisibles, en nuestro país más de un tercio de la población padece de hipertensión, es el principal factor de riesgo para desarrollar discapacidad prematura.

El objetivo de este estudio fue establecer asociación entre el apoyo social medido por

el cuestionario de apoyo social y el nivel de adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos que acuden al centro de salud "Augusto Egas".

Metodología y Resultados: A través de un estudio Analítico Transversal de punto realizado en el Centro de Salud Augusto Egas de la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas, en 195 pacientes mayores de 18 años diagnosticados con hipertensión arterial, se analizó la asociación entre, metas de control de presión arterial según JNC8,

con el apoyo social (M.O.S) y adherencia al tratamiento con el test de Batalla y Morinsky-Green. Los datos se analizaron con SPSS23. El 73,8% eran mujeres. El 72,8% tenían educación básica, 38% eran casados, 67,7 % tenían su presión arterial

controlada. La adherencia al tratamiento fue de 37,9%. Apoyo social global máximo 73,8%, medio 25,6 % y mínimo con 0,5%. No hubo relación significativa ($p > 0,05$) entre el apoyo social y familiar y la adherencia terapéutica.

Conclusiones: Se deberían reforzar las medidas para mejorar la percepción de apoyo

social con la finalidad de que en pacientes adultos maduros y con comorbilidades puedan mejorar la misma.

Palabras claves: Hipertensión Arterial, Adherencia, Apoyo social, Test de Morisky-Green y Test de Batalla, cuestionario de M.O.S, JNC8.

=====2/37=====

II

ABSTRACT

Antecedent.- Arterial hypertension is one of the main chronic diseases not transmissible. In our country, more than a third of the population suffer of hypertension, since it is the principal factor of risk to develop early incapacity.

The objective of this study was to establish association between the social support measured by the questionnaire of the social support and the level of therapeutic adherence in the hypertensive patients who attend to the health center "Augusto Egas".

Methodology and results. Through a transversal analytic study made in the Health Center "Augusto Egas" located in Santo Domingo de los Tsachilas, an association,

between goals of control of blood pressure according to JNC8 with the social support (M.O.S.) and adherence to the treatment with the test of Batalla and Morinsky-Green, was analyzed in 195 patients older than 18 diagnosed with arterial hypertension. Data were analyzed with SPSS23. 73% were women. 72% had elemental education, 38% were married. 67,7% had their blood pressure controlled. The adherence to the treatment was 37,9%. Global social support maximum 73,8%, medium 25,6 % and minimum 0,5 %. There was not significant relationship ($p>0,05$) between the social and familiar support and the therapeutic adherence.

Conclusions. - Measurements should be reinforced to develop the perception of social support with the objective that could also develop the same in old patients.

Key words.- Arterial Hypertension, Adherence, Social support, Test of Morisky-Green and Test of Batalla, questionnaire of M.O.S., JNC8.

=====3/37=====

3

CAPÍTULO 1

1.1. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica definida por una elevación de presión sistólica igual o mayor a 140 mmHg y una tensión diastólica igual o mayor a 90 mmHg en edades comprendidas entre 18 y 60 años, y un valor de presión sistólica igual o mayor a 150 mmHg en individuos mayores de 60 años de edad, siendo un problema de salud con una prevalencia del 26% e incrementándose en pacientes de edad avanzada y en diabéticos, la misma es considerada una de las principales causas de morbimortalidad en los países industrializados y en vías de desarrollo, relacionada como un factor de riesgo de daño vascular, junto con otros, tales como: las dislipidemias, obesidad, tabaquismo y el sedentarismo (Castaño-Castrillón et al., 2012).

Según la Encuesta Nacional de salud realizada entre 2011 y 2013 el 9,3% de la población 18 y 59 años padece de hipertensión arterial, además en el informe del INEC Anuario de Nacimientos y defunciones se presenta a las enfermedades hipertensivas como la segunda causa de muerte en el 2011; las provincias que presentan mayor cantidad de casos de hipertensión son Guayas 17,02%, Pichincha 13,74, y Manabí 14,12%.

Al ser la Medicina Familiar una especialidad que aborda al ser humano en su integralidad a la HTA no debemos estimarla únicamente como un problema aislado de cifras superiores a las normadas de presión arterial, el abordaje terapéutico del paciente con

hipertensión no solo se basa en medidas farmacológicas antihipertensivas, sino en medidas

=====4/37=====

4

que promueven cambios en el estilo de vida, con la finalidad que la alimentación, el ejercicio

y la mejora de hábitos perniciosos permitan contrarrestar la obesidad, la hipercolesterolemia

y el sedentarismo.(Rubinstein & Terrasa, 2006)

También se busca incentivar el dejar de fumar y la disminución del consumo de alcohol; así como prevenir el desarrollo de otras enfermedades como la diabetes, para lo cual

se hace imperioso la aceptación del paciente de formar parte activa con inclusión y participación del plan de tratamiento, sumado al compromiso del personal de salud mediante

una relación empática donde el prescribir implique: explicar, indicar, enseñar, adecuar,

acompañar y controlar, fomentando la intervención y el involucramiento de la familia para

el éxito terapéutico (Rubinstein & Terrasa, 2006).

A pesar de los actuales tratamientos farmacológicos antihipertensivos y la implementación de medidas educativas encaminadas a fomentar estilos de vida saludables

que son complemento estratégico para mantener un control adecuado, la existencia de

pacientes hipertensos mal controlados es frecuente, debiéndose aceptar que existen causas

que provocan la falta de adherencia al tratamiento terapéutico antihipertensivo, por lo que la

Organización Mundial de la Salud (OMS) la reconoce como un problema de salud pública

prioritario, la misma que no alcanza al 50% en países desarrollados.

Este mismo organismo define la adherencia como “**el grado en el que la conducta de**

un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la

modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el

profesional sanitario”[65] Se han identificado 5 grandes grupos de factores que inciden en la

=====5/37=====

5

adherencia al tratamiento: factores socioeconómicos, factores relacionados a la enfermedad,

factores relacionados al tratamiento, factores relacionados al paciente y factores relacionados

al equipo asistencial. Estos aspectos se interrelacionan y denotan que la adherencia al

tratamiento es un trabajo conjunto entre el equipo médico, el paciente y sus familiares (M.

Zoraida & S. Morales, 2014).

La adherencia no consiste únicamente conseguir que los pacientes tomen la medicación o que se introduzcan a un estilo de vida saludable, sino a que comprendan las perspectivas de los medicamentos y las razones por las que quieren o no quieren tomarlos:[65]

así se podrán reducir los factores de riesgo que pueden ocasionar serios problemas en la salud, en especial en pacientes con HTA. La adherencia incluye: el cumplimiento de los tratamientos farmacológicos, así como el seguimiento de las recomendaciones en los cambios del estilo de vida.

La no adherencia es reconocida como uno de los factores involucrados en el control no satisfactorio de la presión arterial; se ha determinado que la adherencia se favorece, en tanto, el personal de salud y el paciente asumen una participación activa en el diseño de un planteamiento y tratamiento; esto se logra mediante enseñanzas claras para el entendimiento del paciente, darse el tiempo necesario para la exposición y las recomendaciones; algunos estudios han demostrado que el 50 a 70% de las dosis recomendadas de medicamentos antihipertensivos son seguidas por el paciente y que el 50% de los pacientes en tratamiento interrumpen durante el primer año. (De, Henríquez, Koch, & Romero, 2014)

=====6/37=====

6

Se ha relacionado la no adherencia con el fallo terapéutico, acarreando serios problemas en la calidad de vida, gastos para el sistema de salud y el que no se consiga un adecuado resultado, pudiéndose valorar o cuantificar el grado de adherencia utilizando escalas que son aplicadas a los pacientes crónicos siendo muy fiables y permitiendo al personal de salud tomar decisiones y acciones en pro para mejorar la salud de los pacientes.(Rodríguez Chamorro, García-Jiménez, Amariles, Rodríguez Chamorro, & José Faus, 2008)

El apoyo social constituye uno de los factores protectores más investigados en la actualidad se ha considerado como una variable de gran relevancia en los procesos de salud/enfermedad, hace referencia a la confianza que tienen los individuos en el apoyo social disponible con resultados positivos al permitir aumentar la resistencia de las personas ante las transiciones de la vida, los estresores diarios, las crisis personales y en el momento de adaptación o ajuste a las enfermedades, sobre todo, las de carácter crónico. Múltiples son los estudios epidemiológicos que demostraron la relación existente entre el apoyo social y el

estado de salud individual y colectiva: a mayor apoyo social, existe una mejoría de la salud, tanto física como psíquica.

Con seguridad, el apoyo social de la familia puede ayudar a los pacientes a tomar sus medicamentos correctamente; la supervisión basada en los miembros de la familia puede tener efectos positivos sobre la adherencia de los pacientes, la satisfacción y el apoyo familiar son variables de relevancia en el momento de hacer una evaluación global de un sujeto, si

=====7/37=====

7

estas, se encuentran bien desarrolladas probablemente su estándar de vida será mejor y

contribuirá a una buena adherencia farmacológica. (Shen et al., 2016).

El apoyo social es un proceso interactivo mediante el cual el individuo obtiene ayuda

emocional, instrumental o económica de la red social en la que se encuentra inmerso; en

cuanto a la adherencia al tratamiento, en un meta-análisis de apoyo social y adherencia

terapéutica se determinó que la estructura social no se vinculó significativamente con la

adherencia global; mientras el apoyo fue significativa y positivamente relacionado con la

adherencia global; es decir, el apoyo social funcional, pero no el apoyo estructural fue el que

se asoció con la adherencia en pacientes hipertensos. (Linkout, 2015)

Dentro de la valoración integral al paciente con hipertensión arterial y considerando que la adherencia terapéutica está condicionada por la interacción de múltiples factores, nos

hemos propuesto la realización del presente trabajo investigativo con el objetivo de “Establecer si existe relación entre el apoyo social y familiar –medido por el cuestionario de

apoyo social y familiar (M.O.S)- y el nivel de adherencia terapéutica - medido por el test de

Morinsky Green y Batalla- en los pacientes hipertensos que acuden al Centro de Salud

“Augusto Egas”.

1.2. JUSTIFICACIÓN

La literatura científica ha demostrado que la Hipertensión Arterial es un problema de

salud pública por su alta incidencia y prevalencia a nivel mundial, identificada como un

mayor factor de riesgo de morbilidad cardiovascular, contribuyendo a las patologías de

=====8/37=====

8

cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, la mortalidad y discapacidad

prematuras. Las condiciones socioeconómicas actuales de inequidad, falta de acceso a salud y mala distribución de recursos sanitarios, impulsó a que, en el año 2011, la OMS adopte una declaración política para hacer frente al impacto de estas enfermedades donde se plantea a la adherencia terapéutica como un eje determinante a ser tomado en cuenta y que no solo comprende la medicación, sino que incluye varios otros factores como: red de apoyo social, la propia percepción del paciente hacia su enfermedad, aspectos económicos, demográficos, sistema de salud que provee la medicación y equipo de salud para satisfacer las demandas del paciente en el aspecto biopsicosocial. Hay que considerar que el apoyo social y familiar es un factor muy importante ya que puede influenciar, tanto positiva como negativamente en la conducta de adherencia de los pacientes, numerosos estudios demuestran el impacto que ocasiona el apoyo social sobre los procesos salud enfermedad especialmente en personas vulnerables; por lo que la presente investigación determinara si el apoyo social-familiar constituye un factor protector para una buena adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos que acuden al control en el Centro de Salud Augusto Egas Distrito 23 D01. Los datos que surjan será información útil para abordar integralmente a los pacientes con hipertensión arterial, no solo como sujetos biológicos, sino en su dimensión integral biopsicosocial lo que nos ayudaría a establecer estrategias multidisciplinarias integrales de intervención en los casos requeridos, cumpliendo los preceptos de la medicina familiar.

=====9/37=====

9

CAPÍTULO II. REVISIÓN BILIOGRÁFICA

2.1. ADHERENCIA TERAPEUTICA

Algunos autores (Epstein & Cluss, 1982, pág. 950) definen a la adherencia como: “La coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos de salud y prescripciones que ha recibido”. Sin embargo, algunas otras definiciones consideran a la adherencia no sólo en cuanto al cumplimiento farmacológico, sino que implica poner atención en algunos factores como el acudir a citas médicas, la búsqueda de cuidados y acoplamiento a un estilo de vida saludable, evitar comportamientos de riesgo, la aceptación

por parte del paciente de formar parte activa con inclusión y participación del plan de tratamiento, sumado al trabajo del médico mediante una relación empática donde el prescribir implique explicar, indicar, enseñar, adecuar, acompañar y controlar. (Rubinstein & Terrasa, 2006).

Según (Conthe et al., 2014) la adherencia terapéutica se define como “la medida en la que el paciente asume las normas o consejos dados por el profesional sanitario, tanto desde el punto de vista de hábitos o estilo de vida saludables recomendados, como los del tratamiento farmacológico prescrito”.

La Organización Mundial de Salud (OMS) reconoce la falta de adherencia terapéutica como un problema de salud pública prioritario, es así que en los países desarrollados la adherencia no alcanza el 50% de los tratamientos prescritos en pacientes con enfermedades crónicas y es mucho menor en los países en desarrollo (De Geest & Sabaté, 2003), “la

=====10/37=====

10

adherencia deficiente al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de alarmante magnitud”. (OMS, OMS, 2004)

La adherencia deficiente está relacionada con múltiples consecuencias como: incremento en tasas de hospitalización, incremento de gastos sanitario con costos económicos para el estado en cuanto a pérdidas de productividad, costos de rehabilitación y pensiones de invalidez, fallos terapéuticos que conllevan resultados negativos en la salud del paciente ya que se prolonga la terapia e inclusive puede llevar a la muerte y desengaño en el trabajo médico.

En las enfermedades crónicas, el paciente y su familia son miembros claves, quienes deben estar preparados, instruidos y motivados con el desarrollo de suficientes habilidades para el automanejo de la enfermedad esto ayuda al paciente y familia en la adherencia al tratamiento disminuyendo las complicaciones, síntomas y problemas crónicos asociados e incapacidades. (Lagos méndez & Flores rodríguez, 2014).

La familia fortalece el mantenimiento del régimen médico, apoya en la búsqueda de estrategias y recursos materiales que facilitan el cumplimiento y asume una parte de la responsabilidad en este proceso; también contribuye para que el paciente mantenga el

régimen terapéutico y vuelva a la vida normal. Por tanto, el apoyo familiar y los vínculos que se establecen en esta red pueden contribuir tanto a incrementar como a disminuir la ejecución de salud y terapéuticas; cuando estas incluyen cambios en los estilos de vida, el apoyo de otros puede ser necesario como refuerzo para iniciar y mantener los cambios. (González

=====11/37=====

11

Alfonso, González Alfonso, Vásquez González, González Alfonso, & Gómez Pacheco, 2004)

El incumplimiento es la principal causa que impide obtener los beneficios que los medicamentos pueden brindar a los pacientes; por consiguiente, la falta de adherencia terapéutica se debe considerar como un indicador que mide la magnitud con la que el paciente sigue o no las instrucciones médicas, lo que implica la falta de aceptación en el diagnóstico que incide en el pronóstico el cual empeorará si el seguimiento de las instrucciones es

negativo. (González Alfonso et al., 2004)

Los adelantos médicos de las últimas décadas sobre diagnósticos y terapias no resuelven los problemas relacionados con adherencia, ya que la misma está condicionada por múltiples factores, que se incluyen dentro de la autonomía, autodeterminación, percepción, conocimiento, preocupación de la enfermedad, siendo el paciente quien decide la toma de la medicación. Esta decisión se considera un comportamiento complejo, por lo que se recomienda a los profesionales de la salud considerar posibles condicionantes de este comportamiento, para tratarlos con los pacientes de forma individualizada.

2.1.1. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA

La adherencia terapéutica es un proceso multidimensional complejo, necesita de la interacción de factores que luego de varias revisiones bibliográficas se ha podido establecer

en cinco grupos. (Morales, 2015).

=====12/37=====

12

2.1.1.1. Factores socio-económicos

Los escasos recursos económicos, el analfabetismo, la falta de instrucción, el trabajo informal o la falta de trabajo, la falta de redes de apoyo social y familiar, la difícil accesibilidad para atención, las malas relaciones familiares y situaciones culturales.

2.1.1.2. Factores relacionados al tratamiento

Confianza en el tratamiento suministrado, cambios bruscos en el estilo de vida (régimen dietéticos saludables), reacciones farmacológicas indeseables.

2.1.1.3. Factores relacionados con el paciente

Las percepciones, expectativas del paciente, las creencias, actitudes relacionadas con

el tratamiento y sus resultados, información recibida y conocimiento de la enfermedad,

aspectos culturales, baja motivación para la adherencia al tratamiento. La presencia de

enfermedad que afecten el aspecto cognitivo siquiátricas y neuro-degenerativas.

2.1.1.4. Factores relacionados con el equipo asistencia

Mala relación médico paciente por falta de establecer empatía y confianza recíproca.

Falta de competencias en el tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles,

inadecuado seguimiento y continuidad en el tratamiento, inaccesibilidad hacia medios

diagnósticos y fármacos. Escaso tiempo determinado para la consulta, educación en salud

deficiente, inadecuada formación en sobre adherencia y en intervención para mejorarla.

=====13/37=====

13

2.1.1.5. Factores relacionados con la enfermedad

Evolución natural de la enfermedad, sintomatología de la enfermedad, deserción terapéutica.

2.1.2. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE ADHERENCIA UTILIZADOS EN LA PRACTICA CLÍNICA

Un aspecto importante para lograr el control de la enfermedad es la adherencia terapéutica, medir la misma mediante instrumentos que denotan comportamientos específicos ayuda a identificar la participación de los pacientes y los factores que posibilitan

u obstaculizan su adherencia terapéutica, incluyendo la intervención de los profesionales de la salud.

“El cumplimiento se puede valorar de forma cualitativa o de forma cuantitativa” (García-Pérez et al., 2000). Cuantificar un grado de adherencia resulta difícil por el gran

número de factores que están relacionados para nominar a un paciente de adherente y no

adherente, que no podría corresponder a lo real por las diferentes circunstancias personales

y particulares inherentes con la terapéutica y otros factores que pueden ser temporales y

modificables. No existe un método único que se considere de referencia para medir la

adherencia, sin embargo, algunas metodologías utilizadas pueden ser directas e indirectas.

Los métodos directos cuantifican el medicamento, algún metabolito o un marcador en algunos de los fluidos orgánicos del enfermo, lo que indica si el paciente lo está tomando

o no (monitorización de concentraciones plasmáticas). Estos son métodos muy específicos y

=====14/37=====

14

objetivos, pero no accesibles por ser costosos y por estar fuera del alcance de atención

primaria. (Garcia-Perez et al., 2000).

Los métodos indirectos son accesibles, sencillos y económicos; pueden ser no objetivos debido a que la información es obtenida de enfermos, familiares o personal de

salud, con la tendencia a sobreestimar el cumplimiento, entre los cuales se puede mencionar:

valoración del personal médico, la asistencia a citas previas, valoración de la eficacia

terapéutica alcanzada y de efectos secundarios, recuento de comprimidos, monitores

electrónicos de medicación (MENS), métodos de cumplimiento auto comunicado y conocimiento de la enfermedad por parte del paciente y test o cuestionarios.

(Garcia-Perez et al., 2000).

Como lo cita (Conthe et al., 2014), podemos mencionar alguno de los test más utilizados en la medición de adherencia:

Test de cumplimiento autocomunicado o test de Haynes-Sackett, se basa en preguntar al enfermo sobre su nivel de cumplimiento del tratamiento. Consta de dos

partes. En la primera, se debe evitar interrogación directa sobre la toma de medicación, se creará un ambiente adecuado de diálogo y comentar al paciente la dificultad

de los enfermos para tomar la medicación mediante la siguiente frase: "la mayoría de

pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos"; posteriormente, en la segunda

parte del test se realiza la siguiente pregunta ¿tiene usted dificultades en tomar los suyos?

La respuesta afirmativa indica si el paciente es incumplidor.

=====15/37=====

15

Test de la comprobación fingida o "bogus pipeline" Se le solicita al paciente una muestra de orina diciendo que la finalidad es comprobar los niveles de medicación.

Si el

paciente manifiesta dificultades para su realización y refiere no tomar la medicación es un

paciente incumplidor.

Test de Prochaska-Diclemente, mediante este test se consideran incumplidores los pacientes en las fases de pre-contemplación, contemplación y preparación y cumplidores

quienes se encuentran en las fases de acción y mantenimiento.

¿Toma la medicación para tratar su enfermedad?.

Test de Hermes, valorado a través de las siguientes preguntas:

1. ¿Puede decirme usted el nombre del medicamento que toma para la HTA?

(Sí/No).

2. ¿Cuántos comprimidos de este medicamento debe tomar cada día? (Sabe/No sabe).

3. ¿Ha olvidado alguna vez tomar los medicamentos? (Nunca/A veces/Muchas

veces/Siempre).

4. En las últimas semanas, ¿cuántos comprimidos no ha tomado? (0-1/2 o más).

5. Toma la medicación a la hora indicada? (Sí/No).

6. ¿Ha dejado en alguna ocasión de tomar la medicación porque se encontraba peor

tomándola? (No/Sí).

7. Cuando se encuentra bien, ¿se olvida de tomar la medicación? (No/Sí).

=====16/37=====

16

8. Cuando se encuentra mal, ¿se olvida de tomar la medicación? (No/Sí).

Son cuestiones valorables los números 1, 3, 4 y 8. Serán cumplidores los pacientes que sumen 3 o 4 puntos.

Test de Herrera Carranza, compuesto de cuatro preguntas:

1 ¿Sabe para qué su médico le ha prescrito tal(es) medicamento(s)?

2 ¿Me gustaría conocer cómo se siente después de terminar por completo su tratamiento?

3 ¿Sabe cómo tiene que tomar su medicación?

4 ¿Ha puesto en conocimiento de su médico la terminación del tratamiento?.

Test de Morisky-Green, diseñado inicialmente para valorar hipertensión arterial, luego ha sido validado y utilizado para otras enfermedades crónicas; valora el cumplimiento

de la medicación. Con una sensibilidad del 32%, especificidad del 94%. Se valora a través

de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no.

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?

2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?

4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?.

El paciente es considerado como cumplidor si responde de forma correcta a las cuatro

preguntas, es decir, No/Sí/No/No. Existe una variante para permitir que la respuesta correcta

=====17/37=====

17

sea «no», y de esta forma se consigue que para ser cumplidor haya que responder a las cuatro

preguntas No/No/No/ No. Esta pregunta es: ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas

indicadas?

Test de Batalla, es uno de los más habituales por su buena sensibilidad del 85% y especificidad del 94%, se valora el grado de conocimiento que el paciente tiene de su

enfermedad, mediante preguntas sencillas, siendo paciente incumplidor al que falla alguna

de las siguientes respuestas:

1. ¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?

2. ¿Se puede controlar con dieta y medicación?

3. Cite 2 o más órganos que pueden dañarse por tener la presión arterial elevada. Preguntas pueden modificarse para aplicarse a otras enfermedades crónicas.

Ninguno de los métodos indirectos mencionados alcanzó las condiciones de

aceptabilidad (sensibilidad y especificidad mayor 80%) citado por (García , y otros, 2000), por lo que, se sugiere utilizar uno de alta sensibilidad y otro de alta especificidad. La técnica que más se maneja para evaluar la adherencia es preguntar al paciente mediante test, siendo uno de los más utilizados el de Morisky-Green mencionado en varios estudios (Ingaramo, Vita, & Bendersky, 2005), éste test está validado para enfermedades crónicas como HTA, SIDA, tuberculosis, diabetes y dislipidemias, cuya tasación lo realiza en forma cualitativa.

=====18/37=====

18

Para términos de la presente investigación y con el objetivo de obtener un conocimiento de cumplimiento lo más exacto y cercano a la realidad se sugiere la combinación de dos test validados en diferentes enfermedades, el de Morisky-Green y el de Batalla, por la alta especificidad y alto valor predictivo positivo del primero y la buena sensibilidad del segundo.

2.1.3. SITUACIÓN ACTUAL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LATINOAMÉRICA Y EL ECUADOR.

Según la OMS, las enfermedades no transmisibles como es la hipertensión arterial es

una de alta prevalencia, provocan el 80% de las defunciones en países en vías de desarrollo

como el nuestro, durante las primeras etapas la hipertensión arterial es asintomática u origina

pocas manifestaciones clínicas por lo que en muchos casos no hay diagnóstico oportuno o

existe abandono terapéutico. A pesar de la disponibilidad de medicamentos para regularizar

la presión arterial, la implementación de planes para promover estilos de vida saludable sigue

siendo un problema importante de salud pública en estos países.

La hipertensión arterial, siendo uno de los factores principal de riesgo cardiovascular,

es prevenible o puede ser controlada a través de intervenciones preventivas como la

disminución del consumo de sal, dieta rica en frutas y verduras, el ejercicio físico y el

mantener un peso corporal saludable. En América Latina uno de cada tres adultos padece de

hipertensión arterial; se reportan 1.6 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares

=====19/37=====

19

en la región de las Américas, de los cuales alrededor de medio millón son personas menores

de 70 años, lo que se considera una muerte prematura y evitable. Entre el 20-40% de la

población adulta de la región sufre de hipertensión y en las Américas alrededor de 250

millones de personas son hipertensas.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que solo una de cada cinco

personas que la padecen logra mantener una presión arterial por debajo del mínimo aceptado.

(OMS, Hipertensión, 2016).

La hipertensión arterial afecta a individuos mayores de 45 años y el riesgo de padecerla se incrementa con la edad, en mujeres mayores de 50 años la incidencia supera a

la de los hombres. En el año 2008 la prevalencia para la población mayor a 15 años en

Colombia fue 12,6 % y las barreras para la prevención son el desconocimiento de los factores

de riesgo y el que en etapas iniciales la HTA es asintomática. Se han determinado medidas

de cuidado, tales como: asistencia a controles, medidas farmacológicas y cambios en el estilo

de vida, cuya omisión llevaría a mayor riesgo de complicaciones. (Barón, Soto, & Tobo M,

2011).

En el Ecuador mediante la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-ECU

2012-2014) se estableció que dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles, el sobrepeso y la obesidad compromete a todos los grupos de edad, alcanzando niveles de una verdadera epidemia, incrementando el número de enfermedades

crónicas no transmisibles. A ello se agregan, la reducción de la actividad física, así como el

=====20/37=====

20

incremento del consumo de alimentos procesados y ultra procesados, en el 2012 la prevalencia de hipertensión arterial en la población de 18 a 59 años fue de 9,3%, siendo de

7,5% en las mujeres y 11,2% en los hombres. La pre-hipertensión arterial tiene una prevalencia de 37,2%, con valores de 27,1% en las mujeres y 48,0% en los hombres.

Según el Anuario de Nacimientos y Defunciones – INEC (Gonzalez, 2012), las enfermedades hipertensivas en el Ecuador, fueron la segunda causa de muerte en el 2011.

Según los datos de esta misma fuente, las tasas de morbilidad de las enfermedades

hipertensivas entre el 2007 y 2011 en la población del Ecuador no presentan aumentos

significativos, al pasar de 6,20% a 6,83%, por otra parte, las tasas de morbilidad de esta

dolencia en el periodo 2007 y 2011, también se refleja en el grupo de trastornos hipertensivos

provocados por el embarazo, el parto y el puerperio, al pasar de 5,08% a 6,52%.

El análisis por grupos etarios, los más vulnerables a sufrir hipertensión arterial son

los adultos mayores, que representan el 52,39%. Sin embargo, el grupo de 36 a 64 años

muestra una proporción considerable con el 40,63% de los casos registrados.

En la información territorial las provincias que muestran mayor porcentaje de casos de las enfermedades hipertensivas son Guayas 17,02%, Pichincha 13,74% y Manabí 14,12%.

(Gonzalez, 2012).

La Hipertensión Arterial es un problema de salud pública por su alta incidencia y prevalencia a nivel mundial y local, identificada como uno de los principales factores de

=====21/37=====

21

riesgo de morbimortalidad cardiovascular, ya que según la OMS 38 millones de personas

mueren cada año. La prevalencia en adultos de 18 años o más se situó durante el 2014 en

alrededor de un 22%, contribuyendo a la carga de cardiopatías, accidentes cerebrovasculares

e insuficiencia renal y a la mortalidad o discapacidad prematuras.

2.2. APOYO SOCIAL Y FAMILIAR

Desde la década del setenta, se inicia el estudio del apoyo social y su influencia en los resultados de la salud en la población general. La teoría que lo sustenta es que el apoyo

social influye directamente en el estado de salud y sirve como un amortiguador en el efecto

de la tensión emocional y física en la salud de los individuos.

2.2.1. CONCEPTO

El apoyo social ha sido estudiado por diversos autores, debido a la importancia que

éste tiene en la intervención de los procesos de bienestar y protección, según lo citado por

(Rigotto, Cardoso, Javier, & Rueda, 2012) se define al apoyo social “como la existencia o

disponibilidad de personas en quienes se puede confiar, personas que se muestran preocupadas con el individuo, que lo valoran y le demuestran aprecio” (pág. 3), el apoyo

social por si solo es relevante, afecta positivamente el bienestar psicológico y la familia,

constituye un pilar importante en la sociedad, donde se aprende a relacionarse con las demás

personas, a reaccionar ante los problemas, a respetar la escala de valores, es así que el apoyo

social como el familiar se presentan como reguladores de sucesos o pérdidas importantes.

=====22/37=====

22

Fachado define el apoyo social como el hecho de que las necesidades básicas de una

persona, como el afecto y seguridad, son satisfechas en las interacciones con los demás,

entendiéndose que el apoyo social es vital para la adaptación de las personas con

enfermedades crónicas para el restablecimiento de su salud. Se valoran diferentes aspectos como redes sociales, nexos familiares, estado civil, tanto el soporte social como el familiar se presentan como conciliadores de los acontecimientos funestos o pérdidas significativas.

(Fachado, Rodríguez, & Castro, 2013).

El apoyo social sostiene al individuo desde su núcleo más cercano, que es la familia, aunque también existe vínculos externos, como los amigos y la comunidad; estos procesos psicosociales influyen en el proceso salud-enfermedad de los personas y forman parte de una malla compleja de condicionantes. (Silva et al., 2016).

El apoyo social es reconocido como un factor determinante en la salud de los individuos, que presentan efectos protectores directos sobre la salud y el bienestar de las personas, cuya importancia se mueve desde la familia hacia los pares y amigos, cuando estos dos principios tienen enfoques contrapuestos, se puede originar desequilibrio en las apreciaciones de apoyo y en su influencia en la salud de los pacientes con enfermedades.

(Mosqueda, Mendoza, Aravena, Barriga, & A, 2015).

Se considera al sistema familiar como la primera red de apoyo, son los principales cuidadores y serán los comprometidos con el cumplimiento de los tratamientos; siendo la familia el principal fundamento para la adherencia, cuyo tratamiento puede fallar sin un

=====23/37=====

23

adecuado apoyo familiar. Ante el alejamiento de familia, se debe garantizar el buen control a través del sistema de salud para avalar la facilidad y la vigilancia del tratamiento a través del equipo de salud o de redes serias de cuidado. (Del Duca, Gallegos, Da, & Trenchi, 2013).

El apoyo social y familiar se asoció positivamente con la adherencia a la medicación y la medición regular de la presión arterial, las estrategias para mejorar el apoyo social y familiar deben incrementarse para el control de la hipertensión arterial; sin embargo, se necesitan más estudios para comprender los efectos del apoyo social y familiar, en el comportamiento de autocuidado en el buen control de la enfermedad. El núcleo familiar es considerado el entorno más cercano e importante en la vida de una persona y, en conjunto con la satisfacción en el trabajo, son dominios que contribuyen significativamente al bienestar de un individuo. (Hh, Li, & Arao, 2015)

Los pacientes con familias funcionales tienen mejores niveles de salud, por los

recursos emocionales y materiales que obtienen de ella. En el seno familiar se establecen reglas sociales y se desarrollan los diferentes roles que el individuo necesita para su evolución personal; por lo tanto, la familia es considerada como la unidad básica de la sociedad y diversos estudios indican que el apoyo social en las familias de los pacientes juega un rol muy significativo en el manejo de enfermedades crónicas.(Fachado et al., 2013) El apoyo social cumple un rol muy importante en los diferentes puntos de la cadena causal; la cual presenta cuatro categorías: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivas. Son recursos materiales el dinero, los alimentos o la ropa; el apoyo instrumental

=====24/37=====

24

son las “ayudas”; los apoyos emocionales incluyen el afecto, la empatía, la preocupación por los demás; y los cognitivos corresponden a la transmisión de información y de consejos que se traducen en bienestar para las personas. Por lo general, los hombres han tenido mayor apoyo social debido a su integración laboral y las mujeres, en cambio, tradicionalmente han recibido más sostén a nivel familiar y comunitario.(Luisa & Fuentes, 2014). Es muy importante que las personas tengan conocimientos sobre su enfermedad y las complicaciones asociadas, ya que la mayoría de ellos las desconocen, especialmente en las etapas iniciales de la enfermedad, siendo imprescindible la aplicación de programas de educación sanitaria en todos los niveles de atención de salud, teniendo en consideración que la educación sanitaria constituye una base para una buena adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas, enfocadas a la población en riesgo y cuyo objetivo es disminuir el consumo de alcohol y tabaco, tener una dieta saludable que incluya frutas y verduras, actividad física regular, éste tipo de intervenciones reduce los niveles de presión arterial.(Fachado et al., 2013) Durante la consulta médica, se debe asesorar a los pacientes sobre diferentes temas que les ayuda a mejorar en el tratamiento de su enfermedad, debe ser un esfuerzo conjunto, tanto del médico como de pacientes y familiares, para conseguir mejorar y, con ello, disminuir complicaciones físicas, psicológicas y sociales en el futuro, siendo la educación en grupo mejor que la individual.(Córdoba García, 2003).

=====25/37=====

25

2.2.2. DIMENSIONES DEL APOYO SOCIAL

El apoyo social es una variante principal para que las personas (en este caso pacientes con enfermedades crónicas) puedan determinar sucesos derivados por el estrés, esto es posible por el gran despliegue de recursos emocionales, materiales e informativos que son abastecidos por las redes en las que están inmersas, que contribuyen a la salud de las personas que están enfrentando situaciones estresantes. (Marenco-Escuderos & Ávila-Toscano, 2016)

El apoyo social comprende dos dimensiones o tipos: apoyo cuantitativo o estructural

y apoyo funcional o cualitativo.

2.2.2.1. Apoyo cuantitativo o estructural

Llamado también red social, consiste en un número de personas a las que puede recurrir el individuo para buscar ayuda en la solución de los conflictos planteados; entre estos podemos mencionar amigos o pertenencia al grupo de pares y la interacción con dichas redes.

2.2.2.2. Apoyo funcional o cualitativo

Es subjetivo, se refiere a las percepciones, es decir, donde el individuo va creer que lo cuidan, que es amado, estimado y valorado, que pertenece a una red de comunicaciones y obligaciones mutuas.

Según la propuesta realizada por el Medical Outcomes Study (MOS) el apoyo social

se puede dividir en:

=====26/37=====

26

Apoyo emocional

Es el más trascendente, está relacionado con el cariño y empatía, por ende, el apoyo emocional son fuerzas interiores que todos posemos, son tan poderosas que en ciertas ocasiones no se pueda controlar, pero funciona como una alarma; por lo tanto, es importante el apoyo emocional, cuya finalidad es tomar las decisiones que sean más tolerables para tu salud física y psicológica, vas a estar con alguien que te ayude a entender tus emociones, para componer tu vida frente a la enfermedad, a través de tu conocimiento interior, para afrontar mejor la situación, tener mayor control, no es fácil, pero lo alcanzarás. (Alonso MA, Álvarez J, Arroyo J, Ávila L, Aylón R, Gangoso A, Martínez H, Mateo C, Morera T, Pérez A, Rodríguez C, Saiz LC, Sevillano ML, 2006)

=====27/37=====

27

Ayuda instrumental o material

Es cuando se ofrecen las herramientas o materiales directamente a la persona en el momento que lo requiere. Por consiguiente, todo acto estrictamente instrumental tiene

también secuelas psicológicas, es decir, la ayuda en el trabajo puede dar origen a información

y valoración, y no siempre es positiva.

Apoyo de interacción social positiva

Es la interacción social se atañe con el pasar del tiempo con los otros y el poder distraerse, divertirse, etc.

Apoyo afectivo

Son las palabras de afecto y amor que les son entregadas a las personas por parte de

su grupo más cercano.

2.2.3. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE APOYO SOCIAL

Existen diversos instrumentos que estiman el apoyo social, siendo importante en la medida de los diferentes problemas de salud y psicológicos; en los últimas décadas, en los

países vías de desarrollo, el apoyo social muestra un progreso significativo, tanto en el campo

aplicado como en el teórico y metodológico; el apoyo social es un proceso de intercambio en

donde se logra ayuda emocional, ayuda material o instrumental, apoyo de interacción social

positiva, apoyo afectivo, teniendo un efecto protector sobre la salud y disminuye el estrés

que genera una enfermedad.(Narciso & Quiroz, 2015)

=====28/37=====

28

Por ejemplo, el de los autores (Sarason et al., 1983) quienes desarrollaron un cuestionario para cuantificar el apoyo social percibido y la satisfacción con dicho apoyo,

aspectos que deben ser estudiados por separado, con una confiabilidad adecuada, correlaciona con medidas de personalidad, bienestar, autoestima, ansiedad, depresión y hostilidad.

Por su parte, Nava, Reyes Lagunes y Vega (2001) desarrollaron la escala de Calidad

de Red Social, conformada por tres factores: familia, amigos y otros; evaluados en términos

de confianza, ayuda y respeto mutuo.(Cárdenas, Loving, & Lagunes, 2011).

La elección, sería en lo que proporciona realmente el instrumento y su grado de validez y fiabilidad. Uno de los instrumentos de que se dispone en la práctica es el cuestionario de apoyo social M.O.S. (Medical Outcome Study); se trata de un cuestionario

breve, permitiendo indagar sobre los aspectos cuantitativos como los cualitativos de la

población atendida. Además, se pretende conocer si los pacientes con patologías crónicas en

este caso la hipertensión arterial, presentan apoyo social distinto al resto de la población en estudio, y dentro de cada patología, que variables intervienen en los diferentes niveles de apoyo social.(Londoño Arredondo et al., 2012)
 En el contexto de la atención primaria, la utilidad que brindan los instrumentos que evalúan el apoyo social y familiar tiene gran importancia, ya que ayudan y apoyan al médico de familia a cumplir con una de sus funciones sustanciales: el estudio de la unidad familiar.

=====29/37=====

29

El cuestionario de M.O.S, permite evaluar el tamaño de la red social, el apoyo global

en sus cuatro dimensiones: ... afectiva, interacción social positiva, instrumental e informacional;

validado en Colombia y Argentina con un alfacronbach de 0.97 y un índice global: máximo

apoyo social es de 95, valor medio de 57 y mínimo de 19.[59] Su uso permite descubrir

situaciones de riesgo elevado para poder intervenir sobre las personas y entornos sociales.

La primera investigación de validación de la escala de M.O.S fue realizada en España

por Costa y Gil (2007) en personas con cáncer; cuya muestra estuvo conformada por 400

pacientes ambulatorios en cuyo estudio se realizó el análisis unifactorial donde se concluyó

que cuanto mayor es el tamaño de la red social, mayor es la percepción de apoyo social que

se recibe y los hombres tenían la percepción de recibir más apoyo instrumental y emocional/informacional que las mujeres. ... (Londoño Arredondo et al., 2012)

Un segundo estudio fue en Argentina por Rodríguez y Enrique (2007), quienes validaron el instrumento con 375 participantes donde se concluyó que el cuestionario MOS

era una herramienta válida y confiable para poseer una visión del apoyo social y que tenía

aplicabilidad para descubrir condiciones de riesgos.(Londoño Arredondo et al., 2012)

El cuestionario de apoyo social M. ...O.S. consta de 20 ítems; salvo el primero, los restantes se miden con una escala de Likert con cinco opciones de respuesta que van desde 1

(nunca) hasta 5 (siempre), siendo un método de escala que mide tanto el grado positivo como

neutral y negativo de cada enunciado, puntuando de 1 a 5. La primera pregunta informa sobre

el tamaño de la red social.[59] ... Los 19 ítems restantes recogen valores referidos a cuatro

=====30/37=====

30

dimensiones del apoyo social funcional: apoyo emocional se refiere al número de personas que conforma la red de apoyo social entre amigos y familiares (preguntas 3, 4, 8,9, 13, 16, 17 y 19), apoyo instrumental se caracteriza por el material de apoyo (preguntas 2, 5, 12 y 15), interacción social positiva que consiste la presencia de individuos para realizar cosas divertidas (preguntas 7, 11, 14 y 18) y apoyo afectivo que consiste en las palabras de amor y afecto (preguntas 6, 10 y 20) (De la Revilla Ahumada, L, Luna del Castillo, J, Bailón Muñoz, E, Medina Moruno, 2005). ...

2.3. ADHERENCIA Y CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL

La Hipertensión Arterial, es uno de los problemas de salud prevalentes considerada como una de las principales causas de morbilidad en los países industrializados y en vías de desarrollo, siendo su prevalencia de un 26%, siendo un factor de riesgo de daño vascular, junto con otros, tales como: las dislipidemias, la obesidad, el tabaquismo y el sedentarismo. El control de la presión arterial suele ser deficiente, lo cual abona un mayor riesgo de eventos cardiovasculares, con un porcentaje de incidencia mayor en pacientes diabéticos y de edad avanzada. (Castaño-Castrillón et al., 2012). Durante las primeras etapas de la hipertensión arterial se producen pocas manifestaciones clínicas y, en muchos casos, no se diagnostica a tiempo; la HTA se presenta en uno de cada tres adultos. A pesar de la disponibilidad de medicamentos para regularizar la presión arterial, de la implementación de planes para estilos de vida saludables, entre ellos dieta, ejercicios y control de peso, la hipertensión sigue siendo un problema importante de salud pública.(OMS, 2013).

=====31/37=====

31

Siendo la HTA una enfermedad crónica, debe ser controlada cumpliendo los parámetros establecidas según JNC8, que se resumen en los siguientes:

- En adultos de más de 60 años con presión arterial sistólica mayor de 150 mmHg o la diastólica mayor de 90 mmHg, se recomienda tratamiento farmacológico.
- En la población menor de 60 años, se recomienda reducir la presión arterial diastólica por debajo de 90 mmHg., y la presión arterial sistólica por debajo de 140 mmHg, con tratamiento farmacológico.
- Para pacientes con enfermedad renal crónica y diabetes mellitus mayores de 18 años, el objetivo de presión arterial es menor de 140/90 mmHg.
- Si en el plazo de un mes no se alcanzan objetivos, se recomienda aumentar la dosis del fármaco utilizado o añadir uno nuevo (esta última opción hay que valorarla si las cifras de TA al inicio son mayores de 160/100 mmHg). Por último, de no alcanzar los objetivos si se añaden un total de 3 fármacos, la recomendación

es derivar a una unidad especializada en hipertensión arterial. El paciente y su familia son miembros claves, quienes deben estar preparados, instruidos y motivados con el desarrollo de suficientes habilidades para el automanejo de la enfermedad esto ayuda al paciente y familia adherirse al tratamiento disminuyendo las complicaciones, síntomas y problemas crónicos asociados a incapacidades. (Lagos Méndez & Flores Rodríguez, 2014).

=====32/37=====

32

La familia fortalece el mantenimiento del régimen médico, apoya en la búsqueda de estrategias y recursos materiales que facilitan el cumplimiento y, a veces, asume una parte de la responsabilidad en este proceso; también contribuye a fortalecer al paciente para mantener el régimen y volver a la vida normal. Por tanto, el apoyo familiar y los vínculos que se establecen en esta red puede contribuir tanto a incrementar como a disminuir la ejecución de salud y terapéuticas, cuando estas incluyen cambios en los estilos de vida, el apoyo de otros puede ser necesario como refuerzo para iniciar y mantener los cambios.

(González Alfonso et al., 2004).

=====33/37=====

33

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. PROBLEMA

Investigadores identifican entre los condicionantes de la adherencia terapéutica al factor apoyo social. *Esta variable psicosocial ha sido afrontada como factor de notable impacto en la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas, en la vulnerabilidad al estrés, el ajuste y aceptación de la enfermedad y otros aspectos del proceso salud/enfermedad.*

... (Vilató, Martín Alfonso, & Pérez Nariño, 2015).

Diversos estudios constatan la relación existente entre un menor apoyo social y un aumento de la mortalidad global, especialmente en personas vulnerables; en estudios

realizados en Latinoamérica no concluye que el apoyo social y familiar influya positivamente

en la adherencia terapéutica. Es así que considerando que en nuestro país y menos aún en

Santo Domingo de los Tsáchilas no se han realizado trabajos relacionados, y por consiguiente

no se dispone de esa valiosa información, nos hemos propuesto el desarrollo de esta

investigación mediante el objetivo de: Establecer si existe relación entre el apoyo social y

familiar –medido por el cuestionario de apoyo social y familiar (M.O.S)- y el nivel de

adherencia terapéutica - medido por el test de Morinsky Green y Batalla- en los pacientes

hipertensos que acuden al centro de salud "Augusto Egas".

3.2. DISCUSIÓN

Una vez realizada la investigación sobre la muestra de pacientes con diagnóstico de

hipertensión arterial que acuden al área de consulta externa del Centro de Salud Augusto

Egas, se pudo determinar que dentro del apoyo social y familiar, el apoyo global máximo fue

el que presentó un porcentaje alto del 73,8%, hallazgos similares se encontraron en estudios

=====34/37=====

34

realizado en México por Olvera y cols. 2009 con el 63,3%, cifras que se podría considerarse

favorable ya que beneficia a la salud tanto física como psíquica de los pacientes que reciben

este soporte misma que son particularidades de nuestras familias y sociedad latina.

Con respecto a las dimensiones que conforman el MOS (Apoyo Emocional, Apoyo Instrumental, Interacción Social, Apoyo Afectivo) en nuestra investigación los hallazgos

fueron altos para cada dimensión, es de resaltar que, sólo el Apoyo Emocional 73,8% y el

apoyo afectivo 77,9% tuvieron más impacto en la apreciación sobre el soporte en los

pacientes hipertensos, aunque no refleja una asociación estadística significativa entre

adherencia terapéutica y las cuatros dimensiones de apoyo social, es decir, un $\chi^2 > 0,05$,

lo que no se observó con el estudio realizado por Vinaccia y cols. realizado en Medellín,

Colombia en el 2006, el cual demostró que el Apoyo Emocional y la Interacción Social

tuvieron cifras altas y más de la mitad mejor adherencia donde su investigación fue hecha

con poblaciones de estratos socioeconómicos bajos en donde el apoyo emocional percibido

por familiares y vecinos son importantes en períodos de crisis.

En nuestra investigación la adherencia obtenida fue del 39.5%, cantidad que concuerda con la perspectiva de la OMS expuesta en los informes sobre adherencia a los

tratamientos a largo plazo del año 2004, donde se proyectó una adherencia menor al 50%

para países como el nuestro en vías de desarrollo, porcentaje bajo que se reflejaría por

factores multicausales provocando un aumento en morbilidad y mortalidad de población.

A diferencia de un estudio realizado por Paz Arévalo y cols. el año 2016 en la ciudad

de Cuenca sobre pacientes con Hipertensión Arterial los resultados mostrados fueron del

=====35/37=====

35

63,6% de adherencia total, éste contraste porcentual quizá se deba a las mejores condiciones

socioculturales protectoras.

Por otra parte, en una población de hipertensos en la sociedad chilena realizada por

Noack y cols. del año 2014 encontraron una adherencia del 45,9%, diferencia porcentual de

mejor adherencia que podría explicarse por las superiores condiciones de apoyo del equipo asistencial.

En el presente estudio el apoyo social y familiar que obtuvo un porcentaje alto no mostró una

relación estadísticamente significativa ($>0,05$) como factor protector para mejorar la adherencia en los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro Salud

Augusto Egas. El apoyo social y familiar que mostró niveles altos fue el apoyo global

máximo con 73,8%, siendo la no adherencia el cual predominó con 69,2 %, el cual generó

un impacto estadísticamente no significativo, presentándose un factor de riesgo el apoyo

máximo para la falta adherencia. Datos que se relaciona con el estudio realizado por Olvera

y col. en México 2009, donde encontraron una adherencia terapéutica del 73% con un apoyo

social de 63,3%, pero que estadísticamente no fue significativa dado que el valor de p fue de

0,64.

Por consiguiente tomando como referencia nuestros resultados no podemos afirmar que un

mayor apoyo social y familiar sea un factor protector para mejorar la adherencia terapéutica

en pacientes con hipertensión arterial.

=====36/37=====

36

El apoyo social y familiar alto que presentan nuestros pacientes hipertensos es un factor que no incide para tener una adherencia alta lo que podría explicarse que para

conseguir una buena adherencia requiere la interacción de múltiples factores dentro de los

cuales podemos destacar el factor relacionado con la enfermedad ya que al ser la hipertensión

arterial asintomática sumado a la falta de calidad y cantidad de información individualizada

facilitada en la relación médico-paciente no se consigue la adherencia y por consiguiente el

paciente progresa a complicaciones donde si se hace determinante el apoyo social para su supervivencia.

La asociación entre el apoyo global máximo, género y adherencia, teniendo como resultado en nuestro estudio a los hombres siendo un grupo minoritario (26,2 %) fue mejor adherente (41 %) con un apoyo social global máximo, pero estadísticamente no significativa.

Con resultados similares obtenidos en nuestra investigación, encontramos en el estudio realizado por Menéndez y col. en Acuña, España en el 2003 cuyos resultados fueron que el apoyo social fue bajo en la muestra investigada y con predominio en mujeres.

CONCLUSIONES

Se logró establecer que la adherencia de los pacientes estudiados se hallan en rangos considerados a nivel mundial, sin embargo bajos, lo cual indica que debemos continuar con el compromiso para mejorar la adherencia como objetivo en los sistemas de salud, quienes debemos de estar orientados con la finalidad de disminuir la morbilidad, mortalidad y discapacidad, debido a las principales complicaciones asociadas a la hipertensión arterial y a la no la adherencia.

=====37/37=====

37

No se logró determinar si el apoyo familiar influye en la adherencia del paciente hipertenso, pero dicho término puede ser explotado ampliamente para mejorar las condiciones de vida de los pacientes.

La población del estudio estuvo constituida por 195 hipertensos, la media de encontrada fue de 60,4 años, para las de sexo femenino el 73,8% y para sexo masculino con 26,2%, por la heterogeneidad de la muestra y por la múltiples causa es una usuaria más frecuentes de los servicios de salud .

El apoyo social, según el cuestionario de Medical Outcomes Study (MOS), fue 73,8%

hipertensos con apoyo social global máximo y con el 25,6 % de hipertensos tienen apoyo social medio.

La adherencia terapéutica, según el cuestionario de Morisky-Green fue el 39 % de hipertensos adherentes y 60,5 % de hipertensos no adherentes. Nuestro estudio se concluye

que no hubo asociación entre apoyo social y familiar y adherencia

terapéutica.____