

MONICA GUADALUPE VALDOVINOS
ROSALES

ASOCIACIÓN DEL NIVEL DE RESILIENCIA Y LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN EL ADULTO
MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA

2022

Universidad Autónoma de Querétaro

“ASOCIACIÓN DEL NIVEL DE RESILIENCIA Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA
EN EL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA”

TESIS

QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MÉD. GRAL. MÓNICA GUADALUPE VALDOVINOS ROSALES

DIRIGIDO POR:

DRA. EN E. LUZ DALID TERRAZAS RODRÍGUEZ

Santiago de Querétaro, Qro. Febrero de 2022



Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales
de Información



ASOCIACIÓN DEL NIVEL DE RESILIENCIA Y LA
ADHERENCIA TERAPÉUTICA
EN EL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL SISTÉMICA

por

Mónica Guadalupe Valdovinos Rosales

se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0
Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Clave RI: MEESC-284268



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

Especialidad de Medicina Familiar

“ASOCIACIÓN DEL NIVEL DE RESILIENCIA Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA
EN EL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA”

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la

Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Médico General Mónica Guadalupe Valdovinos Rosales

Dirigido por:

Dra. En E. Luz Dalid Terrazas Rodríguez

DE. Luz Dalid Terrazas Rodríguez

Presidente

Med. Esp. Verónica Campos Hernandez

Secretario

Mtra. Ma. Azucena Bello Sánchez

Vocal

Med. Esp. Karla Elizabeth Margain Pérez

Suplente

M. en E. Martha Leticia Martínez Martínez

Suplente

Centro Universitario, Santiago de Querétaro, Qro.

Febrero, 2022.

RESUMEN

Introducción: El principal factor asociado al control de la hipertensión arterial es la adherencia terapéutica, sin embargo la falta de adherencia se sitúa como un problema de salud pública, se sugiere que la resiliencia individual tiene un efecto positivo sobre la adherencia, establecida como una variable protectora. Objetivo: determinar la asociación entre el nivel de resiliencia y la adherencia terapéutica en el adulto mayor con hipertensión arterial sistémica. Material y Métodos: estudio transversal analítico, se consideraron 2 grupos, adultos mayores con hipertensión arterial sistémica con adherencia y no adherencia al tratamiento, definida la adherencia de acuerdo al Test de Morisky Green Levine. El tamaño de muestra n=99 para el grupo sin adherencia y 101 para el grupo con adherencia, la técnica muestral fue no probabilístico por casos consecutivos, empleando como marco muestral la presencia física de los pacientes en la sala de espera de la unidad médica, para evaluar el nivel de resiliencia se utilizó la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) y se categorizó en nivel alto, medio y bajo, el análisis estadístico incluyó promedios, desviación estándar, porcentajes, razón de momios, intervalos de confianza para razón de momios, Chi-cuadrada y Mann Whitney. Resultados: Se identificó asociación entre la resiliencia y adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial sistémica, en el grupo con adherencia 91.1% presentó resiliencia alta y en el grupo con no adherencia el porcentaje fue de 59.6% (p=0.000). Conclusiones: Existe asociación entre resiliencia y la adherencia terapéutica en los adultos mayores con hipertensión arterial sistémica.

Palabras clave

Resiliencia. Adherencia Terapéutica. Adulto mayor. Hipertensión.

SUMMARY

Introduction: The main factor associated with the control of arterial hypertension is therapeutic adherence, however, lack of adherence is a public health problem, it is suggested that individual resilience may have a positive effect on adherence, it is set as a protective variable. Objective: determine the association between resilience and adherence to pharmacological treatment in the elderly with systemic arterial hypertension. Material and Methods: analytical cross-sectional study, 2 groups of older adults with systemic arterial hypertension with adherence and non-adherence to treatment were considered, defined adherence according to the Morisky Green Levine Test. The sample size $n = 99$ for the group without adherence and 101 for the group with adherence, the sampling technique was non-probabilistic for consecutive cases, using the physical presence of the patients in the waiting room of Clinic as the sampling frame. To assess the level of resilience, the Mexican Resilience Scale (RESI-M) was used and it was categorized into high, medium and low levels, the statistical analysis included means, standard deviation, percentages, odds ratio, confidence intervals for ratio of odds, Chi-square and Mann Whitney. Results: An association was identified between resilience and therapeutic adherence in patients with arterial hypertension, in the group with adherence 91.1% presented high resilience and in the group with non-adherence the percentage was 59.6% ($p = 0.000$). Conclusions: There is an association between resilience and therapeutic adherence in older adults with systemic arterial hypertension.

Key words

Resilience. Therapeutic adherence. Elderly. Hypertension.

Dedicatorias

Con felicidad y sentimientos encontrados dedico este proyecto a mi familia que me ha apoyado desde el inicio de mis estudios profesionales, en especial agradecimiento a mis padres, mi mamá Rosita que con entrega y mucha perseverancia nunca se ha rendido ni en las circunstancias más difíciles, a mi papá Enrique que ahora lucha por recuperar su salud, quien me ha demostrado que nada es imposible y que siempre me ha alentado a ser un mejor ser humano y profesional.

Dedico también este trabajo a mis hermanas, Saraí, Victoria y Carmen de quienes estoy sumamente orgullosa, que con su presencia y compañía me ha regalado la mayor de las alegrías, han demostrado su gran hermandad y brindado todo el amor y apoyo en los momentos de mi vida.

A mi compañero de vida Alexis quien durante la especialidad siempre ha caminado a mi lado y nunca ha dejado que desista y me ha brindado todo su apoyo y amor.

Agradezco al Dador de Vida por darme la oportunidad de llegar hasta este momento, agradezco por permitirme culminar mis estudios con adecuada salud y con mi familia a mi lado.

Agradecimientos

A mis padres que siempre me han sabido guiar, me han apoyado en todo, me han acompañado y entregado todo su amor.

A mi Directora de Tesis, Dra. Luz Dalid Terrazas Rodríguez quien con paciencia y disponibilidad supo asesorarme para culminar de la mejor forma este proyecto.

Al Dr. Enrique Villareal por apoyarme, asesorarme y darme las herramientas para poder dirigir este proyecto de la mejor manera.

A mis profesores y coordinadores de la especialidad que con su entrega y dedicación transmitieron todo su conocimiento.

Índice

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vii
Abreviaturas y siglas	viii
I. Introducción	1
II. Antecedentes	4
III. Fundamentación teórica	5
III.1 Resiliencia	5
III.1.2 Resiliencia en el adulto mayor	6
III.2 Adherencia terapéutica	9
III.2.1 Factores implicados en el incumplimiento	10
III.2.3 Adherencia terapéutica y resiliencia	11
III.3 Hipertensión arterial sistémica	12
III.3.1 Clasificación	13
III.3.2 Tratamiento de la hipertensión arterial	13
III.3.2.1 Tratamiento no farmacológico	13
III.3.2.2 Tratamiento farmacológico	15
III.3.5 Generalidades de la hipertensión arterial en el adulto mayor	18
IV. Hipótesis	20
V. Objetivos	22
V.1 General	22
V.2 Específicos	22
VI. Material y métodos	23
VI.1 Tipo de investigación	23

VI.2 Población o unidad de análisis	23
VI.3 Muestra y tipo de muestra	23
VI.4 Criterios de selección	24
VI.5 Variables de estudio	24
VI.6 Técnicas e instrumentos	25
VI.7 Procedimientos	25
VI.8 Análisis estadístico	26
VI.9 Consideraciones éticas	27
VII. Resultados	28
VIII. Discusión	34
IX. Conclusiones	38
X. Propuestas	39
XI. Bibliografía	41
XII. Anexos	49

Índice de Cuadros

Cuadro		Página
VII.1	Características sociodemográficas en el grupo con adherencia y no adherencia terapéutica	39
VII.2	Prevalencia por tipo de comorbilidad en el grupo con adherencia y no adherencia terapéutica	40
VII.3	Tiempo de evolución, tiempo en tratamiento y número de fármacos en el grupo con adherencia y no adherencia terapéutica	41
VII.4	Asociación entre resiliencia y adherencia terapéutica en adultos mayores con hipertensión arterial	42
VII.5	Asociación entre las dimensiones de resiliencia y adherencia terapéutica en el adulto mayor con hipertensión arterial	43

Abreviaturas y siglas

HTA: hipertensión arterial

RESI-M: Escala de medición de resiliencia con mexicanos

OMS: Organización Mundial de la Salud

ENSANUT MC: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición medio camino

PAS: presión arterial sistólica

MAPA: monitoreo ambulatorio de presión arterial

JNC 8: Eighth Joint National Committee

ERC: enfermedad renal crónica

PA: Presión arterial

CV: cardiovascular

UMF: Unidad de Medicina Familiar

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

VIH: virus de inmunodeficiencia humana

I. Introducción

La hipertensión arterial sistémica se identifica como una de las causas modificables más prevalente para enfermedad cardiovascular y muerte, y según la Organización Mundial de la Salud figura como un problema de salud pública sumamente prevalente en todo el mundo. En México en el 2015 la prevalencia fue de 31 %, encauzada sobre una tendencia creciente. (Ezzati, 2002; OMS, 2013; Peralta, 2016)

La hipertensión arterial (HTA) se define como una enfermedad de causa multifactorial identificado por aumento permanente de la presión arterial sistólica (PAS) o diastólica igual o mayor a 140/90 mmHg. En el adulto mayor la presión arterial aumenta debido al proceso de envejecimiento, por aumento en la rigidez de las arterias, el remodelado vascular, los cambios en mecanismos renales y hormonales, por lo cual, su incidencia se eleva de forma importante. (NOM, 2009; Cruz, 2019)

El control en este padecimiento es de gran importancia, ya que de esto depende la disminución de las complicaciones, un componente implicado en el control de la hipertensión es la adherencia terapéutica, esta se definida como el grado en el que la persona toma los medicamentos, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios en el estilo de vida y que coinciden con las recomendaciones otorgadas por el facultativo. Los estudios de adherencia terapéutica en hipertensión arterial confirman que la cifra de pacientes no cumplidores alcanza cerca del 40 % para el tratamiento médico farmacológico y entre el 60 y 90 % para el tratamiento médico no farmacológico. (Zhang, 2011; OMS, 2004; Bertoldo, 2013; Buitrago, 2011)

Diversos son los factores descritos en el adulto mayor como causa de no adherencia al tratamiento farmacológico, existe evidencia para el aumento de médicos prescriptores, la polimedicación, la complejidad de la pauta posológica, la depresión y el deterioro cognitivo y funcional. (Vik, 2004; O'Dogherty, 1997)

Un aspecto importante en el adulto mayor para hacer frente a la adversidad es la resiliencia, definida como la capacidad para desplegarse psicológicamente sano y exitoso a pesar de vivir en contextos de riesgo o situaciones de estrés constante. Esto designado al individuo, las familias o grupos colectivos que tienen la capacidad de eliminar y recuperarse de los efectos negativos de la adversidad y las circunstancias desfavorables. (Rutter, 1993; Werener, 2003)

La vejez es una etapa en donde se presentan retos adaptativos, dificultades para las actividades de vida diaria y restricción de participación social, y la resiliencia en el adulto mayor contribuye a superar factores de riesgo como soledad, depresión, enfermedad crónica o muerte de alguna persona significativa. Es por tanto considerada una variable protectora, moduladora y amortiguadora de la salud física y mental. (Becker, 2005; Diaz, 2017; Brix, 2008)

Se ha sugerido que la resiliencia individual se puede modular y puede tener un efecto positivo en la adherencia. Los estudios han confirmado una relación significativa y positiva entre el nivel de resiliencia y la adherencia, sin embargo estos estudios han abordado otros padecimientos en los que se difiere ya que la evolución es más tórpida, los tratamientos más complejos, con repuestas inciertas y con complicaciones que pueden llegar a ser visibles, por lo que la expresión de la resiliencia puede ser diferente en la analizada en este estudio. (Vinaccia, 2011; Yaimi, 2013)

La importancia en mantener una adecuada adherencia al tratamiento que el adulto mayor con hipertensión arterial sistémica radica en evitar las múltiples complicaciones tratándose de una enfermedad altamente prevalente, aunado a esto, es importante conocer el nivel de resiliencia en esta población ya que se ve vulnerada por el propio envejecimiento y las transiciones de la vida, las cuales pueden conllevar a la mala adaptación de eventos negativos que pueden impactar directamente en el apego al tratamiento de su padecimiento.

Por lo anteriormente mencionado esta investigación tiene el objetivo de evaluar la resiliencia en el adulto mayor y de qué forma se ve asociada a la adherencia terapéutica en la hipertensión arterial sistémica.

II. Antecedentes

La Resiliencia es la capacidad que tiene una persona para enfrentar las adversidades de la vida, no solo superarla, sino también transformarla en algo positivo. Más recientemente se ha estudiado a la resiliencia en el campo de la salud, conceptualizándose como la capacidad de mantener una adecuada salud entre una gran adversidad, capacidad que puede desarrollarse y adquirirse en el ambiente. (Grotberg, 2006; Quinceno, 2011)

Las investigaciones en resiliencia y su relación en enfermedades crónicas han concluido que la resiliencia es una variable protectora, reguladora y amortiguadora de la salud física y mental en situación de enfermedad, por lo que ha surgido la necesidad en algunos países de desarrollar programas de intervención para el fortalecimiento de esta. (Zautra et al., 2008)

En México, en el estado de Puebla se realizó un estudio de resiliencia y su correlación con la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con lupus eritematoso sistémico, se encontró una correlación significativa, en más de la mitad de los pacientes se encontró un nivel de resiliencia alta la cual se asoció a mayor edad. (Campos, 2019)

En España se realizó un estudio en donde se evaluaron los factores asociados a la resiliencia y adherencia terapéutica en pacientes con injerto renal, para la evaluación de la resiliencia se utilizó la escala de Connor Davidson aun no siendo significativos los resultados por el tamaño muestral, se demostró una influencia positiva de la resiliencia en la adherencia al tratamiento. (Dolato et al., 2018)

En EUA se estudiaron a 200 personas entre 23 y 71 años con diagnóstico de VIH/Sida, encontrándose que altos niveles de resiliencia estaban asociados con una mejor adaptación a la enfermedad y mejor calidad de vida, por lo que la promoción terapéutica de la resiliencia puede tener implicaciones positivas para promover comportamientos que mejoran la salud y reducen los comportamientos de riesgo (Farber, 2000).

III. Fundamentación Teórica

III.1 Resiliencia

La Resiliencia no es un concepto nuevo, su realidad viene desde época pasada. En los años 70s, Anthony y cols., observaron el comportamiento de niños que eran sometidos a entornos de riesgo, con el objetivo de conocer el desarrollo del niño antes de que presentaran la enfermedad, para determinar el cómo su vida se ha visto alterada debido a los obstáculos a vencer, las debilidades y las inmunidades que provocan esas situaciones, así como las defensas, competencias y capacidades desarrolladas para sobrevivir psicológicamente. Fue entonces cuando se introdujo el concepto de vulnerabilidad, pero también el de la invulnerabilidad, es decir el efecto de no desarrollar trastornos preconcebidos ante las mismas situaciones de riesgo y de ahí que Anthony (1987) desarrollara una clasificación de cuatro categorías de personas: las “hipervulnerables”, las “pseudovulnerables”, invulnerables y las no vulnerables. (Vázquez, 2019)

En cuanto a definiciones de Resiliencia se han establecido 31 definiciones explícitas y diferentes de este concepto. Sin embargo todas estas contienen una conformación similar, en donde prevalecen la aparición de 4 elementos principales: el tipo de cualidad como la plantea cada definición, sus manifestaciones, las dimensiones de la vida en las que se presenta y los factores ambientales ante las cuales se manifiesta. Sin embargo en la mayoría de definiciones la Resiliencia es representada, como habilidad o capacidad personal, como característica positiva de la personalidad, como proceso capaz de modificar y/o como capacidad adaptativa. (Cárdenas, 2011)

La resiliencia como concepto se ha abordado para su estudio desde la segunda mitad del Siglo XX; su origen etimológico es la palabra latina “resilio” que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. En el área de la Psicología, el término resiliencia retoma mayor interés a través de los trabajos del paidopsiquiatra Michael Rutter, quien plantea que la resiliencia “no debe ser entendida como una acción de negación a las situaciones difíciles de la vida: más bien debe ser entendida como la habilidad para seguir adelante a pesar de estas

circunstancias”. Según Rutter es complicado identificar el origen del surgimiento del interés en la resiliencia; el cual data del año 1955, con el estudio longitudinal desarrollado por Emmy Werner y Ruth Smith, en el que estudiaron, a lo largo de 30 años, una cohorte de 698 niños nacidos en las Islas Kauai (Hawái) quienes vivan en condiciones desfavorables. (Quiceno et al, 2011; Becoña, 2006; Luthar, 2006)

La resiliencia no puede ser vista como una sola dimensión o un atributo dicotómico que las personas tienen o no tienen; involucra la adquisición de múltiples habilidades en diferente grado que ayude al individuo a afrontar, en este estudio se identificara la resiliencia a través de la aplicación de la Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M) (Palomar-Lever y Gómez-Valdez, 2010). Consta de 43 ítems divididos en 5 factores: Fortaleza y confianza en sí mismo (19 reactivos, de Cronbach = 0.92), Competencia social (8 reactivos, de Cronbach = 0.87), Apoyo familiar (6 reactivos, de Cronbach = 0.87), Apoyo social (5 reactivos, de Cronbach = 0.84) y Estructura (5 reactivos, de Cronbach = 0.79) con un índice de consistencia interna de Cronbach = 0.93. (Palomar et al, 2010)

III.1.2 Resiliencia en el Adulto Mayor

La transición demográfica hacia el envejecimiento se identifica como un proceso que está surgiendo en gran parte del mundo. Durante los últimos años, México ha experimentado un cambio acelerado en los ámbitos demográfico y epidemiológico, con lo que se reforzó su paso hacia una etapa avanzada de la transición demográfica: la disminución de la mortalidad aumentó los años de sobrevivencia, así como aumento de la morbilidad de enfermedades crónicas. Este escenario repercute directamente en la situación laboral, familiar, socioeconómica y de salud física y mental. En diversos estudios se analiza el tema del aumento de la esperanza de vida, reflexionando acerca de si se está viviendo más años o se está viviendo con una mejor calidad de vida, al abordar esta problemática, se plantea que en especial este grupo etario se enfrenta con mayor frecuencia a la pérdida de seres queridos, presencia de enfermedades crónicas, dificultades para

realizar sus actividades de la vida diaria, pobreza, marginación, escaso o nulo acceso a servicios de salud y condiciones desfavorables en la vivienda, situándolos en una situación de vulnerabilidad, en donde cada uno de ellos afronta de forma diferente los obstáculos que se van presentando; algunos inclusive no logran superar estas situaciones, los adultos mayores son un grupo diverso y cada uno cuenta con recursos diferentes para responder a la adversidad; reconociendo estos fenómenos como resiliencia. (Greve et al, 2006)

La tercera edad es la etapa final del ciclo vital del ser humano, con características en respuesta al envejecimiento, con cambios a nivel físico, cognitivo, emocional y social, en ocasiones con deterioro gradual de la salud. Investigaciones nacionales e internacionales identificaron factores que favorecen respuestas resilientes en los en los adultos mayores, Navarro, Bueno, Buz y Mayoral, reportan que los adultos mayores de 75 años enfrentan de manera positiva las dificultades actuales y futuras, por lo que se piensa que su capacidad de afrontamiento presente y futura es más efectiva que en los adultos mayores de 85 años y, en relación al género, las mujeres más seniles se perciben menos capaces para realizar actividades que los varones muy mayores. En este contexto, los adultos mayores como seres adaptativos y estiman los efectos que pueden tener las adversidades en sus vidas, como la enfermedad, desempleo, pobreza, soledad, etc, y desarrollan estrategias de afrontamiento que propician su adaptación a los cambios físicos, económicos, familiares, sociales y laborales, como una herramienta para encontrar el sentido a lo sucedido y valorarlo de tal forma que resulte menos desagradable, ya que, ninguna estrategia se define como la mejor, sino que dependerá de los resultados que pueda tener en cada individuo, observando los beneficios, solo así será beneficioso llevarla a cabo en ese momento. (Banda et al, 2017)

La resiliencia como cualidad provee de herramientas para vencer factores de riesgo como soledad, depresión, enfermedad crónica o el duelo por la muerte de seres queridos, no solo se plantea el hecho de superar las situaciones difíciles sino convertir esto en una oportunidad para ser personas espirituales, optimistas, con actitud positiva, que sienten confianza para enfrentar los nuevos retos, que saben

dónde buscar ayuda, que toman y confían en sus decisiones, que mantienen estilos de vida saludables y en la medida de lo posible un buen estado de salud. De igual manera, procesan cognitivamente de forma efectiva los acontecimientos difíciles, manteniendo una adecuada relación y apoyo familiar, así como otras redes de apoyo como amigos, compañeros de asociaciones y grupos religiosos. (Díaz et al, 2017)

La Resiliencia como variable protectora juega un rol importante en la calidad de vida contribuyendo así en la salud mental de los pacientes, relacionando que un nivel alto de resiliencia se asocian con menor riesgo de sufrimiento psicológico. Se alude que la resiliencia individual puede ser modificada, teniendo un efecto modificable y positivo en la adherencia. Se proponen programas de apoyo para fortalecer la resiliencia y así mejorar el proceso de rehabilitación física y emocional, como el que se desarrolla desde la Asociación Psicológica Americana, donde se promueve un programa de diez formas de construir la resiliencia, usando diferentes estrategias para promover un adecuado afrontamiento, trabajando en cómo establecer relaciones de apoyo, evitar considerar las crisis como problemas insuperables, aceptar el cambio y entender que los sucesos en la vida no tienen una dirección lineal y aprender a conocernos. (Doalto et al, 2018)

Por lo tanto, la resiliencia se postula como algo emergente y potencialmente valioso dentro de diferentes dominios de la investigación sobre el envejecimiento. Se cree que explorar la resiliencia da como resultado conocimientos sobre oportunidades para mejorar el bienestar en la vejez, a pesar de las adversidades asociadas. Una mejor comprensión de la resiliencia puede ayudar a identificar factores de protección y facilitar el desarrollo de estrategias de intervención, tanto a nivel individual como de salud pública. (Angevaare et al, 2020)

III.2 Adherencia Terapéutica

En la actualidad, la falta de adherencia al tratamiento se considera como uno de los factores con mayor influencia negativa en la salud de los pacientes con enfermedades crónicas. Según datos de la OMS, en los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es solo del 50%. El incumplimiento terapéutico puede provocar efectos graves en la evolución de enfermedades, así como aparición de complicaciones e ineficacia de los medicamentos. (Sánchez et al, 2018)

La adherencia terapéutica se considera el término más apropiado para describir la respuesta positiva del paciente a la prescripción realizada por el prestador de servicios en salud, dado el sentido psicológico al que este pertenece. Es definida como una conducta que consta de diferentes aspectos del comportamiento, existen otros factores relacionados que en conjunto conllevan a que el paciente pueda tener participación y entendimiento de su tratamiento, de manera colaborativa con el profesional de la salud, con la posterior planificación de una participación proactiva y reflexiva de recursos para lograr el objetivo deseado. (La Rosa et al, 2007)

El incumplimiento al tratamiento de base o la falta de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, es un problema frecuente y relevante en la práctica clínica, que afecta principalmente a los pacientes con enfermedades crónicas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la adherencia carente a los tratamientos a largo plazo repercute de forma importante a la efectividad de los tratamientos, de tal modo que tiene importancia ya que se trata de uno de los factores modificables que inciden directamente en la evolución de las enfermedades. La hipertensión arterial se sitúa como uno de los problemas de salud pública entre los pacientes mayores de 60 años, esto se ha identificado en las consultas de atención primaria, un número considerable de pacientes hipertensos no logra mantener cifras óptimas de presión arterial, lo cual pudiera estar asociado con la falta de adherencia al tratamiento. (González et al, 2019)

Las investigaciones sobre adherencia terapéutica y HTA ofrecen información desalentadora. Algunos estudios afirman que la cifra de pacientes no cumplidores es cerca del 40 % para el tratamiento médico farmacológico y entre el 60 y 90 % para el tratamiento no farmacológico, considerando las medidas higiénicas, alimentación saludable, realización de ejercicio físico, intervención conductual, y el resto. Dada la alta prevalencia y baja adherencia en pacientes con hipertensión arterial se sitúa como un problema de salud a nivel mundial, presentándose en poblaciones con condiciones socioeconómicas y políticas diversas. (Pomares et al, 20017)

La falta de cumplimiento es la principal causa por la cual no se obtienen todos los beneficios que los medicamentos pueden otorgar a los enfermos. En relación se considera que la falta de adherencia terapéutica es la herramienta que se utiliza para considerar la magnitud con la que el paciente sigue o no las pautas médicas, lo cual implica de primera instancia la falta de aceptación en el diagnóstico y por consiguiente su efecto en el pronóstico de la enfermedad; cuando el seguimiento de las indicaciones es deficiente, el pronóstico empeora y los resultados pueden ser perjudiciales. (Ortega et al, 2018)

Los estudios han registrado que entre el 20 y 50% de los pacientes son atendidos de forma irregular en la consulta de diferentes centros de salud, por lo que no se identifica a aquellos pacientes que requieren de atención especializada o canalización a otros servicios de salud; por lo que no son atendidos de forma adecuada, teniendo una demanda mayor cerca del 80%. De acuerdo con esta información, la Secretaría de Salud describe que solamente el 4 al 12% de los pacientes con padecimientos específicos siguen de forma estricta el tratamiento farmacológico ante un diagnóstico certero. (Salinas et al, 2012)

III.2.1 Factores implicados en el incumplimiento

Factores relacionados con la enfermedad: Cuando un paciente va mejorando su estado de salud, en aspectos neurosicológicos y psicopatológicos, está presente la evolución, la psicopatología, la gravedad y los subtipos de trastornos como es el consumo de tóxicos.

Factores relacionados con el tratamiento: El tratamiento farmacológico ocasiona efectos secundarios como mal sabor, discinesias. Otros factores relacionados son: eficiencia, dosis y tiempo de acción, duración y complejidad, costos y vía de administración.

Factores relacionados con el entorno del paciente: Influye la actitud de la familia, de la persona enferma y su tratamiento, la relación paciente con el profesional de medicina o enfermería; influye, también, la supervisión y el soporte socio familiar.

Factores relacionados con el equipo terapéutico: Ésta es la relación del paciente y el profesional de la salud, ya sea paciente/médico, o bien, paciente/enfermera; la actitud frente al médico, ante la enfermedad, y el tratamiento; las características del medio terapéutico. (Franch et al, 2005)

III.2.3 Adherencia terapéutica y Resiliencia

La adherencia terapéutica implica ciertas conductas por parte del paciente y para que esta se lleve a cabo de forma adecuada se debe contar con un estilo de vida, salud mental y emocional, contexto social, situación laboral y antecedentes de salud favorables. Por otra parte, un factor importante a considerar para lograr adecuada adherencia al tratamiento es la resiliencia; es así que en los últimos años, las instituciones internacionales de la salud han recomendado usar el enfoque de la resiliencia, como una propuesta a identificar en los individuos sobre aquello que los

ayuda a preservar su salud y superar la adversidad, antes de pensar en lo que los enferma. Uno de los primeros en abordar este término fue Rutter describiéndola como la capacidad de adaptación manteniendo un equilibrio a pesar de situaciones adversas. Otros autores la describen como una capacidad que permite al individuo obtener lo positivo en una situación de estrés y por tanto se considera como una característica que contribuye a la adaptación del individuo de manera saludable. (Yaymi, 2013)

III.3 Hipertensión Arterial Sistémica

La hipertensión arterial sistémica es una patología crónica, multicausal, que provoca un daño vascular sistémico, incrementando la morbilidad y mortalidad de diversas enfermedades cardiovasculares. Esta situada como un problema de salud pública ya que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hipertensión arterial es la causa de por lo menos 45% de las muertes por cardiopatías y 51% por enfermedad vascular cerebral. (Peralta et al, 2016)

Según la OMS, el límite para definir a una persona como hipertensa es de más de 140 mm Hg en la presión sistólica o una elevación ≥ 90 mm Hg en la diastólica. Para su diagnóstico se pide que el paciente vuelva por lo menos dos ocasiones subsecuentes en las que la presión arterial se determine a partir de dos lecturas en condiciones que sean mejores y más favorables para la toma. (Peralta et al, 2016)

Su origen es multifactorial, entre los cuales se encuentran los factores genéticos, el exceso consumo de sodio, la edad avanzada, el tabaquismo, el sedentarismo y enfermedades crónicas como la obesidad, la dislipidemia y diabetes. A nivel mundial, aproximadamente el 40% de los adultos fueron diagnosticados con hipertensión en 2010 y en 2012 el 31.5% de los mexicanos de 20 años y más fueron diagnosticados con hipertensión. México diagnostica 450,000 casos nuevos cada año, y esa cifra podría duplicarse si se considera que hasta el

47.3% de las personas con hipertensión arterial no saben que la tienen. (Campos et al, 2018)

En México, a través de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Medio Camino (ENSANUT MC 2016) se conoce que la prevalencia actual de la hipertensión es de 25.5%, de los que 58.7% ya tenían diagnóstico previo y estaban en metas de control. Sin embargo, en el caso de los adultos mayores estas cifras aumentan: la prevalencia de hipertensión arterial en el grupo de mayores de 60 años es de 42.9%, de los que 46.8% ya tenían diagnóstico previo. El ENSANUT 2018 reporta un 18.4% de población de 20 años y más con diagnóstico médico previo de hipertensión, por entidad federativa Querétaro reporta 18% con diagnóstico de Hipertensión Arterial. (ENSANUT, 2018)

III.3.1 Clasificación

Basados en la evidencia los miembros del JNC 8 quienes realizan recomendaciones para el tratamiento de la hipertensión arterial y la clasifican como se menciona a continuación (James et al, 2014).

- Normal: Se acepta presiones < 120/80 mm Hg representan las cifras con menor riesgo para el desarrollo de complicaciones cardiovasculares,
- Pre hipertensión: Se cataloga cuando la sistólica oscila entre 120 y 139 o la diastólica entre 80 y 89.
- Hipertensión Grado 1: La integran los individuos que tienen valores de presión sistólica entre 140 y 159 mm Hg, o diastólica de 90 a 99 mm Hg.
- Hipertensión Grado 2: La integran los individuos que tienen valores de presión sistólica mayor a 160 mm Hg, o diastólica mayor a 100 mm Hg.

III.3.2 Tratamiento de la hipertensión arterial

III.3.2.1 Tratamiento no farmacológico

Un aspecto muy importante para mantener en control la hipertensión arterial es el cambio de estilo de vida lo cual puede retrasar o prevenir de forma importante el inicio de terapia farmacológica, siendo efectivo en los primeros grados de la enfermedad. Una de las barreras para poder lograr un cambio del estilo de vida es que al transcurrir el tiempo la adherencia y motivación se va perdiendo. Las medidas que frecuentemente se recomiendan y las cuales han demostrado que reducen la presión arterial son la disminución de la ingesta de sal, la restricción en el consumo de alcohol, el abandono del tabaco, consumo rico en frutas y verduras, la reducción y el control del peso y el ejercicio físico regular. (Soto, 2018)

Restricción de sodio en la dieta. Existe la evidencia suficiente en la relación causal entre la ingesta de sodio y la presión arterial, y se ha demostrado que el consumo excesivo de sodio (> 5 g/día, como una cucharadita de sal al día) se asocia con un aumento de la prevalencia de HTA y un aumento de la PAS con la edad. De igual manera como se comenta este beneficio se reduce con el paso del tiempo ya que se va perdiendo la adherencia a esta indicación, en personas de raza negra, personas mayores y en pacientes con diabetes, síndrome metabólico o ERC la disminución en el consumo de sodio debe ser mayor. La disminución de la ingesta de sal en la dieta puede disminuir el número y dosis de medicamentos antihipertensivos para permitir el adecuado control de la hipertensión. (Williams, 2019).

Moderación del consumo de alcohol. El consumo moderado ha demostrado que tiene beneficios a nivel cardiovascular, previniendo infartos cardíacos. Un consumo excesivo tiene un gran efecto vasopresor. Por lo que es necesario recomendar a los pacientes hipertensos que su consumo no puede exceder los 200 ml de vino al día o 45 ml de un licor destilado en el caso de las mujeres, en el varón la dosis aceptada puede ser de hasta el doble. (Soto, 2018)

Una dieta adecuada. En los pacientes con hipertensión se deben dar las características de la composición alimentaria, así como recomendaciones acerca de la dieta correcta la cual debe ser equilibrada integrando los grupos de alimentos como frutas, verduras, lácteos bajos en grasas, granos integrales, legumbres, nueces y semillas, grasas y aceites vegetales y azúcares y la reducción de consumo de carnes rojas y grasas saturadas. La dieta mediterránea ha demostrado disminuir la incidencia de eventos cardiovasculares, la dieta también redujo significativamente la PA y las concentraciones de glucosa y lípidos en sangre. En cuanto al consumo de café, por efecto de la cafeína hay una respuesta vasopresora aguda, el consumo de té verde o negro puede tener un efecto en la reducción de la PA. (Williams, 2019; Soto, 2018)

Reducción de peso. El aumento excesivo de peso se asocia con HTA y la disminución hacia un peso ideal reduce la PA. Un índice igual o mayor a 25 y 30 pueden condicionar la HTA. También existen factores en el tejido adiposo que favorecen inflamación y fibrosis vascular, por ello es importante en la atención del paciente con hipertensión la medición de circunferencia abdominal para prevenir eventos cardiovasculares. (Soto, 2018)

Ejercicio físico regular. Las personas que realizan ejercicio físico disminuyen la probabilidad de padecer hipertensión. El ejercicio físico induce un aumento agudo de la PA, especialmente de la PAS, seguido de un declive corto por debajo de las cifras basales. Estudios epidemiológicos demuestran que el ejercicio aeróbico regular disminuye el riesgo y la mortalidad CV, por lo que la recomendación es realizar unos 30 minutos de ejercicio de intensidad moderada, idealmente todos los días de la semana. (Soto, 2018; Williams, 2019)

III.3.4.2 Tratamiento farmacológico

Las características ideales del fármaco a utilizar para la hipertensión arterial en el adulto mayor son:

1. Reducción de la resistencia periférica.

2. Que no disminuya el flujo sanguíneo a órganos vitales: cerebro, corazón y riñón, ni interfiera con los mecanismos de autorregulación.
3. Que no produzca bradicardia ni altere el sistema de conducción cardiaco.
4. Que reduzca la progresión de hipertrofia ventricular y grosor de la pared arterial.
5. Que evite la hiponatremia e hipokalemia, así como la progresión de la fibrosis renal, tanto glomerular como intersticial.
6. Que no favorezca la resistencia a la inulina ni dislipidemia, que no produzca incontinencia urinaria, que se pueda usar como monoterapia y monodosis. (Peralta et al, 2016)

Existe consenso entre varias guías de tratamiento para el inicio de tratamiento farmacológico en los pacientes adultos mayores cuando la presión sistólica alcance mediciones entre 140 y 150 mmHg, sin embargo la JNC 8 hace la recomendación que es necesario reducirla con una presión arterial sistólica de 150 mm Hg o mayor o con una presión sistólica de 90 mm Hg o mayor, por otra parte el Colegio Americano de Médicos recomienda en pacientes con antecedente de enfermedad vascular cerebral al alcanzar cifras máximas de 140 mmHg con finalidad de disminuir el riesgo de recurrencia de la Enfermedad Vascular Cerebral. (Qaseem et al, 2017; James et al, 2014)

Las guías recomiendan iniciar tratamiento con tres clases de fármacos los cuales son considerados de primera línea para el tratamiento de la hipertensión en los adultos mayores; los diuréticos tiazídicos, bloqueadores de canales de calcio de acción prolongada, especialmente dihidropiridinas, y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y los antagonistas de los receptores de angiotensina II. (James et al, 2014)

Diuréticos tiazídicos. Estos fármacos tienen su acción en segmentos distales de la nefrona bloqueando el cotransporte de cloruro de sodio, la mayoría de medicamentos de este grupo tiene propiedades de inhibición de la anhidrasa carbónica. Con dosis altas puede tener un efecto natriurético con la administración

prolongada el volumen extracelular y el gasto cardiaco regresa a la normalidad, pero las resistencias periféricas continúan disminuidas, lo que es de utilidad en el tratamiento de la hipertensión arterial. El adulto mayor es altamente susceptible de presentar efectos adversos como hiponatremia, hipocalcemia, hipomagnesemia, hipocalcemia, también se han reportado disminución de libido. (Cruz, 2019)

Bloqueadores de los canales de calcio. De forma inicial se utilizaron como vasodilatadores coronarios, ya que ejercen su efecto a través del bloqueo de los canales lentos de calcio, lo que disminuye la reactividad del músculo liso produciendo vasodilatación. De igual manera el paciente anciano es más susceptible a presentar efectos adversos principalmente la hipotensión, así como también bloqueo cardíaco, otros son, edema de miembros inferiores, angioedema, cefalea, mareo y vértigo. (Cruz, 2019)

Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. Es un fármaco ideal para pacientes menores de 55 años sin otras comorbilidades y en pacientes con microalbuminuria, su acción la ejerce Inhibiendo la liberación de aldosterona, por lo que disminuyen el intercambio de Na-K en el túbulo contorneado distal, provocando retención de potasio y por ende pudiendo tener efectos por hiperkalemia. Un efecto secundario que se puede tener es la tos, pese ha que es inocuo puede ser la causa de cambio del medicamento en el adulto mayor esto ocurre de forma infrecuente. (Esteban, 2013, Cruz, 2019)

Antagonistas de los receptores AT1 de la angiotensina (ARA-II). Estos fármacos actúan bloqueando la unión de angiotensina II con los receptores AT1 los cuales se encuentran en vasos sanguíneos y corteza suprarrenal, provocando la liberación de aldosterona y vasoconstricción, en cuanto a los efectos de protección a otros órganos son similares a los IECA, su principal efecto adverso es la hiperkalemia y puede desencadenar insuficiencia renal aguda en pacientes susceptibles. (Cruz, 2019)

Beta-bloqueadores. Estos fármacos tienen capacidad vasodilatadora no selectiva, tienen afinidad por los receptores beta-adrenérgicos, disminuyendo la

actividad simpática mediada por estos receptores. Su mecanismo antihipertensivo esta mediado por la reducción del gasto cardiaco e inhibición de la liberación de renina por bloqueo de receptores adrenérgicos, reduce las resistencias vasculares periféricas y se asocia a efectos más favorables en el metabolismo de lípidos y glucosa, en pacientes con insuficiencia cardiaca se ha observado que disminuye su mortalidad, en los adultos mayores puede provocar bradicardia, bloqueos cardiacos, trastornos del sueño, mareo, vértigo, disfunción eréctil y ser causa de caídas. (Arredondo, 2010; Cruz, 2010)

III.3.5 Generalidades de la HTA en el Adulto Mayor

El diagnóstico de hipertensión arterial en el adulto mayor sigue las mismas directrices que en el adulto más joven, es decir se debe realizar al menos tres tomas de la presión arterial (PA) en condiciones adecuadas y en momentos diferentes, considerando el brazo con la presión arterial más elevada. Debe valorarse también la PA luego de tres minutos de permanecer en posición de pie para descartar hipotensión ortostática que es más frecuente en esta población debido al aumento en la rigidez de sus arterias y a alteraciones en el sistema autonómico de regulación. Actualmente el método mayormente usado es el monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) el cual nos ayuda a poder estadificar adecuadamente la hipertensión lo cual va a determinar que esquema terapéutico es el más adecuado, permitiendo así diferenciar entre la hipertensión reactiva y la hipertensión nocturna entre otros diagnósticos comunes en el adulto mayor. (Sans, 2011)

La hipertensión es un padecimiento altamente prevalente en pacientes adultos mayores, siendo un importante contribuyente al alto riesgo cardiovascular. La hipertensión sistólica aislada es la presentación más frecuente en el adulto mayor, a consecuencia del endurecimiento arterial progresivo y al incremento de la placa aterosclerótica de los vasos de conducción, así como a la hipertrofia y esclerosis de la capa muscular de las arterias y arteriolas. El tratamiento antihipertensivo debe considerarse en todos los pacientes hipertensos sin importar

la edad. En la mayoría de los casos la meta del tratamiento es una PA menor de 140/90 mm Hg, sin embargo menos de 150/80 mm Hg se recomienda para pacientes hipertensos después de la octava década en ausencia de enfermedades graves concomitantes y aproximadamente 130/80 mm Hg para pacientes hipertensos con diabetes mellitus o enfermedad renal crónica o historia previa de enfermedad cardiovascular. (Salazar et al, 2016)

IV. Hipótesis

Ho: La prevalencia de Adultos Mayores con Hipertensión Arterial Sistémica adherentes al tratamiento farmacológico y alta fortaleza y confianza en sí mismo es igual o menor que 91%, y la prevalencia de adultos mayores con Hipertensión Arterial Sistémica no adherentes a tratamiento farmacológico y alta fortaleza y confianza en sí mismo es igual o menor que 76%.

Ha: La prevalencia de Adultos Mayores con Hipertensión Arterial Sistémica adherentes al tratamiento farmacológico y alta fortaleza y confianza en sí mismo es mayor que 91%, y la prevalencia de adultos mayores con Hipertensión Arterial Sistémica no adherentes a tratamiento farmacológico y alta fortaleza y confianza en sí mismo es mayor que 76%.

Ho: La prevalencia de Adultos Mayores con Hipertensión Arterial Sistémica adherentes al tratamiento farmacológico y alta competencia social es igual o menor que 71%, y la prevalencia de adultos mayores con Hipertensión Arterial Sistémica no adherentes a tratamiento farmacológico y alta competencia social es igual o menor que 53%.

Ha: La prevalencia de Adultos Mayores con Hipertensión Arterial Sistémica adherentes al tratamiento farmacológico y alta competencia social es mayor que 71%, y la prevalencia de adultos mayores con Hipertensión Arterial Sistémica no adherentes a tratamiento farmacológico y alta competencia social es mayor que 53%.

Ho: La prevalencia de Adultos Mayores con Hipertensión Arterial Sistémica adherentes al tratamiento farmacológico y alto apoyo familiar es igual o menor que 88%, y la prevalencia de adultos mayores con Hipertensión Arterial Sistémica no

adherentes a tratamiento farmacológico y alto apoyo familiar es igual o menor que 76%.

Ha: La prevalencia de Adultos Mayores con Hipertensión Arterial Sistémica adherentes al tratamiento farmacológico y alto apoyo familiar es mayor que 88%, y la prevalencia de adultos mayores con Hipertensión Arterial Sistémica no adherentes a tratamiento farmacológico y alto apoyo familiar es mayor que 76%.

Ho: La prevalencia de Adultos Mayores con Hipertensión Arterial Sistémica adherentes al tratamiento farmacológico y alto apoyo social es igual o menor que 85%, y la prevalencia de adultos mayores con Hipertensión Arterial Sistémica no adherentes a tratamiento farmacológico y alto apoyo social es igual o menor que 76%.

Ha: La prevalencia de Adultos Mayores con Hipertensión Arterial Sistémica adherentes al tratamiento farmacológico y alto apoyo social es mayor que 85%, y la prevalencia de adultos mayores con Hipertensión Arterial Sistémica no adherentes a tratamiento farmacológico y alto apoyo social es mayor que 76%.

Ho: La prevalencia de Adultos Mayores con Hipertensión Arterial Sistémica adherentes al tratamiento farmacológico y alta estructura es igual o menor que 73%, y la prevalencia de adultos mayores con Hipertensión Arterial Sistémica no adherentes a tratamiento farmacológico y alta estructura es igual o menor que 67%.

Ha: La prevalencia de Adultos Mayores con Hipertensión Arterial Sistémica adherentes al tratamiento farmacológico y alta estructura es mayor que 73%, y la prevalencia de adultos mayores con Hipertensión Arterial Sistémica no adherentes a tratamiento farmacológico y alta estructura es mayor que 67%.

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

- Determinar la Asociación del nivel de resiliencia y la adherencia terapéutica en el Adulto Mayor con hipertensión Arterial Sistémica.

V.2 Objetivos específicos

- Determinar la asociación entre la dimensión de Fortaleza y confianza en sí mismo con la Adherencia Terapéutica en el Adulto Mayor.
- Determinar la asociación entre la dimensión de Competencia Social y Adherencia Terapéutica en el Adulto Mayor.
- Determinar la asociación entre la dimensión de Apoyo Familiar y Adherencia Terapéutica en el Adulto Mayor.
- Determinar la asociación entre la dimensión de Apoyo Social y Adherencia Terapéutica en el Adulto Mayor.
- Determinar la asociación entre la dimensión de Estructura y Adherencia Terapéutica en el Adulto Mayor.

VI. Material y métodos

V.I.1 Tipo de investigación

Observacional, Transversal Comparativo.

V.I.2 Población de análisis

Adultos Mayores, hombres y mujeres de 60 años o más de edad con Hipertensión Arterial Sistémica adscritos a una Unidad de Medicina Familiar

- Grupo 1: Pacientes Hipertensos con Adherencia Terapéutica
- Grupo 2: Pacientes Hipertensos sin Adherencia Terapéutica

VI.3 Muestra y tipo de muestra

Para el tamaño de muestra se utilizó la fórmula para dos proporciones para población infinita con un nivel de confianza del 95 % para una zona de rechazo de hipótesis nula ($Z\alpha=1.64$) y un poder de la prueba de 80% ($Z\beta=0.84$) asumiendo una p_1 de 88% ($p=0.88$) y P_0 de 76% ($p_0= 0.76$). El tamaño de la muestra calculado fue de 90, sin embargo se trabajó con una muestra de 99 adultos mayores para el grupo sin adherencia terapéutica y 101 para el grupo con adherencia.

Se calculó mediante la siguiente formula:

$$n = \frac{(Z\alpha+Z\beta)^2 (p_1q_1+p_0q_0)}{(p_1-p_0)^2}$$

Sustituyendo valores:

$$n = \frac{(1.64 + 0.84)^2 (0.88) (0.12) + (0.74) (0.26)}{(0.88 - 0.74)^2} \quad \begin{array}{l} p^1= 0.88 \\ q^1= 0.12 \end{array}$$

$$n = \frac{(6.15)(0.10) + (0.19)}{(0.)}$$

$$p^0 = 0.74$$

$$q^0 = 0.26$$

$$n = 1.78 / 0.0196 = 90 \text{ pacientes para cada grupo}$$

La técnica muestral fue no probabilística por casos consecutivos, empleando como marco muestral a los adultos mayores que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar.

VI.3.1 Criterios de selección

Se incluyeron adultos mayores, hombres y mujeres, de 60 años y más que aceptaran participar en el estudio, con previa firma del consentimiento informado, adscritos a una unidad de primer nivel, con diagnóstico de hipertensión arterial con por lo menos 1 año de tratamiento, se excluyeron aquellos pacientes que presentaran enfermedad crónica terminal, depresión o algún trastorno psiquiátrico, se eliminaron aquellos pacientes que no contestaran los cuestionarios de forma completa.

VI.3.2 Variables estudiadas

Dentro de las variables sociodemográficas estudiadas se incluyeron, edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, en cuanto a las variables clínicas se incluyeron, presencia de comorbilidades, años en tratamiento, número de fármacos para el control de la hipertensión, tiempo de diagnóstico de hipertensión.

VI.4 Técnicas e instrumentos

Para determinar el nivel de resiliencia se utilizó la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M), escala tipo Likert, la cual consta de 43 ítems agrupados en cinco dimensiones: fortaleza y confianza en sí mismo (preguntas 1 al 19), competencia social (preguntas 20 al 27), apoyo familiar (preguntas 28 al 33), apoyo social (preguntas 34 al 38) y estructura (preguntas 39 al 43). (Anexo XI.2)

Para determinar la adherencia al tratamiento se utilizó el cuestionario de Morisky-Green- Levine el cual consiste en una serie de 4 preguntas con respuesta dicotómica, la cual refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento, para considerarlo como cumplidor debe responder positivamente a la segunda pregunta, otra variante de respuesta es contestar negativamente a las cuatro preguntas. (Anexo XI.3)

VI.5 Procedimientos

Una vez obtenida la autorización del comité local de investigación, se solicitó permiso para realizar la investigación en la unidad médica mediante oficio firmado por la directora de tesis.

Cumpliendo este requisito, se acudió en horario matutino y vespertino a la Unidad de Medicina Familiar No. 16 del IMSS, Delegación 23 de Querétaro, se invitó a participar al adulto mayor de 60 años o más que estuvieran adscrito a la unidad médica, que se encontrara sentado en la sala de espera, cuidando que se mantuviera la sana distancia con fines de la seguridad de su salud y confidencialidad, que cumpliera con los criterios de selección y que aceptara la aplicación de instrumentos de medición, se les invito a participar con previa explicación de la finalidad de realizar estudio, se expresó con claridad en qué consisten los instrumentos y los beneficios que podrían obtener al participar y ser parte del protocolo de investigación, una vez aceptando el participar, se otorgó el consentimiento informado, pidiendo que colocaran su firma para autorizar su participación voluntaria en el estudio; posteriormente se entregó la hoja de

recolección de datos, en consiguiente se pidió que contestaran un instrumento autoaplicable para medir el nivel de resiliencia con la Escala de Resiliencia Mexicana el cual contiene 43 ítems con respuestas tipo Likert (totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo) dando un valor de 1 al 4 por cada respuesta, con rango de respuesta de 43 a 172 puntos, a mayor puntuación mayor resiliencia, evalúa 5 dimensiones: Fortaleza y confianza en sí mismo, competencia social, apoyo familiar, apoyo social y estructura una puntuación alta refleja fortaleza en cada una de ellas, clasificándose como baja resiliencia (43-87 puntos), media resiliencia (88-130 puntos) y resiliencia alta (131-172 puntos) , el segundo es el cuestionario de Morisky-Green la cual puede ser heteroaplicada el cual nos sirvió para determinar el grado de adherencia al tratamiento en adultos mayores con Hipertensión Arterial Sistémica, la cual consiste en una serie de cuatro preguntas con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento, para ser cumplidor el paciente debe contestar afirmativamente a la pregunta número dos y negativamente a las otras tres o contestar negativamente a las cuatro preguntas.

Al término de la participación se le informo al paciente de sus resultados, se explicó de forma clara y se dio respuesta a las dudas que expresaron, agradeciendo su participación.

VI.5.1 Análisis estadístico

El análisis estadístico incluyo promedios, desviación estándar, porcentajes, razón de momios, Chi-cuadrada y Mann Whitney, los datos fueron obtenidos a través de un paquete estadístico y los resultados fueron representados en tablas.

VI.5.2 Consideraciones Éticas

Esta investigación se apegó a la Declaración de Helsinki asamblea 64^a del 2013 para el cumplimiento de los objetivos, respetando el artículo 11 que menciona: “En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la

dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación”. Así como el artículo 23 que refiere “deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.”

El protocolo se basa en la Norma Técnica No. 313 para la presentación de proyectos e informes técnicos de investigación en las instituciones a la salud y Norma Técnica No. 314 para el registro y seguimiento en materia de investigación para la salud.

Por las características del estudio se considera que no implicó riesgos para los pacientes. Se explicaron los beneficios al participar en dicha investigación.

Se otorgó la carta de consentimiento informado con previa exposición de los objetivos del estudio, una vez firmada se explicaron los procedimientos a seguir.

La información que se obtuvo fue para la realización de esta investigación, el uso de la información fue anónima y confidencial, no se solicitaron datos personales, salvo el número de seguridad social el cual fue para fines de seguimiento del paciente en caso de requerirlo, los datos recolectados se mantuvieron en resguardo y únicamente se tuvo acceso a través del investigador responsable y para fines de la presente investigación.

VII. Resultados

El estudio incluyó 200 pacientes, 99 para el grupo sin adherencia terapéutica y 101 para el grupo con adherencia terapéutica.

En el grupo con adherencia la edad fue de 69.37 años \pm 7.12 y en el grupo sin adherencia 66.84 años \pm 6.64 ($t= 2.59$, $p=0.010$). En el grupo con adherencia 57.4% tienen secundaria o menos y en el grupo no adherente 75.8% tienen secundaria o menos ($\chi^2=7.542$, $p=0.006$). (Cuadro VII.1)

En el grupo con adherencia el promedio de comorbilidades es 0.98 ± 0.56 y en el grupo sin adherencia es 0.86 ± 0.58 (MW= 1.380, $p=0.167$); en el primer grupo 16.8% no presentó comorbilidades y en el segundo grupo 24.2% tampoco las presentó ($\chi^2=1.685$, $p=0.194$). (Cuadro VII.2)

El promedio de fármacos prescritos para hipertensión arterial en el grupo con adherencia es 1.40 ± 0.56 y en el grupo sin adherencia 1.34 ± 0.51 (MW= 0.574, $p=0.566$). El tiempo de diagnóstico de la hipertensión es 15.21 para el grupo con adherencia y 10.34 para los no adherentes, el tiempo en tratamiento es 14.45 para los adherentes y 9.67 para el grupo sin adherencia. (Cuadro VII.3)

Se identificó asociación entre la resiliencia y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial, en el grupo con adherencia 91.1% presentó resiliencia alta y en el grupo con no adherencia el porcentaje fue 59.6% ($p=0.000$). (Cuadro VII.4)

Se presentó asociación entre las dimensiones de resiliencia y adherencia al tratamiento farmacológico, en la dimensión de fortaleza y confianza en sí mismo en el grupo con adherencia 92.1% mostro un nivel alto y en el grupo con no adherencia 59.6% ($p=0.000$). (Cuadro VII.5)

El Alfa de Cronbach en el instrumento Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) para la población estudiada fue de 0.951.

Cuadro VII.1 Características sociodemográficas en el grupo con adherencia y no adherencia terapéutica

Característica	Adherencia	No adherencia	Chi ²	p
	Porcentaje			
Sexo				
Femenino	51.5	56.6	0.52	0.471
Masculino	48.5	43.4		
Vida en pareja				
Sí	70.3	70.7	0.004	0.949
No	29.7	29.3		
Ocupación				
Actividad laboral remunerada	63.4	57.6	0.701	0.402
Inactividad laboral	36.6	42.4		
Escolaridad				
Secundaria o menos	57.4	75.8	7.542	0.006
Preparatoria o más	42.6	24.2		

Fuente: Instrumento de recolección elaborado por el investigador aplicado en el adulto mayor con hipertensión arterial sistémica, 2021.

Cuadro VII.2 Prevalencia por tipo de comorbilidad en el grupo con adherencia y no adherencia terapéutica

Comorbilidad	Adherencia	No adherencia	Chi ²	p
	Porcentaje			
Diabetes	46.5	34.3	3.084	0.079
Dislipidemia	3.0	5.1	0.563	0.453
Obesidad	21.8	17.2	0.677	0.411
Osteoartrosis	7.9	12.1	0.980	0.322
Cardiopatía isquémica	2.0	2.0	0.000	0.984
Otras	16.8	16.2	0.016	0.898
Ninguna	16.8	24.2	1.685	0.194

Fuente: Instrumento de recolección elaborado por el investigador aplicado en el adulto mayor con hipertensión arterial sistémica, 2021.

Cuadro VII.3 Tiempo de diagnóstico, tiempo en tratamiento y número de fármacos en el grupo con adherencia y no adherencia terapéutica

Característica	Adherencia		No adherencia		Mann Whitney	p
	Promedio	Desviación estándar	Promedio	Desviación estándar		
Tiempo de diagnóstico de la hipertensión (años)	15.21	11.51	10.34	7.72	3.026	0.002
Tiempo en tratamiento (años)	14.25	11.00	9.67	7.58	3.046	0.002
Número de fármacos	1.40	0.56	1.34	0.51	0.574	0.566

Fuente: Instrumento de recolección elaborado por el investigador aplicado en el adulto mayor con hipertensión arterial sistémica, 2021.

Cuadro VII.4 Asociación entre el nivel de resiliencia y la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial sistémica

Resiliencia	Adherencia	No adherencia	Chi ²	p	RM	IC 95%	
						Inferior	Superior
	Porcentaje						
Alta	91.1	59.6	26.807	0.000	6.94	3.13	15.38
Media	8.9	40.4					

Fuente: Escala de Resiliencia Mexicana aplicada al adulto mayor, febrero - abril 2021.

Cuadro VII.5 Asociación entre las dimensiones de resiliencia y adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial sistémica

Dimensión de resiliencia	Adherencia	No adherencia	Chi ²	p
	Porcentaje			
Fortaleza y confianza en sí mismo				
Alta	92.1	59.6	28.921	0.000
Media	7.9	40.4		
Competencia social				
Alta	72.3	41.4	22.208	0.000
Media	26.7	48.5		
Baja	1.0	10.1		
Apoyo familiar				
Alta	89.1	60.6	21.671	0.000
Media	9.9	35.4		
Baja	1.0	4.0		
Apoyo social				
Alta	92.1	66.7	20.131	0.000
Media	7.9	31.3		
Baja	0.0	2.0		
Estructura				
Alta	73.3	50.5	11.511	0.003
Media	25.7	45.5		
Baja	1.0	4.0		

Fuente: Escala de Resiliencia Mexicana aplicada al adulto mayor, febrero - abril 2021.

VIII. Discusión

A partir del análisis se identifican factores relacionados con la actitud del paciente, los cuales tienen peso prioritario para la adherencia terapéutica. Se sabe que la resiliencia es un constructo importante para el desarrollo de actitudes positivas ante la enfermedad y adicionalmente relevante porque se aborda la enfermedad crónica más prevalente en todo el mundo y los datos atribuidos a la falta de adherencia son alarmantes trayendo consigo complicaciones severas de gran impacto en la salud y también en el ámbito económico.

El acercamiento a la población estudiada en torno a la adherencia terapéutica, en su gran mayoría se ha conformado por estudios de tipo cuantitativo, esto sigue pautando interrogantes ya que refleja un fragmento de todas las variables que entornan a la conducta del paciente para adherirse o no adherirse al tratamiento, en este estudio se visibiliza parte de lo que construyen las actitudes del paciente frente al prestador de la atención médica, sin embargo se considera importante realizar más abordajes recurriendo a otras formas metodológicas que permitan analizarla de forma global e integral.

La población estudiada fue el adulto mayor, considerado como grupo vulnerable ante la enfermedad y la falta de adherencia por las características propias del envejecimiento y condiciones sociales, sin embargo se obtuvo alto nivel de resiliencia en la población, no se presentó ningún paciente con resiliencia global baja lo cual coincide con la literatura donde se menciona que el adulto mayor mantiene un nivel alto de resiliencia ya que ha tenido la oportunidad de poder someterse a diferentes experiencias críticas y de estrés donde pueden desplegar sus recursos resilientes, volviéndose más profunda a edades más avanzadas. (Zeng et al, 2010; Serrano et al, 2012)

El instrumento utilizado para evaluar adherencia al tratamiento es un método práctico y fácil de aplicar sin embargo se considera que la evalúa de forma subjetiva dado que se trata de un método indirecto, otro inconveniente es que subestima al buen cumplidor y sobrestima el no cumplimiento, este instrumento al

igual que el resto de los existentes se concentra en la evaluación del tratamiento farmacológico y excluye aspectos tan importantes como medidas no farmacológicas escenario que plantea la necesidad de instrumentos igualmente prácticos con evaluación más integral, lo cual será motivo de otra investigación. (Osterberg et al, 2005)

La relación entre nivel de escolaridad y adherencia terapéutica fue significativa para esta población, al respecto existe controversia, algunos coinciden con este hallazgo y afirman que los pacientes con estudios universitarios tienen mayor adherencia, ya que se considera que el paciente con estudios superiores posee una mayor educación general y son más cumplidores de la terapéutica porque tienen una percepción más realista del riesgo que a largo plazo implica la condición de ser hipertenso no controlado, sin embargo existen publicaciones en las cuales se identifica que no existe relación entre el nivel escolar y la adherencia terapéutica. (Carhuallanqui et al, 2010; Sandoval et al, 2014; López et al, 2016)

Se presentó asociación en el tiempo de diagnóstico, el tiempo en tratamiento y la adherencia terapéutica, al respecto se sabe que a medida que este padecimiento se prolonga, la persona se hace más consciente de los riesgos que conlleva el mal control, lo que implica un cambio en su conducta e identificado factores que intervienen en su control, la población estudiada presentó adherencia con respecto a mayor tiempo de diagnóstico posiblemente con mejor adaptación a la enfermedad, ya que no será lo mismo captar al paciente con reciente diagnóstico pudiendo encontrarlo en etapa de negación. (Pomares et al, 2017)

Es notable la diferencia entre las cinco dimensiones de resiliencia ya que en algunas se encuentra mayor fuerza de asociación como lo es la fortaleza y confianza en sí mismo posiblemente porque el adulto mayor tiene fuerte influencia espiritual y vida religiosa, aunque la religión no fue una variable analizada en este estudio el paciente expresó frecuentemente durante la entrevista, al preguntar ¿Creer en sí mismo le ayuda a superar los momentos difíciles? respondían que su fe y fortaleza se deposita en Dios, en el adulto mayor la espiritualidad y religiosidad

podiera parecer importante para hacer frente a las dificultades de la vida y es un elemento que influyen de manera significativa en el proceso de enfermedad crónica. (Whetsell et al, 2005)

La dimensión que mostró menor fuerza de asociación fue estructura, está relacionada con la capacidad que tiene el individuo para organizar y planear sus actividades, se considera que se obtuvieron estos resultados dado que el adulto mayor depende en gran medida de terceras personas para la organización del medicamento; según datos publicados en 2020 por el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores el 41% de la población de adultos mayores independientes cuentan con un cuidador. Puede haber diferencias en estas variables dado que pese a que tengan adecuada organización y planeación de sus actividades del día, al final la administración en algunos casos podría estar determinada por el cuidador. (Gutiérrez, 2020)

En base a lo expuesto se determina la existencia de la relación entre resiliencia y adherencia terapéutica, esto abre la posibilidad de que ambos conceptos estén conectados con mecanismos de afrontamiento a la enfermedad, se han estudiado los factores que intervienen para llevarlo a cabo eficazmente y estos son diversos, entre ellos se puede encontrar la resiliencia como una característica personal, la cual minimiza los efectos negativos que pueden presentarse a causa del padecimiento, en tanto la adherencia terapéutica también puede considerarse una forma de afrontamiento de la enfermedad ya que se adoptan conductas saludables, esto dirigido a modificar o atenuar aquello que genera estrés, resultando beneficiado ante su padecimiento, es por ello que la adherencia terapéutica y la resiliencia se establecen como factores positivos para mantener una adecuada salud. (Mato et al, 2007)

Otra propuesta que da contestación a esta relación son las conductas y actitudes que presenta la persona resiliente lo cual abarca las dimensiones de resiliencia encontrando características como responsabilidad, compromiso, empoderamiento de sus decisiones, control de las acciones y buscan no delegar responsabilidades a terceros, en lo cual existe similitud en la literatura respecto a la

persona que mantiene adecuada adherencia al tratamiento. Por tanto la construcción de respuestas resilientes juega un papel fundamental en la adherencia y en el mantenimiento de la salud misma; se considera importante abrir el campo hacia los rasgos de personalidad de los pacientes, argumento que pudiera abordarse en investigaciones posteriores. (Pisano et al, 2014)

IX. Conclusiones

Existe asociación entre el nivel de resiliencia y la adherencia terapéutica en el adulto mayor con hipertensión arterial sistémica, y se mostró mayor fuerza de asociación en la dimensión de fortaleza y confianza en sí mismo.

Las variables clínicas relacionadas a los años con el diagnóstico de hipertensión arterial y años en tratamiento resultaron con diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, por lo que el grupo con adherencia terapéutica mostró un mayor tiempo con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica.

Se considera que la resiliencia es un constructo importante para el desarrollo social e individual que contribuye con la salud física y mental del paciente con enfermedad crónica, sin embargo puede haber diferencias entre el tipo de enfermedad que se presente.

En este estudio se demostró que el adulto mayor mantiene un nivel medio y alto de resiliencia pese a que atraviesa circunstancias desfavorables como lo es la presencia de enfermedades, soledad, discapacidad, pobre apoyo social y en este momento la pandemia por COVID 19.

Son múltiples los factores que construyen la resiliencia del individuo entre ellos recursos psicológicos y sociales así como también para lograr el apego en el tratamiento farmacológico en el adulto mayor intervienen diversos factores como la polifarmacia, deterioro cognitivo, complejidad en la posología, etc. Es por ello que continua siendo importante identificar otros factores asociados a la no adherencia ya que de esto dependerá la evolución de la enfermedad, la presencia o no de complicaciones tempranas, repercusiones sociales y familiares y costos sanitarios entre otros.

X. Propuestas y Limitaciones

Puede ser de utilidad realizar un estudio longitudinal, ya que puede haber diferencias del nivel resiliencia percibido de acuerdo a la situación en la que se presente el paciente o el ciclo vital en el que se encuentre, esto nos permitirá entender bien el comportamiento de este constructo.

Será enriquecedor y con mucha aportación al conocimiento realizar una investigación cualitativa sobre el tema ya que se identificaron diversos factores que influyen en la construcción de la resiliencia.

Explorar a mayor profundidad esferas entorno al adulto mayor como lo es el núcleo familiar y sus interacciones, estrato socioeconómico lo cual nos puede ayudar a comprender de mejor forma la resiliencia en el adulto mayor.

Se propone para la aplicación del instrumento RESI-M emplear durante la encuesta un lenguaje más coloquial ya que la mayoría de los pacientes presentaban escolaridad primaria y no comprendían los términos empleados

Enfatizar más criterios de inclusión en torno a reducir el tiempo de evolución o diagnóstico de la enfermedad, para observar el comportamiento en relación a la enfermedad temprana y la adherencia, ya que con la cronicidad de la enfermedad en este grupo parecen tener mejor adaptación a ella.

Para la evaluación de la adherencia terapéutica se aplicó un instrumento de valoración cuantitativa estimándola como una variable binaria (adherente no adherente) eso pudo haber limitado los resultados ya que las características para definir a un paciente apegado a tratamiento pueden ser muchas, por lo que se puede llevar a cabo en otro estudio métodos objetivos indirectos.

Se proponen realizar más estudios sobre resiliencia en este grupo de población ya que se considera un grupo vulnerable, ya que durante la revisión bibliográfica se encontraron con mayor frecuencia estudios en población infantil y adolescentes.

Fomentar en la población el desarrollo de la resiliencia ya que esta puede ser modificable a través de hábitos adecuados y autoconocimiento, ser integrales en la atención a la salud del adulto mayor implementando técnicas psicológicas para aprender a ser resiliente.

Difundir información sobre resiliencia y como trabajar en ella ya que una minoría de la población total encuestada no tenían conocimiento sobre el concepto.

XI. Bibliografía

- Angevaere M, Roberts J, Van Hout H, et al. (2020). Resilience in older persons: A systematic review of the conceptual literature. *Ageing Research Reviews*, 63. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1568163720302798>
- Arredondo Bruce, Alfredo. (2010). Beta-bloqueadores en la hipertensión arterial: ¿podemos descartarlos?. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 14(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000200020&lng=es&tlng=es
- Banda O, Ibarra P, Carbajal F, Maldonado G, et al. (2017). Estilos de afrontamiento y resiliencia en adultos mayores con enfermedad crónica. *Rev enferm Herediana*, 10 (2):117-122. Disponible en: <file:///C:/Users/edna.cardona/Downloads/3367-Texto%20del%20art%C3%ADculo-9139-2-10-20210618.pdf>
- Becker G, Newsom E. (2005). Resilience in the Face of Serious Illness among Chronically Ill African Americans in Later Life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(4): S214–S223. Disponible en: doi:10.1093/geronb/60.4.s214
- Berreta J, Kociak D. (2017). Hipertensión arterial en adultos mayores. Tratamiento según comorbilidades y daño de órganos. *Rev. Arg. de Gerontología y Geriátría*, 31(2):52-59. Disponible en: <http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2017/08/RAGG-08-2017-52-59.pdf>
- Bertoldo P, Ascar G, Campana Y, Martín T, Moretti M, Tiscornia L. (2013). Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas. *Rev Cubana Farm*, 47(4):6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152013000400006

- Brix C, Schleussner C, Füller J, et al. (2008). The need for psychosocial support and its determinants in a sample of patients undergoing radiooncological treatment of cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(6): 541–548. Disponible en: doi:10.1016/j.jpsychores.2008.05.010
- Buitrago F. (2011). Adherencia terapéutica. ¡Qué difícil es cumplir!. *Aten Primaria*, 43(7):343-344. Disponible en: doi:10.1016/j.aprim.2011.05.002
- Campos N, Hernández L, Pedroza A, et al. (2016). Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. *Ensanut MC. Salud Pública Mex.* 2018; 60:233-243. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/8813>
- Cárdenas A, Alba L. (2011). Resiliencia en la vejez. *Rev. Salud pública*, 13 (3): 531-540. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/422/42219910014.pdf>
- Carhuallanqui R, Diestra-Cabrera G, Tang-Herrera J, et al. (2010). Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *RevMedHered*, 21(4):197-201. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2010000400005
- Cruz E. (2019). Manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor. *Med Int Méx*, 35(4): 515-524. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/mim.v35i4.2444>
- Díaz R, González S, González N, et al. (2017). Resiliencia en adultos mayores: estudio de revisión. *Revista electrónica de psicogerontología*, 4(2). Disponible en: www.researchgate.net
- Doalto Y, Cruz R, Carretón M. (2018). Factores asociados a la resiliencia y adherencia terapéutica en pacientes con injerto renal funcionante. *Enferm Nefrol*, 21 (2): 123/129. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842018000200003>

- Ezzati, M, Lopez A. D, Rodgers A, et al. (2002). Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *The Lancet*, 360(9343), 1347–1360. Disponible en: doi: 10.1016/s0140-6736(02)11403-6
- Fernández Alberto. (2013). Manejo de la hipertensión arterial. *Archivos de Medicina*, 2:4 (9). Disponible en <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/manejo-de-la-hipertensin-arterial.pdf>
- Franch V, Medina O, Blanco G. (2005). Adherencia Terapéutica en la esquizofrenia. En serrano Vázquez M, editor. *Esquizofrenia y enfermedades acompañantes*. La Coruña: Publicaciones de asociaciones gallegas de Psiquiatría.
- González Y, Cardosa E, Carbonell A. (2019). Adherencia terapéutica antihipertensiva en adultos mayores. *Rev. inf. Cient*, 98 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332019000200146 versión On-line ISSN 1028-9933
- Greve W, Staudinger UM. (2006). Resilience in later adulthood and old age: Resources and Potentials for successful aging. En: Cicchetti D, Cohen DJ, Cicchetti D. *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation*. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/9780470939406.ch21>
- Gutiérrez Luis M. (2020). “Envejecimiento y dependencia: Retos y propuestas para una política pública basada en evidencia”. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/cuidadores-y-cuidadoras-de-personas-mayores?idiom=es>.
- INEGI. (2019). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. ENSANUT. Estructura de la base de datos. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/index.php>

- James P, Oparil S, Carter BL, et al. (2014). Evidence based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eight Joint National Committee (JNC 8). JAMA, 311(5):507-20. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1791497>
- La Rosa Y, Martín L, Bayarre H. (2007). Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. Rev Cubana Med Gen Integr, 23 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000100005
- López S, Chávez R. (2016). Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. Rev Haban Cienc Méd, 15(1): 40-50. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1036>
- Mato R, Libertad A, Vea B. (2007). Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. Rev Cubana Med Gen Integr, 23 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000100005
- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR21.pdf>
- O'Dogherty P, Morell E, Molero D, et al. (1997). Relación de la adhesión al tratamiento médico farmacológico con factores sociales, funcionales y con el estado cognitivo en población demandante de edad avanzada. Aten Primaria, 20:324-328. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-relacion-adhesion-al-tratamiento-medico-14650>

- Organización Mundial de la Salud. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Ginebra: Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Información general sobre la Hipertensión en el mundo. Día Mundial de la Salud, 9-17. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf;jsessionid=A21419219ADF8BE5D30F72FD6367F49C?sequence=1
- Ortega J, Sánchez D, Rodríguez O, Ortega J. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta Médica Grupo Ángeles. 2018; 16(3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2018/am183h.pdf>
- Osterberg L, Blaschke T. (2005). Adherence to Medication. New England Journal of Medicine, 353 (5): 487-497. Disponible en: doi: 10.1056/nejmra050100.
- Palomar J, Gómez N. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). Interdisciplinaria, 27 (1), 7-22. Recuperado en 17 de septiembre de 2020, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16687027201000100002&lng=es&tlng=es
- Peralta M, Palomo S, Borrayo G, et al. (2016). Consenso de Hipertensión Arterial Sistémica en México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc, 54 (1):S6-51. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/ims161b.pdf>
- Pisano M, González A. (2014). La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. Enfermería Clínica, 24(1); 59–66. Disponible en: doi:10.1016/j.enfcli.2013.10.006.

- Pomares A, Vázquez M, Ruíz E. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Rev. Finlay, 7(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000200003
- Qaseem A, Wilt T, Rich R, et al. (2017). Pharmacologic treatment of hypertension in adults aged 60 years or older to higher versus lower blood pressure targets: a clinical practice guideline from the American Academy of Family Physicians. Ann Intern Med, 166: 430-437. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28135725/>
- Quiceno J, Vinaccia S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. Pensamiento Psicológico, 9 (17):69-82. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v9n17/v9n17a07.pdf>
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. Journal of Adolescent Health, 14(8): 626–631. Disponible en: doi: 10.1016/1054-139x(93)90196-v
- Sánchez S, Jiménez R, Ramírez C, et al. (2018). Adherencia al tratamiento en pacientes mayores de 65 años que sufren reingresos precoces. Farm Hosp, 42(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7399/fh.10907>
- Salinas E, Nava M. (2012). Adherencia terapéutica. Enf Neurol (Mex), 11(2): 102-104. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>
- Salazar, Rotta A, Otiniano F. (2016). Hipertensión en el adulto mayor. Costa Rev Med Hered, 27:60-66. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v27n1/a10v27n1.pdf>
- Sandoval D, Chacón J, Muñoz R, et al. (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.
Disponible en: doi: 10.4067/s0034-98872014001000003
- Sans L. (2011). Hipertensión arterial en el anciano. Nefro Plus, 4(3):35-44.
Disponible en: doi:10.3265/NefroPlus.pre2011.Nov.11229
- Serrano M.D, Garrido M, Notario B, et al. (2012). Validez de la escala de Resiliencia de Connor Davidson (CD-RISC) en una población de mayores entre 60 y 75 años. International Journal of Psychological Research, 5(2): 49-57.
Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2990/299025051006.pdf>
- Soto J. (2018). Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. [Rev. Med. Clin. Condes, 29(1) 61-68. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-tratamiento-no-farmacologico-de-la-S0716864018300051>
- Turgut F, Yesil Y, Balogun R, et al. (2013). Hypertension in the elderly. Unique challenges and management. Clin Geriatr Med, 29:593-609. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23849010/>
- Vázquez M. (2019). El desarrollo de la Resiliencia en las personas mayores. Asociación Española de Psicogerontología (AEPG). Disponible en: www.psicogerontologia.org
- Vinaccia S, Quiceno JM. (2011). Resiliencia y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con insuficiencia renal crónica-IRC. Rev Argent Clín Psicol, 20(3):201-11. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281922826002.pdf>
- Vik SA, Maxwell CJ, Hogan DB. (2004). Measurements, correlates, and health outcomes of medication adherence among seniors. Ann Pharmacother:38:303-312. Disponible en: doi: 10.1345/aph.1D252

- Werner, E.E. (2003). Prólogo. En N. Henderson y M. Mils. La resiliencia en la escuela. Buenos Aires: Paidós. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/175/17514747002.pdf>
- Whetsell M, Frederickson K, Aguilera P, (2005). Niveles de bienestar espiritual y fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores. Aquichan, 5(1):72-85. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100008
- Williams B, Giuseppe M, Spiering W, et al. (2019). Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol, 72(2):160.e1-e78. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.10.1016/j.recesp.2018.11.022>
- Yaymi B. (2013). Resiliencia y adherencia al TARGA en pacientes con VIH/Sida del Hospital San Juan Bautista de Huaral Revista Psique Mag, 2(1): 58-62. Disponible en: <http://blog.ucvlima.edu.pe/index.php/psiquemag/article/view/10/10>
- Zeng Y, Shen K. (2010). Resilience Significantly Contributes to Exceptional Longevity. Current Gerontology and Geriatrics Research, 1–9. Disponible en: doi:10.1155/2010/525693
- Zhang M, Meng Y, Yang Y, et al. (2011). Major inducing factors of hypertensive complications and the interventions required to reduce their prevalence: an epidemiological study of hypertension in a rural population in China. BMC Public Health, 11:301. Disponible en: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-301>

XII. ANEXOS
XII.1 Hoja de recolección de datos

 <p align="center">Delegación Querétaro Unidad de Medicina Familiar No. 16 "Dr. Arturo Guerrero Ortiz"</p>		Folio:
<p align="center">Asociación del nivel de resiliencia y la adherencia terapéutica en el adulto mayor con hipertensión arterial sistémica</p>		
1. Nombre:	2. Numero de Afiliación	
3. Edad:	4. Sexo: <ol style="list-style-type: none"> 1. Femenino 2. Masculino 	
5. Estado civil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Viudo 	6. Ocupación <ol style="list-style-type: none"> 1. Pensionado 2. Obrero 3. Campesino 4. Comerciante 5. Empleado 6. Profesionista 7. Otro 	
7. Escolaridad: <ol style="list-style-type: none"> 1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Carrera Técnica 5. Licenciatura 6. Posgrado 	8. Tiempo de diagnóstico con Hipertensión Arterial Sistémica:	
9. Otras enfermedades que presente: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguna 2. Diabetes tipo 2 3. Dislipidemia 4. Obesidad 5. Osteoartritis 6. Otras 	10. Número de fármacos que toma actualmente:	
11. Tiempo en Tratamiento para Hipertensión Arterial:		

XII. 2 Instrumento 1



Folio: _____

Fecha de aplicación: _____

Instrucciones: A continuación encontrara una serie de preguntas. Por favor responda sí o no de acuerdo al tratamiento que está llevando para la Hipertensión Arterial. No deje ninguna de las preguntas sin contestar. Sus respuestas son confidenciales. Muchas gracias por su colaboración

TEST DE MORISKY-GREEN-LEVINE

- | | | |
|--|--------|-------|
| 1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos? | 1) SI. | 2) No |
| 2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? | 1) SI. | 2) No |
| 3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos? | 1) SI. | 2) No |
| 4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación? | 1) SI. | 2) No |

XII.3 Instrumento 2

Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) Fecha de aplicación ____/____/____

Instrucciones: A continuación encontraras una serie de afirmaciones. Por favor indique con una X en el recuadro de la derecha, la respuesta que elija para cada una de las afirmaciones que se le presentan. No deje de contestar ninguna de ellas. Sus respuestas son confidenciales. Muchas gracias por su colaboración

1= Totalmente en desacuerdo **2=** En desacuerdo **3=** De acuerdo **4=** Totalmente de acuerdo

Sexo: _____ Edad: _____ Puntaje: _____ Folio: _____

Ítem	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 De acuerdo	4 Totalmente de acuerdo
Lo que me ha ocurrido en el pasado me hace sentir confianza para enfrentar nuevos retos				
Sé dónde buscar ayuda				
Soy una persona fuerte				
Sé muy bien lo que quiero				
Tengo el control de mi vida				
Me gustan los retos				
Me esfuerzo por alcanzar mis metas				
Estoy orgulloso de mis logros				
Sé que tengo habilidades				
Creer en mí mismo me ayuda a superar los momentos difíciles				
Creo que voy a tener éxito				

Sé cómo lograr mis objetivos				
Pase lo que pase siempre encontrare una solución				
Mi futuro pinta bien				
Sé que puedo resolver mis problemas personales				
Estoy satisfecho conmigo mismo				
Tengo planes realistas para el futuro				
Confío en mis decisiones				
Cuando no estoy bien, sé que vendrán tiempos mejores				
Me siento cómodo con otras personas				
Me es fácil establecer contactos con nuevas personas				
Me es fácil hacer nuevos amigos				
Es fácil para mí tener un buen tema de conversación				
Fácilmente me adapto a situaciones nuevas				
Disfruto estar con otras personas				
Es fácil para mí hacer reír a otras personas				
Sé cómo comenzar una conversación				
Tengo una buena relación con mi familia				
Disfruto de estar con mi familia				
En nuestra familia somos leales entre nosotros				

En nuestra familia disfrutamos de hacer actividades juntos				
Aun en momentos difíciles nuestra familia tiene una actitud optimista hacia el futuro				
En nuestra familia coincidimos en relación a lo que consideramos importante en la vida				
Tengo amigos/familiares que realmente se preocupan por mi				
Tengo amigos/familiares que me apoyan				
Siempre tengo alguien que puede ayudarme cuando lo necesito				
Tengo amigos/familiares que me alientan				
Tengo amigos/familiares que valoran mis actividades				
Las reglas y la rutina hacen mi vida más fácil				
Mantengo mi rutina aun en momentos difíciles				
Prefiero planear mis actividades				
Trabajo mejor cuando tengo metas				
Soy bueno para organizar mi tiempo				



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Asociación del nivel de resiliencia y la adherencia terapéutica en el adulto mayor con hipertensión arterial sistémica						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, UMF. 16. Delegación, Querétaro, Octubre 2020						
Justificación y objetivo del estudio:	Este estudio desea conocer su nivel de resiliencia la cual es una cualidad o capacidad para poder enfrentar situaciones difíciles, manteniendo una actitud positiva y de esperanza lo cual trae repercusiones buenas para muchos aspectos de su vida, y como se relaciona con el apego a su tratamiento para la hipertensión arterial sistémica, es muy importante conocer si usted es cumplidor con su tratamiento porque de eso depende la buena evolución de su enfermedad y la no aparición temprana de complicaciones en órganos importantes, por ello el objetivo del estudio es conocer la relación entre su nivel de resiliencia y el apego a su tratamiento con la finalidad de que pueda lograr un mejor control de su enfermedad.						
Procedimientos:	Se le invita a usted a participar en este estudio, su información es confidencial, de cumplir con los requisitos y si acepta participar, le solicitare de forma atenta firmar este consentimiento donde autoriza se utilice su información con fines de la investigación. una vez se encuentre usted sentado, cómodo en la sala de espera, con sana distancia con fin de seguridad y confidencialidad se le entregaran dos cuestionarios en tabla de apoyo con bolígrafo para que pueda contestarlos, el primer cuestionario con 43 preguntas medirá su nivel de Resiliencia el cual toma en cuenta 5 aspectos como lo es la fortaleza y confianza en sí mismo, el apoyo social y familiar, competencia social y estructura, deberá marcar con un x lo que sea acorde a su vivencia personal, el otro cuestionario a contestar evaluará si usted es cumplidor o no al tratamiento que lleva para la hipertensión arterial, el cual consta de 4 preguntas tendrá que marcar la respuesta con la que se identifique ya sea sí o no, una vez contestados los dos cuestionarios habrá terminado su participación en el estudio, agradeciendo su apoyo.						
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio no conlleva riesgos para usted como participante, si no cuenta con mucho tiempo puede haber molestia ya que requiere Inversión de tiempo aproximadamente 20 minutos por ambos cuestionarios.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se le informará el resultado de sus cuestionarios, de encontrarse en bajo nivel de Resiliencia recibirá apoyo por el servicio de Psicología y Trabajo Social con sesiones dirigidas al fortalecimiento y desarrollo de la resiliencia individual, si se detecta bajo nivel en la dimensión de apoyo social y/o familiar se canalizara con trabajo social y se le invitara a integrarse a los grupos de ayuda de su clínica de adscripción, al detectar mal apego a tratamiento se derivara con su médico familiar para lograr adecuado cumplimiento al tratamiento y buen control de su enfermedad.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le brindara información inmediata al término de sus cuestionarios sobre el nivel de resiliencia que tiene y si se encuentra o no con adherencia a su tratamiento, si existen dudas sobre los resultados, se le explicará de forma clara.						
Participación o retiro:	Si usted decide no participar de inicio o suspender su participación, tiene toda la libertad de hacerlo, el retiro no afectará la atención médica que recibe en el Instituto Mexicano del Seguro Social.						
Privacidad y confidencialidad:	La información otorgada únicamente será para utilidad de esta investigación, el uso de su información es anónimo y confidencial, no es necesario conocer su nombre, los datos recolectados se mantendrán en resguardo y únicamente tendrá acceso a la información el investigador responsable para fines de esta investigación y no se compartirá la información otorgada con otras personas.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<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.
<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):	No aplica						
Beneficios al término del estudio:	Se le informara de los resultados obtenidos.						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	Dra. Luz Dalid Terrazas Rodríguez Matrícula: 11048859 Cargo: Directora del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente (CIEFD) Celular: 442 1859386 Correo electrónico: luz.terrazas@imss.gob.mx						
Colaboradores:	Dra. Mónica Guadalupe Valdovinos Rosales Residente de tercer año de Medicina Familiar Celular: 7227708545 Correo: monvaldo_ro9028@hotmail.com						
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 paciente:	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento						

Testigo: _____

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