



BUAP

**BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION DELEGACIONAL DE INVESTIGACION MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 11**



TITULO:

“ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SU ENFERMEDAD EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL DE LA CONSULTA EXTERNA EN LA UMF N°11”

FEBRERO 2022

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER
EL GRADO DE:**

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DR. ARTURO TIRADO BARRIOS



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL CHIAPAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11
TAPACHULA DE CÓRDOVA Y ORDOÑEZ**



TITULO

**“ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SU
ENFERMEDAD EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION
ARTERIAL DE LA CONSULTA EXTERNA EN LA UMF N°11”**

FEBRERO 2022

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER
EL GRADO DE:**

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.

**PRESENTA:
DR. ARTURO TIRADO BARRIOS**

**DIRECTOR Y ASESOR DE TESIS.
DR. LUDVICK TORRES LÓPEZ.**



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN ESTATAL CHIAPAS
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11
 TAPACHULA DE CORDOVA Y ORDOÑEZ
 TÍTULO:**



**“ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SU
 ENFERMEDAD EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION
 ARTERIAL DE LA CONSULTA EXTERNA EN LA UMF N°11”**

AUTORIZACIONES

[Handwritten signature in blue ink]

**DR. RICARDO RAMOS MARTÍNEZ
 COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL**



[Handwritten signature in blue ink]

**DRA. YUNIS LOURDES RAMÍREZ ALCÁNTARA
 COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD**



[Handwritten signature in blue ink]

**DR. HÉCTOR ARMANDO RINCÓN LEÓN.
 COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.**

[Handwritten signature in blue ink]

**DR. PEDRO SÁNCHEZ AYALA
 COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
 UMF 11**

[Handwritten signature in blue ink]

**DRA. ADRIANA PALACIOS STEMPRESS.
 PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR UMF
 No 11.**

AGRADECIMIENTOS

A TI, SEÑOR, DIOS PADRE, POR PERMITIRME CULMINAR ESTE PROYECTO Y QUE DÍA A DÍA ME REFUGIO EN TI SEÑOR, FORTALECE CADA PASO QUE DOY Y LLENA DE TRANQUILIDAD Y SABIDURÍA MI CAMINO.

A MIS PADRES, POR SU APOYO INCONDICIONAL, QUE DÍA A DÍA ESTUVIERON APOYÁNDOME Y LO HAN SEGUIDO HACIENDO, QUE CON SU AMOR, DEDICACIÓN Y TRABAJO HAN LLEVADO MIS ESTUDIOS HASTA ESTE PUNTO, POR ESO PADRES, LES DEDICO ESTE TRABAJO A USTEDES, POR USTEDES Y PARA USTEDES, POR SU CONSTANTE ESFUERZO, POR SU DEDICACIÓN HACIA MI PERSONA Y SU CONSTANTE ATENCIÓN.

INDICE

RESUMEN	6
MARCO TEORICO.....	7
JUSTIFICACION	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
OBJETIVOS	19
HIPOTESIS DE INVESTIGACION	20
HIPOTESIS DE TRABAJO	20
HIPOTESIS NULA	20
MATERIAL Y METODOS.....	21
DISEÑO	21
LUGAR.....	21
TIEMPO	21
POBLACION	21
MUESTRA	21
ANALISIS ESTADISTICO	23
CRITERIOS DE SELECCION	23
CRITERIOS DE INCLUSION	23
CRITERIOS DE EXCLUSION	23
CRITERIOS DE ELIMINACION	23
DEFINICION DE VARIABLES.....	24
PLAN DE TRABAJO	26
ASPECTOS ETICOS	27
RECURSOS.....	¡Error! Marcador no definido.
HUMANOS.....	31
FISICOS.....	31
FINANCIEROS.....	31
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	32
RESULTADOS.....	33
CONCLUSION.....	41
DISCUSION.....	43
RECOMENDACIONES.....	45
BIBLIOGRAFIA	46
ANEXOS	49

RESUMEN

Introducción

La hipertensión arterial es un problema de salud mundial. Su prevención, diagnóstico y tratamiento son sub óptimos. El padecer de la presión arterial alta se origina de una doble acción con los antecedentes genéticos y hábitos. La presión arterial alta continúa siendo la principal causa prevenible de enfermedad cardiovascular y muerte. La guía europea la clasifica en tres niveles: grado 1,2y3. La primera causa de HTA es la HTA esencial o primaria. Se ha identificado la no adherencia al tratamiento; falta de comprensión; no reconocer que se está enfermo, y falta de conocimiento de su enfermedad.

Objetivo: Determinar nivel de conocimiento de hipertensión arterial y adherencia terapéutica que tienen los pacientes hipertensos de la UMF 11 de Tapachula.

Material y Métodos: Estudio Observacional, descriptivo, transversal que incluye pacientes hipertensos diagnosticados, diferentes sexos y edad, se evaluó cumplimiento terapéutico por medio de test morisky- green y nivel de conocimiento con cuestionario de conocimiento de hipertensión. En UMF 11, de Tapachula, Chiapas, durante abril del 2021 a diciembre del 2021. Con previa autorización de los pacientes y previa firma del consentimiento informado. Se incluyeron derechohabientes vigentes. Se realizó análisis estadístico, se graficó cada una para evaluar porcentaje y analizar la importancia del conocimiento y la adherencia al tratamiento.

Resultados: En promedio de edad $\mu = 44 \pm 8$ y una $Mo = 40$ con una $Me = 42$ con una curva de la normalidad platicúrtica, siendo más afluencia el género femenino que masculino, El nivel académico, 15.7% (n=58) cursó la primaria completa, 20.3% (n=75) secundaria terminada, 18.7% (n=69) preparatoria, 23.8% (n=88) tiene una carrera técnica terminada o están cursando y licenciatura 21.4% (n=79). El 5.1% (n=19) muestra estar al pendiente de sus medicamentos, Y 94.9% (n=351) no muestra adherencia a las indicaciones médicas. El 55.1% (n=204) sabe cómo llevar control de su enfermedad, el 44.9% (n=166) no tiene el conocimiento necesario para sobrellevar su enfermedad.

Conclusión: Es necesario que para un buen cumplimiento a la adherencia se necesita un equipo multidisciplinario pues la presión arterial alta como enfermedad no trasmisible que causa mayor número de muertes, se observan diversos factores que influyen en la adherencia terapéutica por lo que se deben realizar estrategias para mejorar apego.

Tiempo que se realizó investigación: Periodo correspondiente abril del 2019 a diciembre del 2021.

Palabras Clave: Determinación, nivel de conocimiento, adherencia terapéutica, hipertensión arterial.

MARCO TEORICO

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial catalogada como problemática mundial reconocida ya por varios años. Sin embargo, la prevención, diagnóstico y tratamiento siguen siendo mal manejados. Las sociedades internacionales de Cardiología publican de forma periódica guías de práctica clínica con el objetivo de actualizar el conocimiento y su adecuado manejo.

La hipertensión arterial es el enemigo silencioso y se presenta en un rango de edad mayormente predominante entre los 30 años y 50 años.

No presenta síntomas, en un periodo de 10 o 20 años ocasiona daños a órgano blanco. De difícil diagnóstico ya que presenta síntomas inespecíficos como: cefaleas, hemorragias con origen en las fosas nasales, tinnitus, palpitaciones, mareo, alteraciones visuales, nerviosismo, insomnio.

La guía europea mantiene los puntos de corte de PA 140/90 mmHg. La clasificación define tres niveles de HTA: grado 1,2y3. y, la guía americana propone definir HTA cuando la PA 130/80 mmHg y establece dos estadios de HTA (1: 130-139/80-89 mmHg, y 2: 140/90 mmHg). (1)

La hipertensión depende de interacciones entre antecedentes genéticos y factores ambientales. La hipertensión conlleva alteraciones a nivel cardiovascular que aumentando las lesiones cardiovasculares. Produciendo un lento y progresivo deterioro de la salud.

La HTA continúa siendo la principal causa prevenible de enfermedad cardiovascular (EVC) y de muerte por todas las causas en los países desarrollados. Se agregan estrategias deficientes para los países de bajos y medianos ingreso en la atención primaria de la salud y son obstáculos mayores para el logro del control de la presión arterial (1).

La primera causa de hipertensión arterial es la esencial o primaria que pertenece aproximadamente el 90% de los casos, en un 10% de los casos se podrá determinar una causa modificable, situación denominada HTA secundaria (2). A causa de esto, las múltiples sociedades internacionales. Considerar las bajas tasas de control de la presión arterial y elaborar recomendaciones de consenso, con atención al Síndrome Metabólico (SM) para alertar a los médicos acerca de esta condición de mayor riesgo.

La guía obtenida está elaborada para servir al equipo de salud que llevan control de personas con hipertensión arterial.

La presión arterial alta secundaria se agrupan en frecuentes e infrecuentes, las frecuentes como son: lesión renal parenquimatosa, enfermedad renovascular, Hiperaldosteronismo, síndrome de apnea de sueño y la presión arterial alta iniciada por medicamentos o droga, las infrecuentes destacan Cushing, feo cromocitoma, problemas con glándula tiroidea, la coartación de la aorta (2).

La hipertensión establecida implica mayor riesgo de eventos cardiovasculares y conlleva a disminución en la función de diferentes órganos esto producto de cifras tensionales elevadas por encima de valores considerados óptimos o normales. Esta enfermedad frecuentemente se asocia con comorbilidades como diabetes, coronariopatía, insuficiencia cardíaca, evento vascular cerebral, evento vascular transitorio, insuficiencia venosa, lesión renal crónica.

Una tensión arterial representa a la presión que ejerce en la pared la cual se genera por flujo sanguíneo dentro de las arterias, y se determina por: el gasto cardíaco y la resistencia periférica total. La presión arterial sistólica depende fundamentalmente del gasto cardíaco y la distensibilidad de la aorta y grandes arterias, esta última se expresa a través de la onda de pulso retrógrada. Por tanto, la presión arterial diastólica depende principalmente de la resistencia periférica. (3)

La hipertensión resistente a fármacos.

Define una hipertensión arterial que persiste con niveles elevados por encima de lo objetivo a un con terapéutica medica proponiendo dosis tope o plenas de 3 o más fármacos, uno de los cuales un diurético. Este tipo de paciente tiene que ser valorados por médico internista porque este tipo de hipertensión se asocia con daño subclínico de órgano blanco, y el índice de riesgo cardiovascular aumenta.(2)

Hipertensión clínica aislada

Conocida como hipertensión de bata blanca, es la situación en la cual la presión arterial obtenida en la consulta se mantiene en cifras de hipertensión, mientras que los datos obtenidos del MAPA en su domicilio siempre está en cifras tensionales normales. Con una prevalencia aproximada de 10%.

Hipertensión oculta.

Conocida como Hipertensión Ambulatoria Aislada, los pacientes tienen cifras de presión arterial normal en la consulta, y las cifras medias del monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) determinados en su domicilio están en niveles elevados. Se tiene un porcentaje de un paciente por cada 7 personas con cifra normal en la consulta.

Hipertensión sistólica aislada.

Presión arterial sistólica es igual o mayor 140 mm Hg con presión arterial diastólica menor a 90mmHg. La presión arterial sistólica tiende a aumentar gradualmente con la edad, la prevalencia aumenta con la edad, y es casi exclusiva de la población de 60 años y más. Se conoce información sobre la importancia de hipertensión sistólica aislada como factor de riesgo para daño cardiovascular.

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGOS

En el manejo de pacientes con hipertensión no solo debemos considerar cifras tensionales, también debemos considerar riesgo cardiovascular total. Para estadificar el riesgo cardiovascular, debemos considerar, daño a órgano blanco, y resultados clínicos previos o resientes. (4)

Los indicadores de riesgo tradicionales, las condiciones socio-económicas deben recibir atención especial en Latinoamérica. Del mismo modo se debe hacer énfasis en el bajo nivel de educación, a causa del alto porcentaje de población nativa con bajas oportunidades de obtener una educación adecuada.

Desafortunadamente la reducción de riesgo cardiovascular es difícil de abordar. Debido, a que esta enfermedad no es una entidad nosológica aislada, se presenta frecuentemente con diabetes, dislipidemia y obesidad, estos factores de riesgo tienen distintas vías comunes y que uno potencia al otro para el daño tisular (5)

En México, por ejemplo, a mediados de 2017 existían alrededor de 128 millones de personas, 65 % (76 millones) correspondía a población mayor de 20 años. En México, la prevalencia de prehipertensión era de 37.5 %. Esta situación es dramática debido a que 37 % de la prehipertensión en México representa alrededor de 30.9 millones de población adulta. La prevalencia estimada en 30 % conforme al criterio de 140/90 mm Hg, alrededor de 22.8 millones corresponden al diagnóstico de hipertensión (5)

Se considera que con los nuevos criterios de la AHA la población hipertensa sería al menos el doble. Dicho de otra manera, necesitaremos de programas de prevención y tratamiento para alrededor de 53 millones de adultos en México. Esto se considera una alerta epidemiológica que necesitara de nuevas estrategias. (6)

Se han identificado factores de riesgo genéticos, biológicos, sociales y psicológicos en la aparición de la hipertensión arterial, estos han sido clasificados de acuerdo a su posibilidad de intervención, en factores de riesgos modificables y no modificables para facilitar su identificación e intervención. Los factores de riesgo no modificables son inherentes al individuo (sexo, raza, edad, herencia), y los factores de riesgo modificables pueden ser evitados, disminuidos o eliminados.

DIAGNÓSTICO

Si nos encontramos con un paciente sospechoso, en la consulta médica: se debe hacer dos tomas de presión arterial con un tiempo en reposo 3min hasta 5min, el paciente debe estar sentado y tomar presión arterial de ambos brazos. No se recomienda tomar presión arterial en bipedestacion, solo si se sospecha hipotensión o estenosis aortica.

Si se presenta duda para el diagnóstico debemos recurrir al MAPA: Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial. Muchas instituciones médicas la recomiendan como arma fundamental para el diagnóstico y control del tratamiento en la hipertensión (HTA), hipertensión de “bata blanca” o enmascarada. (8)

Evaluación de la hipertensión arterial.

Se debe determinar si la hipertensión arterial es primaria o secundaria, si existe daño a órgano blanco y si existen factores de riesgo, esto debe quedar especificado como parte del diagnóstico. (9)

Dentro de su etiología, del 90-95% de los casos de HTA obedecen a una causa primaria, esencial o multifactorial, describiéndose factores de riesgos genéticos y ambientales que interactúan de forma cuantitativa en su desarrollo¹⁵, por lo que es importante conocer los factores de riesgo asociados que permitan planificación de estrategias de prevención y control terapéutico. (10)

La historia clínica y exploración física deben realizarse para mejor estudio de la presión arterial alta, identificando las causas de presión arterial alta secundaria y comorbilidades. Antecedentes familiares en relación a presión arterial alta, accidente cerebro vascular, daño cardiovascular, diabetes mellitus, hiperlipidemia y gota.

La prevalencia creciente de la hipertensión arterial la atribuimos: a un aumento de población, al envejecimiento y a comportamientos como: una mala dieta, ingesta de alcohol, inactividad física, sobrepeso, tabaquismo o exposición constante a estrés (12)

En las revisiones médicas regulares, debemos poner atención en la forma de obtener la cifra de presión arterial ya que es un datos importante y valioso, a continuación explicaremos los pasos para una correcta toma de este vital signo. Se analizan tres aspectos: condición del consultante, del equipo y del equipo de salud. A continuación, se describe lo siguiente: relajamiento (se debe evitar ejercitarse 30 min previos a la toma de presión arterial).

Reposo: mínimo de 3 a 5 minutos antes de la medición. Evitar cualquier tipo de contracción muscular, la persona debe permanecer sentado con la espalda sobre un buen soporte o respaldo; el brazo izquierdo apoyado sobre una superficie a la altura del corazón; pies apoyados en el suelo y ambas piernas no deben cruzarse (13).

El esfigmomanómetro manual y el manómetro de mercurio o anerode deben estar calibrados y verificar que esta calibración sea correcta. (13). Actualmente las recomendaciones de guías internacionales recomiendan uso de dispositivos electrónicos en la toma de presión arterial por ser más exactos. Es importante realizar la toma de la presión arterial en ambos brazos. Mantener siempre un ambiente de cordial con la persona. Siempre tener en el consultorio médico tranquilidad y confort.

Valorar IMC. Examen de cuello para descartar soplos carotídeos, valorar la glándula tiroides. Valorar ritmo cardíaco. Examen del abdomen, buscando la presencia de masas o soplos. Examen de las extremidades valorando pulsos periféricos disminuidos o ausentes, soplos y edemas.(14)

TRATAMIENTO

Tratamiento sin fármacos.

Se debe considerar cambiar los estilos de vida en nuestros pacientes. Debemos generar una conciencia de autocuidado con modificaciones en su vida diaria que los lleve a un mejor estado de salud, se considera todo un reto para el médico y personal encargado del cuidado de estos pacientes. (15) Estas deben ser recomendadas por equipo multidisciplinario de su unidad médica, y deben ir dirigidas a una mejora en la salud de nuestro paciente y prevención de dicha enfermedad en próximas generaciones. (16)

Tratamiento farmacológico.

En el tratamiento con fármacos no solo debemos enfocarnos en el control de la presión arterial alta, tenemos que tomar en cuenta limitar el daño a órgano blanco y disminuir con ello el daño cardiovascular. (17). Existen 4 grupos de fármacos válidos para inicio o progresión del manejo médico: diuréticos (como tiazidas, clortalidona e indapamida), antagonistas de los canales de calcio, Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y Antagonista de los receptores de angiotensina II. (17)

Los agentes bloqueantes beta adrenérgicos se consideran como adyuvantes. El uso de antagonista de los canales de calcio para el control de la presión arterial alta se ha documentado ayuda en la prevención de eventos isquémicos o hemorrágicos cerebrales, y es el fármaco de primera elección en hipertensión sistólica aislada pues reduce la mortalidad mundial. Se recomienda en guías internacionales para aquellas personas que padecen de la enfermedad mayores de 60 años, vigilancia de efectos adversos como edema de miembros pélvicos y reflujo gastroesofágico al indicarse por las noches.

La eficacia de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y antagonista de los receptores de angiotensina II sería similar. Reduce mortalidad en pacientes con infarto al miocardio, disminuye hospitalización y mortalidad en sujetos con ICC. Disminuye nefroangioesclerosis, Su efectividad para reducir niveles altos de presión arterial está bien documentada pero los estudios para prevenir a largo plazo daño cardiovascular o renal no han sido favorables. Se confirma el término de que al combinar dos fármacos antihipertensivos es mejor el efecto, que el incremento de dosis de un solo fármaco. (17)

No se recomienda combinar inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y antagonista de los receptores de angiotensina II. Se aconseja la combinación de agentes bloqueantes beta adrenérgicos como adyuvantes ya que como terapia individual no tiene indicación actual.

La eficacia de combinar un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina con un antagonista de los canales de calcio, contra inhibidor de la ECA-diurético no es una buena opción si queremos adherencia al tratamiento por número de capsulas. La combinación de dosis fijas en un mismo comprimido o tableta confirma su efectividad en nuevos estudios. Esto es recomendable ya que reduce el número de medicamentos diarios y mejora adherencia al plan terapéutico que comúnmente suele ser baja en los pacientes hipertensos.

ADHERENCIA AL MANEJO MEDICO

Se identifica como una participación activa y espontanea de la persona con su plan terapéutico, para mejora de su salud y situaciones de vida, que es más que enfocarse en cumplir las recomendaciones del equipo multidisciplinario de salud. El concepto adhesión existe relación implícita y practica espontanea por parte de la persona adecuando y aceptando un común acuerdo, con la finalidad de llegar a resultados de prevención y curativos. (18)

Se conoce al apego como un plan que facilita que el paciente logre sostener y mantenga el plan terapéutico esto para lograr modificaciones en su calidad de vida. Diversos autores hacen alusión al apego farmacológico, a una incorporación en la vida diaria del paciente con nuevas y buenas prácticas para eliminación de condiciones aversivas.

La OMS define apego al tratamiento, como un nivel en el cual la actitud del paciente, ingesta de fármacos, dieta y la modificación en su estilo de vida, responsabiliza sobre indicaciones o sugerencias dadas por el equipo multidisciplinario de salud. (18)

Sabemos que para OMS el concepto apego terapéutico conlleva gran número de conductas que se relacionan con la salud. Adoptar dentro de este concepto la palabra deficiente para denotar las intervenciones realizadas con el fin de mejorar enfermedades, ya que se trata de personal de salud.

Debemos considerar la frase instrucción que indica que la persona cumple recibiendo el mensaje, esto permite sugerencias de un profesional en salud. Podemos plantear que es fundamental que el paciente se sienta cómodo con su plan terapéutico de acuerdo a las sugerencias que el profesional de la salud comente, esto para formar parte de una sociedad activa entre el paciente y el prestador de asistencia sanitaria, siempre debe haber un buen dialogo efectivo por parte de los dos (médico- paciente), es algo indispensable dentro del buen manejo clínico. (18)

Se contemplan diversos conceptos y características vinculados con el mal apego terapéutico:

Características del paciente.

Corresponde a diversas acciones de la persona; el paciente no comprende la enfermedad; apatía y pesimismo por parte del paciente; no reconocer que tiene la enfermedad y que necesita del medicamento; antecedente por falta de apego; mitos vinculados con la salud; el paciente no está a gusto con el médico o la terapéutica; ausencia de redes de ayuda; inestabilidad económica. (19)

Características del problema.

Padecimiento crónico que no presenta síntomas manifiestos; estabilidad de síntomas; o características que se incluyen en la enfermedad como son: confusión, distorsión visual, reacciones psicológicas. (19)

Variables de la terapéutica.

Tiempos prolongados de espera; mala supervisión por parte de los prestadores profesionales de la salud; características de las sugerencias de la terapéutica empleada; tratamientos complicados; tiempos largos de tratamiento; medicamentos muy costosos; propiedades de fármacos; y situación adversa de terapéutica.

Características del vínculo médico- paciente.

Dialogo erróneo; desconfianza; no contar con un patrón de comportamiento indispensable para un buen funcionamiento; el paciente no está satisfecho con la atención; y una mala supervisión médica. (19)

Encontramos dos modelos más utilizados para explicar la conducta de adhesión: Los modelos biomédicos y los de conducta.

Los modelos biomédicos denotan varias propiedades de la persona, la problemática y el vínculo del manejo medico como indicadores que predicen el mal apego al tratamiento. Los modelos de conducta cuentan 3 categorías: Los de trabajo se basan en incluir características para promover la modificación de patrón de comportamiento; la planeación del ambiente y dirección de métodos de aprendizaje como guía para el desarrollo conductual de adherencia.

Los ejemplos de diálogos para favorecer los procedimientos de captación, entendimiento y contención de mensajería como objetivo y plan para lograr adhesión. Por tanto el patrón de adherencia terapéutica se ha vinculado con la eficiencia, correlacionándose positivamente con las conductas de salud deseadas. (20)

Existen tendencias en salud que establecen que un paciente no podrá tener una conducta óptima en salud si no existen elementos motivacionales y adecuada razón relevante para gozar de buena salud, y el paciente sea susceptible de padecer una enfermedad, o pueda entenderla que puede ser de gravedad, y se encuentre atraído de la efectividad del manejo (lo que se conoce como rentable) y no tenga dificultad para poner en marcha esa terapéutica de salud. (21)

La clave en la adherencia radica en una rutina saludable y autorregular las condiciones que nos protegen y los resultados biopsicosociales que experimentan. (22)

Determina también que las personas se apoyan emocionalmente por de sus logros o éxitos tomando en cuenta los factores que influyen sobre los tiempos para resolver los obstáculos, se tiene que existen dos forma vinculadas al apego terapéutico como son instruir al paciente y modificar su comportamiento, comprobando que el último dato tiende a tener mejor resultado.

Y tener como objetivo en un programa de entrenamiento en adherencia terapéutica la de promover el comprometer al paciente, su autocontrol, y perseverare aun sin la inspección por parte del médico. Existen formas de medir directamente la adherencia al tratamiento, esto con la prueba de MoriskyGreen-Levine (MGL), (23)

TEST DE MORISKY-GREEN

Método creado, validado y desarrollado por MoriskyGreen y Levine para valorar se ejecute de forma correcta la toma de fármacos en personas hipertensas.

En principios que se creó el cuestionario se empleó en determinar la adherencia terapéutica en varias entidades nosológicas. El test son 4 preguntas con respuesta de oposición sí/no, la cual indica el comportamiento respecto a la adherencia. Se busca estudiar si el paciente adopta acciones adecuadas con la terapéutica empleada para su patología.

Si el paciente tiene acciones no correctas este no cumple con el apego. Se tiene la oportunidad de obtener datos sobre la causa del no cumplimiento, dichas interrogantes se realizan con la conversación y de forma amable. Determina si la persona toma decisiones buenas en relación con adherencia al tratamiento.

1. ¿Su medicamento lo toma a la hora indicada?
2. ¿olvida de tomar su medicamento, alguna vez?
3. Si se encuentra bien, ¿deja de tomar su fármaco?
4. Si ocurriera que le sienta mal, ¿deja de tomar el fármaco?

Se establece un buen apego al manejo médico, teniendo las siguientes contestación a cada una de las interrogantes: no, sí, no, no. (25)

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO DE LA HIPERTENSION.

Se trata de interrogantes representativas, con preguntas de estilo cerrado y categórico múltiple (sí, no, no lo sé) que se subdivide en 6 dimensiones. Del primer segmento al sexto se obtiene nivel de conocimiento de la hipertensión arterial, y los distintos tipos de riesgo vinculados a la enfermedad, las alteraciones en la dieta, actividad física y los medicamentos., cuenta con un alfa de cronbach en los ítems de 0.779 y 0.816 con una sensibilidad del 95%. El cuestionario para evaluar el conocimiento cuenta con 26 reactivos, tomándose como nivel de conocimiento inadecuado a más de 8 respuestas incorrectas.

JUSTIFICACION

La hipertensión arterial esencial es un problema de salud pública a nivel mundial por su prevalencia, y las complicaciones que conllevan a una morbilidad y mortalidad importante. Dentro de los principales motivos de consulta en el primer nivel de atención se encuentran las enfermedades crónico degenerativas, en la clínica del imss numero 11 (UMF N° 11) existen aproximadamente más de 1000 pacientes hipertensos.

Su etiología es poco clara, sin embargo, existen factores de riesgo modificables que intervienen en la aparición y control de dicha patología.

Según estudios reconocidos afirman que un bajo porcentaje de los hipertensos tratados alcanzan adecuado control de cifras tensionales y la principal causa de estos pobres resultados se atribuye al no cumplimiento de la terapéutica médica.

El bajo chequeo de la presión arterial se ha atribuido a varios factores como, el poco o nulo conocimiento que tienen acerca de la enfermedad, falta de apego o adherencia terapéutica, así como la falta de concientización de la población con respecto a su enfermedad entre otros.

La detección del cumplimiento terapéutico en los pacientes hipertensos, así como el nivel de conocimiento de su patología se evalúa mediante la aplicación de Morisky- Green y factores de riesgo.

Nos permite la probabilidad de promover la creación de estrategias educativas encaminadas a mejorar el cumplimiento terapéutico y lograr un mejor control de pacientes hipertensos.

.

El presente trabajo contribuye además que me sea otorgada la especialidad de Médico Familiar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La organización mundial de la salud (OMS) estableció que la hipertensión arterial, es la patología con mayor índice de mortalidad en la adultez, la es de suma importancia clínica, epidemiológica y social por sus resultados en la salud, la calidad de vida y las actividades cotidianas y sociales, que repercute a nivel familiar y social.

Tanto la OMS, como la sociedad internacional de hipertensos y diversos grupos de especialistas en el tema remarcan en aumentar y mejorar modelos y planes para cambiar patrones de vida, teniendo en cuenta la terapéutica con fármacos como el no uso de fármacos.

Por otro lado, es importante que la persona hipertensa tenga un alto conocimiento sobre su enfermedad y factores de riesgo, ya que la mayoría de ellos los desconocen, por ello, se requiere la participación de una educación sanitaria a todos los niveles de atención, así mismo esto es indispensable determinar su nivel de conocimiento sobre su padecimiento, a la hora de proyectar estrategias de educación para la salud en estos pacientes.

Resulta ciertamente paradójica la situación actual en el tratamiento de la hipertensión arterial. Por un lado, la enfermedad cardiovascular continúa como la primera causa de mortalidad en países industrializados, siendo la hipertensión uno de sus más importantes factores, al menos entre los modificables.

Por otro lado, en los últimos años se ha desarrollado un completo arsenal terapéutico de eficacia demostrada. Sin embargo, no se alcanzan los logros esperados del tratamiento de la hipertensión arterial, al menos en términos poblacionales.

Las causas de esta situación son complejas, entre ellas un inadecuado nivel de control tensional, pero comparten como situación última algunas formas de incumplimiento terapéutico que puede oscilar entre el desconocimiento completo de la enfermedad hasta el olvido de las tomas de medicación.

En la práctica médica, una parte importante de los tratamientos queda bajo la responsabilidad del paciente, de ahí que el incumplimiento de las prescripciones indicadas se ha convertido en un serio problema para la salud pública contemporánea. Los fallos al seguir las prescripciones médicas exacerban los problemas de salud y progresión de las enfermedades, haciendo imposible estimar los efectos y el valor de un determinado tratamiento, lo que imposibilita que se realice un buen diagnóstico y provoca un aumento innecesario del costo de la atención sanitaria.

El incumplimiento terapéutico es especialmente frecuente en las enfermedades crónicas, cuando el paciente se encuentra bien controlado (y puede creer que está curado), en los ancianos, y en aquellos pacientes que tienen prescritos varios tratamientos de forma crónica. Es definitivo hacer coparticipe al hipertenso en las decisiones de todos aquellos aspectos que le afecten en su salud.

Por tal motivo planteamos la siguiente pregunta.

Pregunta de investigación.

¿Cuál es el porcentaje de pacientes hipertensos que tienen una adherencia terapéutica y nivel de conocimiento de su enfermedad en la consulta externa de la UMF 11 de Tapachula, Chiapas?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento de la hipertensión arterial y la adherencia terapéutica que tienen los pacientes hipertensos de la UMF N° 11 de Tapachula.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer las variables sociodemográficas de los pacientes hipertensos.
- Determinar el porcentaje de adherencia terapéutica en pacientes hombres y mujeres hipertensas que acuden a la clínica número 11 de medicina familiar del imss.
- Determinar el porcentaje del nivel de conocimiento de su enfermedad de hipertensión arterial en paciente hombres y mujeres que acude a la clínica número 11 de medicina familiar del imss

HIPOTESIS DE INVESTIGACION

HIPOTESIS DE TRABAJO

HT: existe un adecuado nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial y una adecuada adherencia al tratamiento por parte de los pacientes hipertensos de la UMF 11 Tapachula.

HIPOTESIS NULA

H0: no existe relación entre un adecuado conocimiento sobre la hipertensión arterial y la buena adherencia al tratamiento por parte de los pacientes hipertensos de la UMF 11 Tapachula.

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal

LUGAR

Consulta Externa de la Unidad de Medicina Familiar N° 11, Tapachula, Chiapas.

TIEMPO

Abril del 2021 a junio 2021.

POBLACION

Población masculino y femenino derechohabiente del seguro social adscrita a la UMF 11 con diagnostico establecido de hipertensión arterial.

MUESTRA

Muestreo: probabilístico. Se obtuvo la muestra en relación al índice censado en 2018 que se tiene documentado en archivos de la clínica número 11 del IMSS Tapachula, y obtuvimos un cálculo por la fórmula de población finita

Determinando el número total de hipertensos que reciben consulta en dicha clínica, se obtiene el siguiente cálculo:

$$n = \frac{Z\alpha^2(N)(p)(q)}{e^2(N - 1) + Z\alpha^2(p)(q)}$$

Para determinar la muestra se contempló un nivel de confianza de 95% con error estándar de 5%.

$$\frac{Z\alpha^2(N)(p)(q)}{e^{2(N-1)+Z\alpha^2(P)(q)}}$$

$$N = 10508 \quad e = 5\% \quad p = 0.5 \quad Z_{\alpha=1.96} \quad q = 0.5$$

$$n = \frac{(1.96)^2(10508)(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(10508 - 1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416)(10508)(0.25)}{(0.0025)(10507) + (3.8416)(0.25)}$$

$$n = \frac{10091.8832}{(26.2675) + (0.9604)}$$

$$n = \frac{10091.8832}{27.2279}$$

$$n = 370.64$$

$$\mathbf{n = 370}$$

ANALISIS ESTADISTICO

La correlación descriptiva de la muestra se realizará en base al test de morisky-green, cuestionario de conocimiento de la hipertensión con medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas, y medidas de frecuencia para las variables cualitativas.

CRITERIOS DE SELECCION

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes con diagnóstico de hipertensión de ambos sexos que sepan leer y escribir
- Paciente con diagnóstico de hipertensión arterial que sean derechohabientes del seguro social. Adscritos a UMF 11

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Mujeres embarazadas
- Hipertensos con alguna secuela incapacitante que interfiera con la aplicación del cuestionario.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Cuestionarios incompletos
- Paciente con diagnóstico de hipertensión no derechohabiente del seguro social.

DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categoría	Escala de medición
ADHERENCIA TERAPEUTICA	el grado en el cual el comportamiento del paciente, la toma de los medicamentos, la dieta y la introducción de los cambios en sus estilos de vida, responden a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud	La conducta o actitud del paciente respecto a su tratamiento	Cualitativa Nominal	1.- buen apego considerando buenas a cada una de las preguntas contestando: no, sí, no, no 2.- mala adherencia una respuesta errónea.
NIVEL DE CONOCIMIENTO	Se define como la percepción que tiene el paciente con respecto a la hipertensión arterial. Evaluados mediante serie de indicadores que miden el conocimiento de la hipertensión.	Grado de conocimiento del paciente hipertenso sobre su enfermedad.	cualitativa nominal	Adecuado nivel de conocimiento, sin obtener 8 preguntas erróneas en el cuestionario.

VARIABLES INDEPENDIENTES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categoría	Escala de medición
Género	Características biológicas que determinan a un hombre de una mujer.	Característica biológica que se obtendrá del expediente clínico.	Cualitativa Nominal	1.- Femenino 2.- Masculino
Escolaridad	Instancia en que una persona acude a la escuela para desarrollar grados académicos	Grado escolar que el paciente refiera en la encuesta.	Cualitativa Ordinal	1.-Primaria 2.-Secundaria 3.-Bachillerato 4.- Técnica 5.-Licenciatura
Ocupación	Actividad o trabajo.	Actividad o trabajo que el paciente refiere desempeñar	Cualitativa Nominal	1.-Empleado 2.-ama de casa 3.- campesino 4.- profesionista 5.- Otro
Edad	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la recolección de información.	Periodo en años transcurridos desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Cuantitativa Razón	Cualquier número

PLAN DE TRABAJO

- Envío de protocolo al Comité Local de Investigación y Ética para su autorización.
- Se solicitará una cita con el director de UMF 11 de Tapachula Chiapas, para la autorización y recopilación de la información para la investigación.
- Una vez impresa la encuesta, se procederá a acudir a la sala de espera de consulta externa de UMF 11, y se invitará a los pacientes seleccionados a participar en el estudio, explicando de manera clara y concisa en que consiste, obteniendo la firma para el consentimiento informado.
- Una vez contestada la encuesta se procederá a su revisión con el fin de evitar fugas de información.
- La recolección de la información se realizará por el médico residente de Medicina Familiar.
- Se capturarán los datos obtenidos de las encuestas por el residente de Medicina Familiar, en una base de Excel 2013 para su posterior análisis.
- Se validará la información, de haber errores en la captura se verificara la encuesta de forma ordenado de una en una para limpiar la base. Será validado por el Médico residente de Medicina Familiar y por el asesor médico.
- Una vez validada la base de datos, se procederá a su análisis, se obtendrán medidas descriptivas.
- Los resultados se presentarán a la unidad participante, coordinadora de investigación y profesores titulares a través de una sesión con diapositivas.

ASPECTOS ETICOS

El actual estudio se ajustó a las normas éticas institucionales y a la Ley General de Salud en materia de experimentación con seres humanos, así como en la declaración de Núremberg emitida en 1947 en el tribunal internacional del mismo, donde a través de la cual se establecen las condiciones éticas para la práctica de la investigación en seres humanos.

Este estudio tendrá base en los trece principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; "Guía de recomendaciones para los médicos biomédica en personas" Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre de 1989, 48 Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996, 52 Asamblea General en Edimburgo, Escocia, octubre 2000, Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002, Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004, 59 Asamblea General en Seúl, Corea, en octubre del 2008 y la 64 Asamblea General, Fortaleza, Brasil en octubre 2013.

Se realizará este estudio a través de sujetos humanos: Donde el interés se centra en la dinámica social, efectos socioeconómicos y los intereses comunitarios. Los proyectos diseñados como formas de investigaciones sociales, usan a las personas como "informantes". No hay beneficios personales acumulados por la investigación, tampoco los productos son las metas, sí los principios y estructuras sociales hacia donde se dirigen. Se requiere de participantes activos e integrados al equipo de investigación.

Se considerará una investigación sin riesgo porque no se realizará ninguna intervención que afecte la integridad y privacidad de los encuestados, contará con el consentimiento informado por escrito, donde se le explicarán los objetivos de la investigación y los beneficios que nos proporciona al participar, al mismo tiempo que no nos perjudica que en determinado momento decida retirar su consentimiento (de acuerdo con el Título Segundo, Capítulo 1 de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Art 13, Art 14 fracción I,III,V, Art 16, 17, fracción I, Art. 18, 20, 21 fracción I,IV, V, VI,VII. Art. 22).

La asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para la investigación médica en seres humanos, incluida la investigación en materia humana y de información identificables.

La declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes.

Conforme al mandato de la AMM, la declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

La investigación médica que implica a personas no puede llevarse a cabo lícitamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para las personas.

Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.

Se debe considerar siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Adoptando todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.

Los médicos deberán abstenerse de comprometerse en la realización de proyectos de investigación que impliquen a personas a menos que crean fehacientemente que los riesgos involucrados son previsibles. Se debe suspender aquella investigación que los riesgos superen a los beneficios. En la publicación de resultados el médico está obligado a establecer con exactitud los resultados obtenidos.

Es importante que en toda investigación en personas, como es el caso en este proyecto, debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos que el estudio podría ocasionar. Las personas deben conocer de que son libres de no participar en el estudio y de rechazar en todo momento su consentimiento a la participación. El médico debe tener el consentimiento informado libremente, preferiblemente por escrito.

El estudio de investigación debe siempre incluir consideraciones éticas implicadas y debe indicar que se cumplen los principios enunciados en la presente declaración que con anterioridad se menciona.

El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación solo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de sus pacientes.

Las BPC fueron desarrolladas por las autoridades regulatorias de Europa, USA y Japón, tras su entrada en vigor, las BPC consiguieron el reconocimiento internacional como las mejores prácticas. De este modo, se convirtieron en la guía de referencia que siguen la mayor parte de las agencias reguladoras a la hora de crear normativas nacionales para realizar ensayos clínicos.

RECURSOS

HUMANOS

1.- Dr. Arturo Tirado Barrios (médico residente)

2.- Dr. Ludvick Torres López (investigador principal/ asesor metodológico)

FISICOS


Computadora personal Hp, paquetería estadística (Excel® 2013, IBM SPSS Statistics® 21), 1 impresora hp Deskjet 2675, encuestas, 250 hojas blancas, 15 lapiceros, 15 lápices, 5 correctores, 3 gomas, 2 sacapuntas, 1 Memoria Externa tipo USB de 16 Gb, 1 carpeta para el resguardo de las encuestas y 1 tabla de plástico


FINANCIEROS

Proporcionados por el investigador principal.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Meses	2019										2021										
		Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Búsqueda de tema																						
Marco teórico																						
Justificación																						
Planteamiento del problema																						
Objetivos																						
Hipótesis																						
Material y métodos																						
Aspectos éticos																						
Factibilidad																						
Presentación de protocolo																						
Análisis del Comité Local																						
Valoración por SIRELSIS																						
Recolección de datos																						
Análisis de datos																						
Resultados y análisis																						
Realización de artículo																						

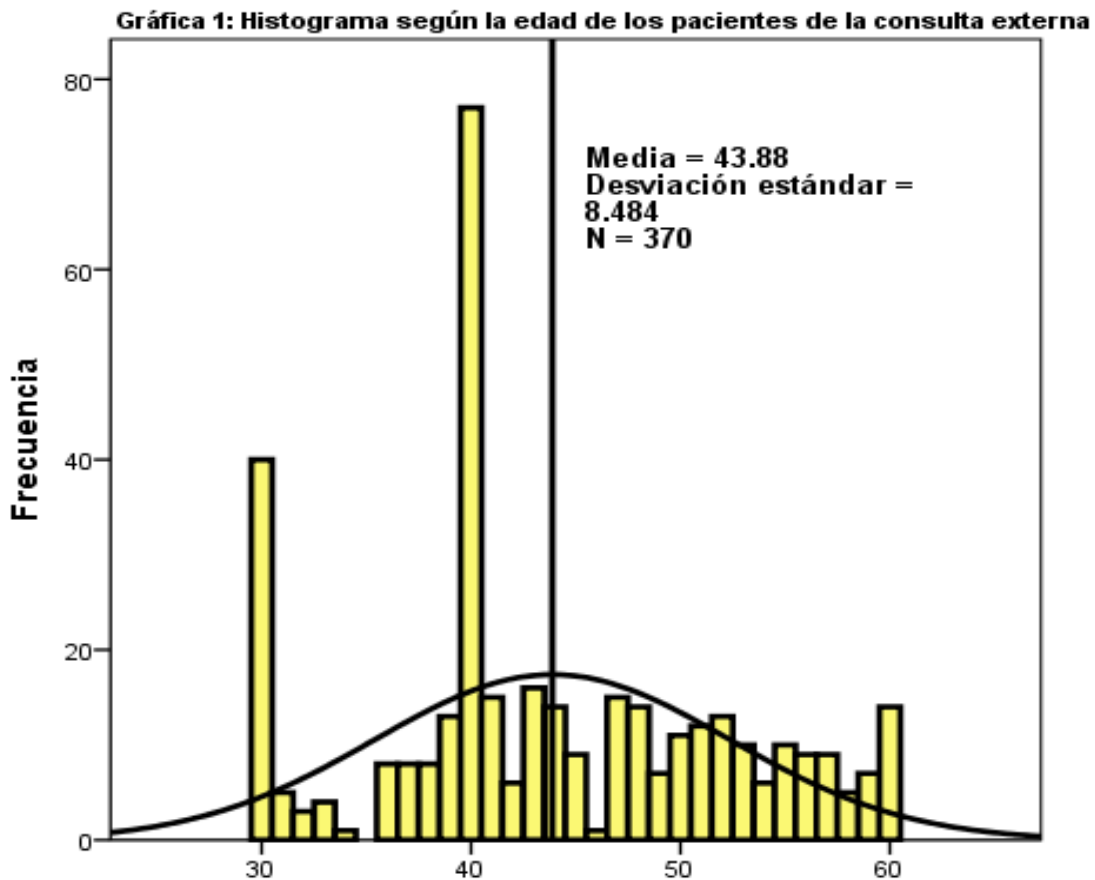
Realizado 

Programado 

RESULTADOS

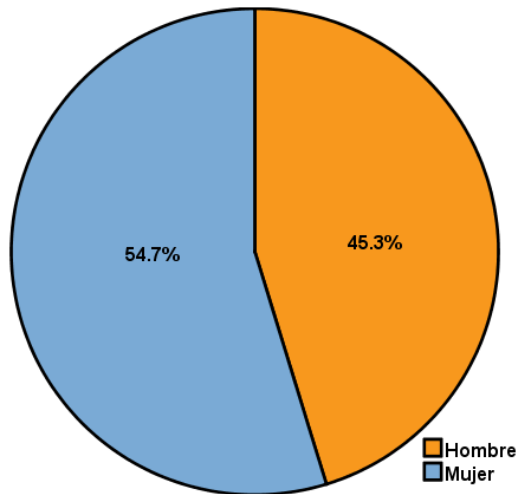
En el período de abril a junio de 2021, se realiza el estudio en la consulta externa en la UMF11 de Tapachula, donde se describen los siguientes hallazgos sobre la población en estudio.

La participación en este estudio fue en promedio de edad $\mu = 44 \pm 8$ y una $Mo = 40$ con una $Me = 42$ con una curva de la normalidad platocúrtica demostrando así que nuestros datos tienen un comportamiento disperso de la media teniendo una $Curtosis = -0.79$ y una $Asimetría = 0.15$ positiva ya que, la $\mu = 44 > Mo = 40$, según el Coeficiente de Asimetría de Pearson, la cual mide la diferencia entre la media y la moda respecto a la dispersión del conjunto de datos obtenidos. (Gráfica1)



Fuente: Datos obtenidos mediante la encuesta aplicada a los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial de la consulta externa del HGZ1 del IMSS en la UMF11, en el periodo de abril - junio 2021 en la Cd de Tapachula.

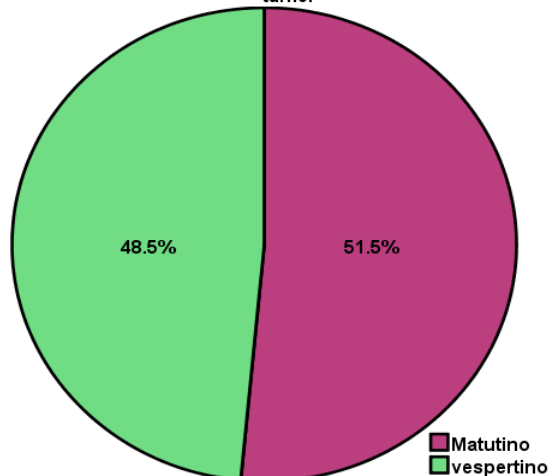
Gráfica 2: Porcentaje según el género de los pacientes que asisten a la consulta externa



Fuente: Datos obtenidos mediante la encuesta aplicada a los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial de la consulta externa del HGZ1 del IMSS en la UMF11, en el periodo de abril - junio 2021 en la Cd. Tapachula.

En la consulta externa de la UMF 11 del IMSS, se atienden a muchas personas de diversos tipos de patologías, dentro de ellas las que se encuentra en estudio con diagnóstico de hipertensión arterial, siendo más la afluencia en el género femenino que el masculino con una diferencia de 9.4 puntos porcentuales en el periodo de abril a junio del 2021. (Gráfica 2)

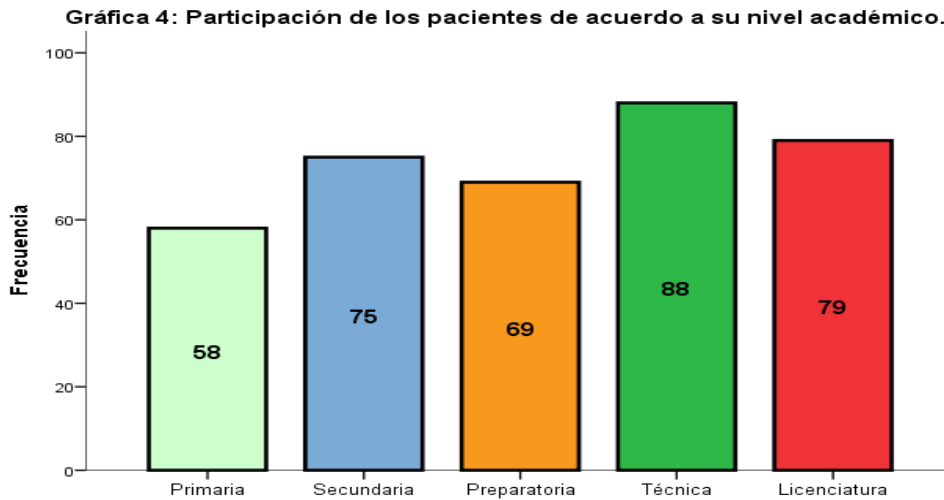
Gráfica 3: Porcentaje de pacientes que asisten a consulta externa por turno.



Fuente: Datos obtenidos mediante la encuesta aplicada a los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial de la consulta externa del HGZ1 del IMSS en la UMF11, en el periodo de abril - junio 2021 en la Cd. Tapachula.

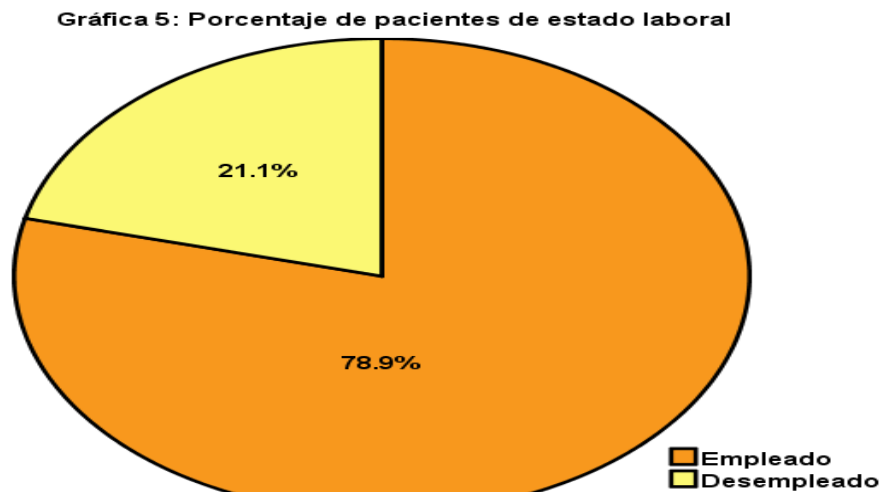
La pluralidad de las personas que asisten a la consulta externa, es bastante concentrada en el turno matutino con una mínima diferencia de 3 puntos

Porcentuales en comparación con el vespertino, en el período de abril – junio 2021.



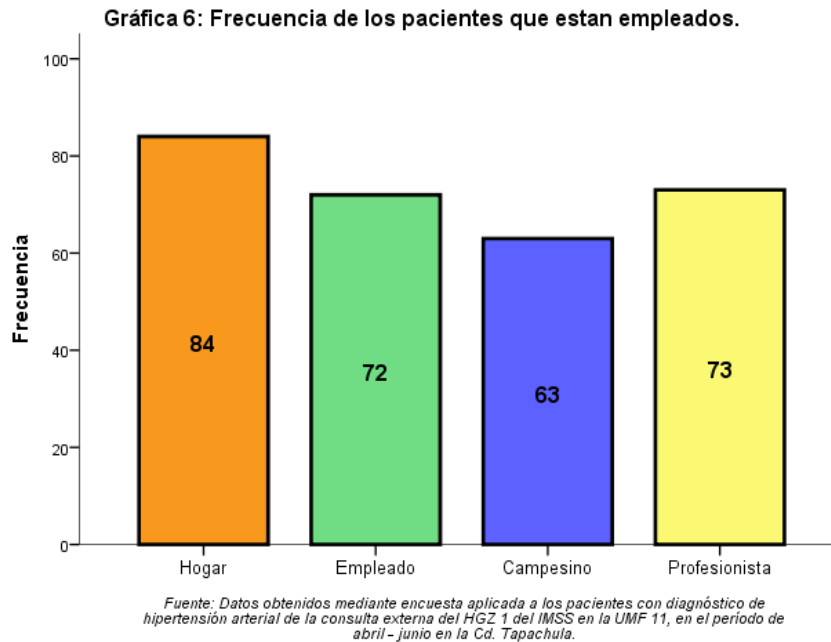
Fuente: Datos obtenidos mediante la encuesta aplicada a los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial de la consulta externa del HGZ1 del IMSS en la UMF11, en el periodo de abril – junio 2021 en la Cd. Tapachula.

El nivel académico de los asistentes el 100% sabe leer y escribir, 15.7% (n=58) cursó la primaria completa, 20.3% (n=75) secundaria terminada, 18.7% (n=69) preparatoria, 23.8% (n=88) tiene una carrera técnica terminada o la están cursando y licenciatura 21.4% (n=79). La escolaridad es vital para la parte médica ya que, al tener un grado de estudio es más viable poder dar una explicación sobre el padecimiento y las indicaciones sobre su tratamiento, cuidados, dieta, etc. De esta forma el equipo médico puede llevar un mejor control en el paciente cuando se conforma una buena relación médico – paciente. (Gráfica 4)

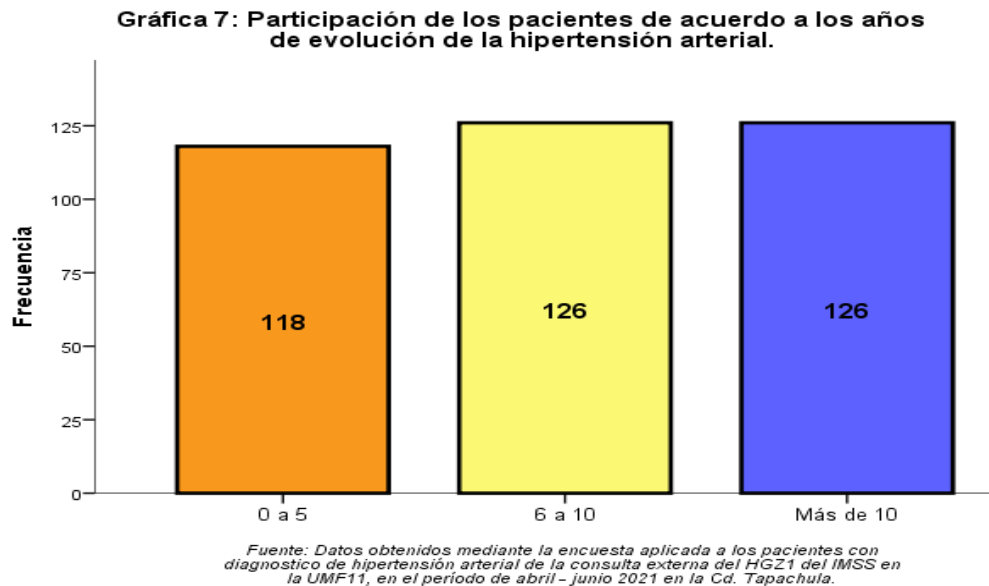


Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta aplicada a los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial de la consulta externa del HGZ 1 del IMSS en la UMF 11, en el periodo de abril – junio en la Cd Tapachula.

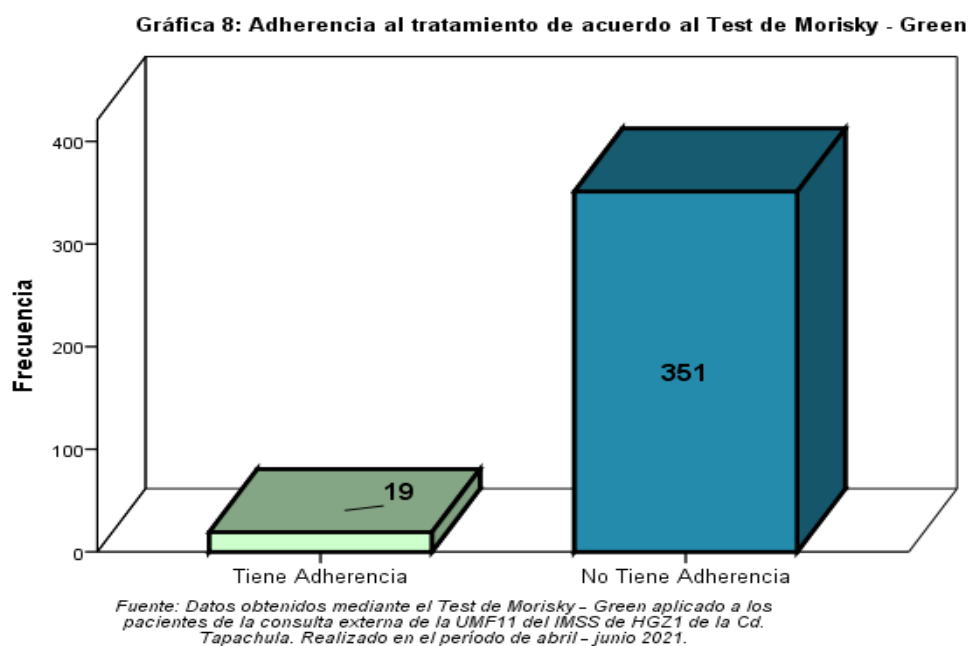
En la gráfica 5, se describe la ocupación laboral de los pacientes que asisten a la consulta externa con un diagnóstico de hipertensión, encontrándose que 78.9% (n=292) son empleados, mientras que el 21.1% (n=78) refieren estar desempleados por lo que expresaron se dedican a los estudios.



De los empleados; 19.7% (n=73) profesionistas en dependencia públicas o privadas, 19.5% (n=72) son empleados, 22.7% (n=84) se dedican al hogar y el resto se dedica al trabajo de campo. (Gráfica 6)

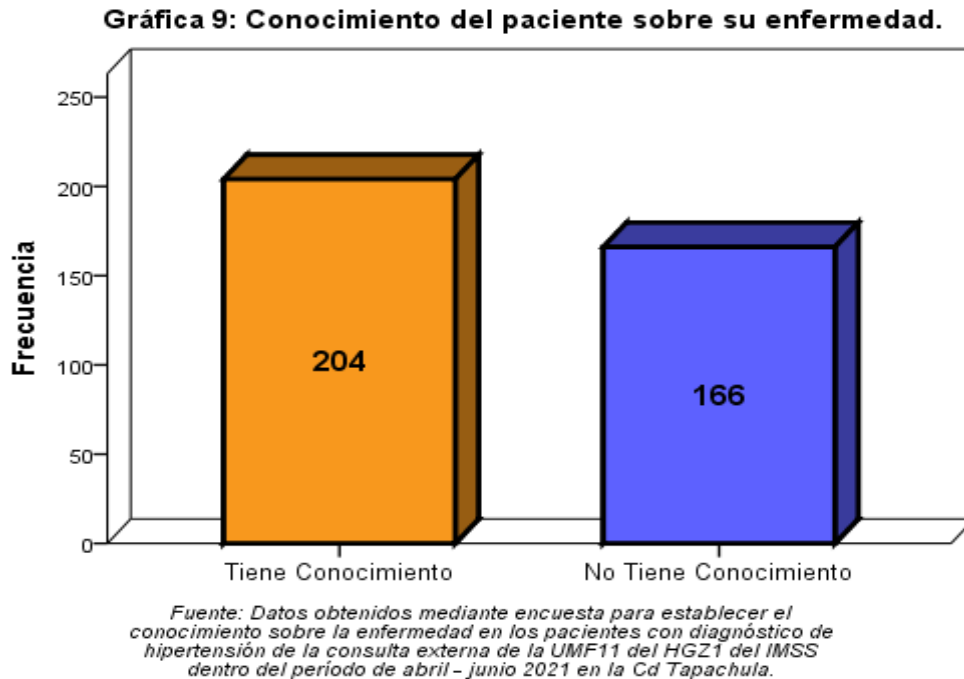


La hipertensión es una enfermedad silenciosa, y cuando ésta se detecta en la persona, se inicia con su tratamiento para el control de la misma y evitar complicaciones. El 34.1% (n=126) tienen una evolución de hipertensión de más de 10 años, de los cuales 67 son mujeres y 59 hombres, el mismo porcentaje tienen hipertensión de 6 a 10 años, de ellos 71 son mujeres y 55 hombres, 32% (n=118) hasta 5 años de evolución de la enfermedad al momento de la aplicación de la encuesta, siendo 64 del género femenino y 54 masculino. En total son 202 mujeres (54.6%) y 168 hombres (45.4%) con diagnóstico de hipertensión. (Gráfica 7)



De acuerdo al Test de Morisky – Green, los pacientes en estudio de la UMF11 con diagnóstico de Hipertensión, hay personas que se apegan al tratamiento conforme a las indicaciones del médico tratante en este caso un mínimo porcentaje tiene adherencia a su tratamiento médico respecto a su patología en estudio. El 5.1% (n=19) muestra esa actitud de estar pendiente de sus medicamentos, control de sus valores hipertensivos para evitar una crisis o complicaciones mientras que, 94.9% (n=351) no muestra esa adherencia a las indicaciones médicas ni seguimiento a su tratamiento aumentando la posibilidad de alguna complicación por descuido u omisión de su medicación indicada por el personal de salud de medicina familiar. (Gráfica 8)

De los 19 pacientes que está dentro de la adherencia al tratamiento, 6 tienen una evolución de 0 – 5 años, 5 personas con de 6 a 10 años con hipertensión y de los pacientes que llevan más de 10 años con esta enfermedad solamente 8 pacientes se preocupan por estar al pendiente de su medicación y las indicaciones que el médico prescribe para su tratamiento y control.



De acuerdo a la encuesta realizada para conocer si los pacientes que asisten a la consulta externa con un diagnóstico de hipertensión tiene el conocimiento necesario sobre su enfermedad, las indicaciones médicas, tratamiento y control de la misma. (Gráfica 9)

De los 370 pacientes en estudio, el 55.1% (n=204) sabe cómo llevar a cabo su control de su enfermedad para evitar alguna complicación o evitar crisis hipertensivas inesperadas que lleguen a poner en riesgo su salud. Teniendo en cuenta a quien acudir de ser necesario, la dieta a seguir, realizando ejercicio acorde a la edad y padecimiento sin exceder en esfuerzos mientras su cuerpo se lo permita.

Mientras que, el 44.9% (n=166) no tiene el conocimiento necesario para sobrellevar su enfermedad, teniendo quizás esporádicamente crisis hipertensivas por descuido en la dieta, en dejar su medicación, acudiendo con personas que no están en el ámbito de la salud.

De los 204 pacientes que tienen conocimiento; 134 de ellos están de 0 hasta 10 años con evolución de enfermedad, y 70 llevan más de 10 años con la enfermedad.

Tabla 1: Relación Adherencia – Conocimiento.

		Adherencia				Total	
		Si		No		Fr	%
		Fr	%	Fr	%		
Conocimiento	Si	8	4	196	96	204	55.14
	No	11	7	155	93	166	44.86
Total		19	5	351	95	370	100

Fuente: Elaboración Propia.

En la Tabla 1, se observa la relación adherencia – conocimiento de los pacientes, en donde solo 4% (n=8) del 55.14% (n= 204) tienen conocimiento y tienen adherencia al tratamiento. Y se encontró que el 93% (n=155) no tienen adherencia y tampoco conocimiento. Del 100% (n=370) solo el 5% (n=19) tiene adherencia al tratamiento médico.

Tabla 1: Relación Género – Conocimiento.

		Género				Total	
		Masculino		Femenino		Fr	%
		Fr	%	Fr	%		
Conocimiento	Si	9	47	10	53	19	5.14
	No	159	45	192	55	351	94.86
Total		168	45	202	55	370	100

Fuente: Elaboración Propia.

En torno al género las mujeres tienen más conocimiento sobre su enfermedad que los hombres habiendo una diferencia mínima entre ellos, 47% (n=9) de los hombres y 53% (n=10) de las mujeres.

Tabla 1: Relación Género – Adherencia.

		Género				Total	
		Hombre		Mujer		Fr	%
		Fr	%	Fr	%		
Adherencia	Si	95	47	109	53	204	55.14
	No	73	44	93	56	166	44.86
Total		168	45	202	55	370	100

Fuente: Elaboración Propia.

En cuanto, a la adherencia las mujeres están apegados a su tratamiento que los hombres, de 53% (n=109) a 47% (n=95) respectivamente.

CONCLUSIÓN

Durante el proceso de este estudio de investigación que se llevó a cabo en la UMF11 en el IMSS de la Ciudad de Tapachula, se ingresaron a 370 personas tanto mujeres como hombres de edad de 30 a 60 años, en el período de abril – junio de 2021.

Todos con diagnóstico de hipertensión arterial desde 0 a más de 10 años de evolución de la misma, en la institución de salud se encuentra un área de prevención e información, así como las pláticas constantes sobre enfermedades crónicas degenerativas de las cuales el índice de prevalencia e incidencia viene en aumento posterior a la pandemia por COVID-19, donde muchas personas fueron diagnósticas con hipertensión, desconociendo hasta ese momento que padecían de la presión arterial.

Dentro de la población el 55.1% tiene el conocimiento y el 5.1% que tiene adherencia solo el 2.1 % (n=8) coinciden con la adherencia y el conocimiento sobre su enfermedad, esto nos crea una incertidumbre de como las personas no tienen el cuidado de seguir las indicaciones médicas, aun teniendo el conocimiento y aumentando las probabilidades de una complicación a su salud.

En el género femenino se da más el conocimiento 29% (n=109) mientras que el 26% (n=95) en hombres, tomando en cuenta que ambos géneros tienen el 1.1% en adherencia y conocimiento. Hoy día debemos sensibilizar a la población a tener apego a su tratamiento médico sensibilizando a las personas para poder evitar o disminuir el índice de prevalencia e incidencia en la hipertensión arterial en la población, que está siendo detectada a temprana edad debido a los antecedentes heredofamiliares, hábitos alimenticios, consumo de alcohol y tabaco y otros factores que contribuyen a dañar la salud arterial en la persona.

La hipertensión arterial es de las enfermedades no transmisibles que causa el mayor número de muertes; por lo tanto, mejorar el control de hipertensión en la población podría tener un impacto positivo considerable de igual manera en la institución de salud a nivel económico. Para llevar a cabo esta reducción eficaz en el aumento de la incidencia y controlar la prevalencia en los sistemas de los

servicios de salud, sería fundamental elaborar y ejecutar una práctica con una estrategia de intervención múltiple que cuente con una voluntad política fortalecida. De tal manera que, debemos crear un entorno en el cual el control de la hipertensión sea prioritario y los interesados directos, así como las instituciones de salud sean los defensores en este tema y se identifiquen con las funciones, responsabilidades que se establezcan.

Siendo necesaria la participación de los pacientes, médicos, enfermeras, farmacéuticos y trabajadores sociales, entre otros, constituyendo un equipo multidisciplinario, debemos tomar en cuenta que el aplicar una estrategia es necesario realizar una evaluación formativa para poder establecer las deficiencias para que el programa a implementar tenga un éxito y alcance las metas y objetivos planteados.

DISCUSIÓN

A la vista de los hallazgos en este estudio y la coincidencia mínima en la adherencia, conocimiento y la importancia de tomar medidas dirigidas a concientizar a la sociedad del momento de adoptar hábitos saludables de vida como medio para evitar la HTA y las enfermedades vinculadas a ésta y que son la principal causa de muerte y discapacidad en la población.

El 33.5% (n=124) de la población en estudio han mantenido sus valores en 120/85 mm Hg de los cuales solo 60 personas tiene el conocimiento adecuado sobre sus valores, cuidados y medicación, mientras que el 66.5% (n=246) sobrepasa estos niveles, señalando que 102 pacientes aun teniendo el conocimiento descuidan sus valores presión arterial.

Así mismo, según el test de Morisky – Green en la adherencia del 33.5% solo el 3.2 % de ellos tiene adherencia al tratamiento, es contradictorio el saber que los pacientes teniendo la información adecuada en las manos, y el tratamiento prescrito por el médico familiar no tenga el momento de cuidar sus valores de presión arterial y pierda el apego o la adherencia a todo lo inherente a su enfermedad, aumentando las posibilidades de complicaciones y riesgos en su salud.

Lo realizado en este estudio de investigación en la UMF11 del IMSS fue un hallazgo muy importante por la baja adherencia de las personas en su enfermedad lo cual perjudica la evolución clínica de los pacientes, causando un aumento de la morbimortalidad y gastos al sistema de salud.

Este estudio evidenció que el factor mayormente se relacionó fue *¿Cuándo se encuentra bien?, ¿deja de tomar la medicación?* podemos determinar, que de acuerdo a esto, que por sentirse bien, se deje de tomar su medicación, siendo un factor que llega a repercutir negativamente mostrando resistencia posterior a los medicamentos, su control y su salud en las personas hipertensas, de esta forma dificulta al equipo médico la adherencia a largo plazo aumentando los factores de riesgo.

El dejar de tomar los medicamentos en el paciente al sentir que ya está estable su salud en cuanto a sus valores, llega a ser una variable muy importante que puede llegar a provocar barreras para la ingesta medicamentosa y aún más cuando la edad en el paciente avanza, en este caso se pueden implementar diferentes estrategias para apoyarlos en la medida que vayan cumpliendo años, ya que, la orientación a una persona de 30 o 40 años que puede recordar todas las indicaciones médicas a una persona de 60 años o más.

La evaluación diagnóstica de la escala de Morisky, es muy sensible en la detección a los pacientes que no cumplen apropiadamente el régimen terapéutico y que es efectiva para estimar la probabilidad de que, detectado un adherente a seguir la medicación, verdaderamente sea adherente a la ingesta medicamentosa.

RECOMENDACIONES

- ❖ Optimizar el uso de recursos humanos con que cuenta la clínica número 11 del imss, para formación de grupos de trabajo multidisciplinarios.
- ❖ Capacitar al equipo de salud en implementación de programas educativos, adaptando a necesidades y específicas características de la población.
- ❖ El paciente siempre será el responsable de su salud, se tendría que mejorar la percepción de esta responsabilidad.
- ❖ Evite la vida sedentaria, Un programa de ejercicios adecuados a la edad y capacidades personales ayuda a controlar el peso, a fortalecer nuestro corazón y a controlar la Tensión arterial.
- ❖ Que se desarrollen nuevas estrategias de educación, así como talleres abordando temas sobre medidas de prevención relacionado a hipertensión arterial.
- ❖ Promover campañas que aumenten más la información al paciente y que mejore su implicación en el proceso de enfermedad con objetivos para el mejor control de su hipertensión.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- victoria ramos m. hipertensión arterial: novedades de las guías 2018. rev urug cardiol .2019; 34 (1): 53-60.
- 2.- Gijón conde t, et al. Documento de la sociedad española de hipertensión- liga española para la lucha contra la hipertensión arterial (SEH-LELHA) Sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial. Hipertens Riesgo Vasc. 2018; 34 (1): 352-63.
- 3.- Tagle R. Diagnóstico de hipertensión arterial. rev. med. clin. Condes. 2018; 29 (1): 12-20.
- 4.- Espinosa Brito AD. Hipertensión arterial: cifras para definirla al comenzar 2018. Revista finlay.2018; 8 (1): 66-74.
- 5.- Rosas Peralta M, Borrayo Sánchez G. Impacto de los nuevos criterios para diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial sistémica sugeridos por la American College of Cardiology/American Heart Association. Gaceta med de mexico.2018; 154(1): 633-637
- 6.- Williams B. Mancia G. Los 10 mandamientos de las guías europeas 2018 de Hipertensión en Adultos. Europ Heart Journal. 2018; 39 (33): 3007-3008.
- 7.- Campos Nonato I, Hernández Barrera L, Pedroza Tobías A, Medina C, Barquera S. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. Ensanut MC 2016. Salud Publica Mex 2018; 60 (3):233-243
- 8.- Para H, Abufhele A, Alarcón G, Barquín I, Escobar E, Fernández M , Lanás F, Varleta P. Guías para la monitorización ambulatoria de presión arterial de 24 horas. Documento de la Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Rev chilena cardiol.2017;36 (3): 264-274.
- 9.- Ortega Anta RM, Jiménez Ortega AI, Perea Sánchez JM, Cuadrado Soto E, López Sobaler AM. Pautas nutricionales en prevención y control de la hipertensión arterial. Nutr Hosp 2016; 33(4):53-58.
- 10.- Trindade Radovanovic CA., Alfonso dos Santos L. de Barros Carvalho MD, Silva Marcon S. Hipertensión arterial y otros factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares en adultos. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014; 22 (4):547-53

- 11.- Ortiz R et al. Factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en la población rural de Quingueo Ecuador. Rev latinoamericana de hipertens. 2017; 12(3):95-103
- 12.- García Castañeda NJ, Cardona Aragón D, Segura Cardona AM, Garzón Duque MO. Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión. Rev colomb cardiol. 2016; 23 (6): 528-534.
- 13.- Gómez León Mandujano A, Morales López S, Álvarez Díaz CJ. Técnica para una correcta toma de la presión arterial en el paciente ambulatorio. rev de la fac de med de la unam.2016; 59 (3): 49-55
- 14.- García Casilimas GA, Augusto Martin D, Martínez MA, Merchán CR, Mayorga CA, Barragán AF. Fisiopatología de la hipertensión arterial secundaria a obesidad. Arch cardiol mex. 2017; 87 (4): 336-344.
- 15.- Pragna P. et al. Mejor control de la presión arterial para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares: Proyecto de Prevención y Tratamiento Estandarizado de la Hipertensión Arterial. Rev Panam Salud Pública.2017; 41 (12): 1284-1294.
- 16.- PiskoRz D. hipertensión arterial: diagnóstico y metas terapéuticas en la era de la medicina basada en las evidencias. Rev. Méd. Rosa Rio. 2018; 84(1): 50-53.
- 17.- del Valle Soto M, Manonelles Marqueta P, de Teresa Galván C, Franco Bonafonte L, Luengo Fernández E, Gaztañaga Aurrekoetxea T. Prescripción de ejercicio físico en la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial. Documento de Consenso de la Sociedad Española de Medicina del Deporte (SEMED-FEMEDE). Arch Med Deporte.2015. 32(5): 281-312
- 18.- Martínez Fajardo EJ, García Valdez R, Álvarez Villaseñor AS. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial de un consultorio auxiliar. Med Gen Fam. 2019;8 (2): 56-61
- 19.- Rodríguez Abt JC, Solís Visscher RJ, Rogic Valencia SJ, Román Y , Reyes Rocha M. Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. 2015. Rev. Fac. Med. 2017; 65(1):55-60.
- 20.- Benítez Camps M. Dalfo Baque A. Actualización en el abordaje de la hipertensión arterial. Aten med fam. 2014; 10(8): 424-434.
- 21.- Rubio Guerra AF. Nuevas guías del American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension para el tratamiento de la hipertensión. ¿Un salto en la dirección correcta? Med Int Méx. 2018; 34(2): 299-303.

- 22.- Arrúa Torreani N. Nuevas guías de manejo de la hipertensión arterial 2017. Rev. Virtual Soc. Parag. Med. Int. 2018;5 (1): 09-11-
- 23.- Delucchi A, majul C, vicario A, cerezo G, fábregues G. Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en la Argentina. rev argent cardiol. 2017; 85 (4): 354-360.
- 24.- Fascel E, hernan zarate L, Ortiz L. Consideraciones en torno a las Guías USA 2017 de hipertensión arterial. Rev Med Chile . 2018; 146 (1):1317-1324.
- 25.- Pagès Puigdemont N, Valverde Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharm.2018; 59 (3): 163-172.
- 26.- Estrada rventos D. et al. Validación de un cuestionario de conocimiento sobre la hipertensión. Hipertens Riesgo Vasc. 2013; 40 (5): 200-208.

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	adherencia terapéutica y nivel de conocimiento de su enfermedad en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial de la consulta externa en la umf n°11
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	U.M.F. No. 11 , Tapachula de Córdova y Ordoñez, Chiapas 01 al 31 de mayo de 2019
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar el nivel de conocimiento de la hipertensión arterial y la adherencia terapéutica que tienen los pacientes hipertensos de la UMF N° 11 de Tapachula.
Procedimientos:	Se proporcionara cuestionario-encuesta para la recolección de datos para determinar el nivel de conocimiento de la hipertensión arterial y la adherencia terapéutica que tienen los pacientes hipertensos de la UMF N° 11 de Tapachula.
Posibles riesgos y molestias:	Sin Riesgo
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Que el paciente evaluado, obtenga un resultado del cuestionario aplicado, se le otorgue una estrategia de capacitación sobre el tema y complicaciones mediante sesiones clínicas o departamentales, a través de un médico o talleres.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Grupal de manera confidencial, además de ofrecer una capacitación a los pacientes que tengan malos estilos de vida y poca adherencia al tratamiento para evitar las complicaciones.
Participación o retiro:	Conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente sin que ello afecte mi desempeño laboral en el Instituto Mexicano del Seguro Social.
Privacidad y confidencialidad:	La información proporcionada se mantendrá en total confidencialidad.
En caso de colección de material biológico (si aplica): <input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____ Beneficios al término del estudio: _____	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Arturo Tirado Barrios. Matrícula 98073816. E-mail: arthurtirado_@hotmail.com. Cel.: 9621481975
Colaboradores:	Dr. Ludvick Torres López Matrícula IMSS: 99079746. E-mail: ludvick21@hotmail.com Tel: 962 155 9903
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
Nombre y firma del participante	Arturo Tirado Barrios Nombre y firma del Investigador _____
Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio Clave: 2810-009-013	



INVESTIGACION: ADHERENCIA TERAPEUTICA Y CONOCIMIENTO DE SU ENFERMEDAD DEL PACIENTE HIPERTENSO.

Estimado derechohabiente con el propósito de conocer el nivel de conocimiento que usted tiene de su enfermedad y su cumplimiento terapéutico le solicitamos su valiosa participación para contestar el presente cuestionario, el cual es de forma voluntaria, anónima y autoaplicable sin repercusiones en su atención médica prestada por la institución.

INSTURCCIONES: ESCRIBA LOS DATOS SOLICITADOS Y TACHE EL CUADRO DE LA RESPUESTA CORRECTA SEGÚN SU PERSONA.

FOLIO: _____	N° DE AFILIACION: _____
1.- CONSULTORIO: _____	TURNO: M () V ()
2.- EDAD: _____	GENERO: M () F ()
3.- ESCOLARIDAD:	Primaria () Secundaria () Preparatoria () técnica () Licenciatura ()
4.- OCUPACION:	Ama de casa () Empleado(a) () Campesino () Profesionista () otros () cual: _____

5. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	Si ()	No ()
6. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Si ()	No ()
7. ¿Cuándo se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	Si ()	No ()
8. ¿Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	Si ()	No ()

9. ¿cuantos años hace que usted es hipertenso/a?	0-5 ()	6-10 ()	Más de 10 ()
10. ¿a partir de qué valor se considera una persona hipertensa?	140/90 ()	160/95 ()	120/85 ()
11. ¿es la hipertensión una enfermedad para toda la vida?	Si ()	No ()	No lo sé ()
12. habitualmente ¿ con quién acude para la visita de seguimiento de la hipertensión?	Personal médico ()	Personal de enfermería ()	Ambos ()
13. ¿le han explicado que es la hipertensión?	Si ()	No ()	No recuerdo ()
14. ¿tener la presión arterial elevada puede producir problemas a los ojos?	Si ()	No ()	No lo sé ()
15. ¿tener la presión arterial elevada puede producir problemas al corazón?	Si ()	No ()	No lo sé ()
16.- ¿tener la presión arterial elevada puede producir problemas de artrosis?	Si ()	No ()	No lo sé ()
17. ¿tener la presión arterial elevada puede producir problemas al cerebro?	Si ()	No ()	No lo sé ()
18. ¿tener la presión arterial elevada puede producir problemas a los riñones?	Si ()	No ()	No lo sé ()
19. Un/a hipertenso/a con diabetes ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?	Si ()	No ()	No lo sé ()
20. Un/a hipertenso/a con obesidad ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?	Si ()	No ()	No lo sé ()
21. Un/a hipertenso/a fumador/a ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?	Si ()	No ()	No lo sé ()
22. Un/a hipertenso/a con colesterol alto ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?	Si ()	No ()	No lo sé ()
23. ¿crees que es importante la dieta para el hipertenso?	Si ()	No ()	No lo sé ()
24. una dieta pobre en grasas, abundante en frutas y verduras ¿es importante para disminuir la presión arterial?	Si ()	No ()	No lo sé ()
25. ¿es aconsejable disminuir el consumo de sal?	Si ()	No ()	No lo sé ()
26. ¿crees que se puede controlar la hipertensión solo con medicación?	Si ()	No ()	No lo sé ()
27. ¿toma medicamentos para la hipertensión?	Si ()	No ()	No lo sé ()
28. ¿cree que usted puede aumentar o disminuir la dosis del medicamento si le sube o le baja la presión?	Si ()	No ()	No lo sé ()
29. ¿cree que usted puede dejar el tratamiento cuando tiene la presión arterial controlada?	Si ()	No ()	No lo sé ()
30. ¿cree que el perder peso en personas obesas pueda ayudar a bajar la presión arterial?	Si ()	No ()	No lo sé ()
31. ¿cree que caminar cada día de ½ a 1h puede reducir el riesgo de una enfermedad del corazón?	Si ()	No ()	No lo sé ()
32. ¿cree que si se toma la vida con tranquilidad puede favorecer el control de la hipertensión?	Si ()	No ()	No lo sé ()
33. ¿piensa que el apoyo de la familia/amigos puede ayudarle?	Si ()	No ()	No lo sé ()
34.- piensa que el médico ,la enfermera o farmacéutico pueden ayudarle	Si ()	No ()	No lo sé ()