

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



**RAZONES PARA LA INASISTENCIA DE HOMBRES A PROGRAMAS PARA
EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL**

Por

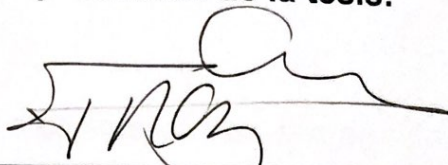
Dr. Edgar Alejandro Rodríguez Ledezma

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

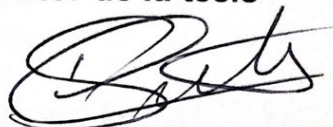
ABRIL, 2018

**RAZONES PARA LA INASISTENCIA DE HOMBRES A PROGRAMAS
PARA EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL**

Aprobación de la tesis:



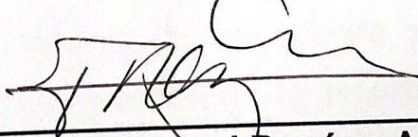
Dr. med. José Manuel Ramírez Aranda
Director de la tesis



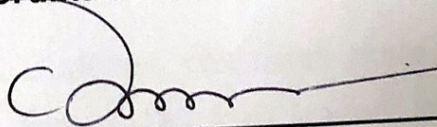
Dr. Raúl Fernando Gutiérrez Herrera
1er Asesor



Dr. Félix Martínez Lazcano
2do. Asesor



Dr. med. José Manuel Ramírez Aranda
Coordinador de investigación



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS

Primeramente a Dios quien me ha dado la fortaleza espiritual en el andar de este camino, permitirme vivir y encontrarme conmigo mismo, así como por acompañarme, bendecirme y guiarme en estos tres años de formación como especialista en medicina familiar, la cual culmina con la finalización de esta tesis.

A la Universidad Autónoma de Nuevo León, que ha sido la cuna y formadora de mi vida profesional, en especial a la Facultad de Medicina, lugar donde encontré el sentido a mi carrera profesional.

Al Hospital Universitario “José Eleuterio González”, lugar donde se me permitió desarrollarme y desenvolverme como profesionista y más importante, como persona.

Al Departamento de Medicina Familiar, que me ha enseñado más de lo que esperaba, que un buen médico no sólo es saber guías clínicas y actuar conforme a estas ante un paciente, es más que ello, no se queda en el saber sino que percibe, comprende, entiende, se empatiza y acompaña a los pacientes y sus familias.

A mis maestros, Dr. Raúl Gutiérrez, con quien ahora coincido que medicina familiar es un cambio de actitud; Dr. José Manuel Ramírez, por inculcarme conocimientos de investigación, estar al pendiente y asesorar este trabajo; Dr. Eduardo Méndez, por su optimismo y buen humor que contagia y facilita la vida del residente; Dra. Celina Gómez, porque he aprendido que la persona es más que un ser biológico, tiene valores y emociones, dándole la calidad de humano; Dr. Héctor Riquelme, por enseñarme que una persona llega hasta donde ella misma se lo proponga; Dra. Irasema Sierra, por ayudarme a comprender lo

importante del contenido en la comunicación; Dr. Isauro Sáenz, por insistir a pesar de mi resistencia; Dra. Olga Padrón, maestra y amiga, cada plática era una sesión de familia; Dr. Iván Mendiola, reforzándonos que la persona tiene una parte psicológica y esta puede sufrir también, me quedo con la frase “cuando muere uno de nuestros pacientes, una parte de nosotros muere con el (la)”

A mis compañeros de generación, Joyce, Janeth y Arturo, por evitar la aglutinación desde el principio y facilitar la diferenciación de cada uno de nosotros, por permitirme conocerles y que me conocieran.

Al personal administrativo, a Honorina, por facilitar la residencia, apoyar y aconsejar.

A los doctores de los distintos centros de salud, Dr. Álvaro Hernández, Dra. Alma Zertuche, Dra. Martha Pérez, Dra. Martha González, Dr. José Zavala y Dra. Guadalupe Rosales, gracias por su colaboración en este trabajo.

A mis padres, por ser mi base y apoyo incondicional en este recorrido, en los días buenos y en los difíciles, siendo flexibles; junto a mis hermanos, Luis, Hugo y Carlos, me han ayudado a comprender lo que es una familia con sus límites, dinámica, roles y eventos críticos.

A Marissa, por ser mi pilar, mi inspiración a ser mejor como persona y como médico, por tu paciencia, aconsejarme en las distintas situaciones y entenderme en los momentos críticos.

TABLA DE CONTENIDO

	Página
Capítulo I	
1. Resumen	9
Capítulo II	
2. Introducción	12
Capítulo III	
3. Hipótesis	16
Capítulo IV	
4. Objetivos	17
Capítulo V	
5. Material y métodos	18
Capítulo VI	
6. Resultados	24
Capítulo VII	
7. Discusión	37
Capítulo VIII	
8. Conclusiones	42
Capítulo IX	
9. Anexos	44
9.1 Encuesta	44

Capítulo X

10. Bibliografía

49

Capítulo XI

11. Resumen autobiográfico

54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla	Página
1. Datos demográficos asociados a la inasistencia al programa para el control de la Hipertensión Arterial Esencial	26
2. Número de visitas no cumplidas en último año	28
3. Datos laborales e institucionales asociados a la inasistencia al programa para el control de la Hipertensión Arterial Esencial	29
4. Datos propios de la enfermedad asociados a inasistencia al programa para el control de la Hipertensión Arterial Esencial	32
5. Otras razones para inasistencia al programa para el control de la Hipertensión Arterial Esencial	33
6. Razones para asistencia al programa para el control de la Hipertensión Arterial Esencial	35
7. Puntaje de conducta machista. Escala de Montalvo	36

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura	Página
1. Lista de Cotejo STROBE	24
2. Frecuencia de inasistencias y no inasistencias	25

CAPÍTULO I

RESUMEN

Introducción. Los hombres acuden menos que las mujeres a los programas preventivos de salud, así como a la consulta médica general. Una de las razones podría ser la renuencia a buscar ayuda hasta que los síntomas se vuelven innegables. Esto podría explicarse por razones culturales que tienen que ver con el rol de género, en donde a los hombres no se les permite quejarse, llorar o externar el dolor como a la mujer. La masculinidad tradicional supone un incremento de los riesgos para la salud física y un empobrecimiento de las vidas emocionales de los hombres. La enfermedad puede ser vista como un signo de debilidad para muchos hombres y esta percepción contribuye a un rechazo de la búsqueda de atención en ellos. Algunos comportamientos de riesgo son definidos culturalmente como “masculinos” y además, los hombres utilizan los comportamientos no saludables para definir su virilidad. El machismo se define como un conjunto de creencias, actitudes y conductas que descansan sobre dos ideas básicas: la polarización de los sexos y la superioridad de lo masculino en las áreas consideradas importantes por los hombres. La menor propensión de la búsqueda del hombre a buscar atención de salud podría estar íntimamente ligada a la percepción de la masculinidad. También se han aducido razones de trabajo, falta de tiempo, entre otros, como causas de la baja asistencia en hombres a programas de salud. Las enfermedades crónicas son mundialmente prevalentes. En México la prevalencia de hipertensión arterial esencial (HAE) se ha mantenido constante tanto en hombres (33.3%) como en mujeres (30.8%). Es importante conocer cuáles son estas razones que explican la diferencia en la utilización de servicios preventivos y de consulta entre hombres y mujeres con HAE, para subsanarlas, ampliar su cobertura y minimizar los riesgos de morbimortalidad.

Material y métodos. El estudio correspondió a una investigación observacional, transversal y analítica tipo encuesta. El estudio se realizó en pacientes que contaban con diagnóstico establecido de HAE, con más de 12 meses de evolución, mayores de 40 años de edad. El universo de estudio correspondió a la población de pacientes hipertensos de 6 centros de salud situados en Cd. Guadalupe NL, México. Se utilizó muestreo censal en 2 centros (menos de 90 pacientes registrados) y se aleatorizó en 4. La muestra total calculada fue de 470 pacientes.

Resultados. Del total de la muestra, se eliminaron los pacientes fallecidos, quienes habían cambiado de domicilio, los que se encontraban trabajando y los no encontrados al momento de la visita domiciliaria. Se logró encontrar 218 pacientes, de los cuales se eliminaron quienes se negaron a contestar y quienes presentaban la encuesta incompleta, obteniéndose un total de población de 214 pacientes (45.2% de la muestra estimada), de los cuales 150 (70.1%) correspondió al sexo femenino y 64 (29.9%) al masculino. De los pacientes que no tenían flexibilidad laboral para acudir a consulta de seguimiento de HAE, 94.1% presentaron alguna inasistencia a su cita de control, en cambio los pacientes que si contaban con flexibilidad laboral, 56% presentó alguna inasistencia, $p < .05$. En el resultado del puntaje en la escala de conducta machista de Montalvo aplicada a los hombres, la media de los que presentaron alguna inasistencia fue de 27.8 con DE de 5.7 contra los que no presentaron inasistencias que tuvieron una media de 21.7, una DE de 5.3, con $p < .001$.

Conclusiones. Hay varios factores asociados a la inasistencia a los programas de control de la HAE, los que se encontraron en este estudio, fueron el no tener flexibilidad laboral para acudir a consulta, y la conducta machista del hombre. Además hubo otros factores estadísticamente significativos como el tener un mayor número de minutos de traslado del hogar al centro de salud, utilizar un menor número de medicamentos para el control de la HAE, no encontrar en ocasiones el medicamento en la farmacia del centro de salud, conseguir el

medicamento sin receta en farmacias privadas, presentar algún efecto secundario por el medicamento antihipertensivo, sentir bienestar, y trabajar.

CAPÍTULO II

INTRODUCCIÓN

La consulta programada o concertada, es aquella que es acordada por el profesional y el paciente en la visita previa y que queda recogida en el libro de citaciones del profesional y en la tarjeta de citaciones del paciente, quedando definidas y registradas la consulta (médica o de enfermería), el día y la hora de citación, cuyos objetivos se adecúan al seguimiento y control de procesos crónicos.^{1,2}

Al incumplir a las citaciones, los enfermos se privan de los servicios sanitarios, desorganizan la atención de los usuarios y la relación médico - enfermo, quitan tiempo potencial a otros pacientes y aumentan los costes sanitarios,³ además que empeora la adherencia al tratamiento, definiendo ésta como la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el profesional en cuanto a los cambios en el estilo de vida, toma de la medicación prescrita, asistencia a revisiones, etc.⁴

Es común observar que los hombres acuden menos que las mujeres a los programas preventivos de salud así como a la consulta médica general. Además los hombres mantienen menos apego (o adherencia) a los programas preventivos en los que se pesquisa alguna patología.

La literatura médica así lo corrobora puesto que a pesar de que los hombres sufren mayores tasas de mortalidad prematura que las mujeres, los varones entre 15 a 64 años son menos propensos a utilizar los servicios médicos de familia que las mujeres.⁵

Una de las principales razones podría ser la renuencia a buscar ayuda hasta que los síntomas se vuelven innegables. Esto podría explicarse por razones culturales que tiene que ver con la idiosincrasia de la población e inclusive razones de la construcción del rol de género en donde a los hombres no se les permite quejarse, llorar o externar el dolor como a la mujer. Algunos de los primeros “estudios en hombres” defendían que la conformidad con la masculinidad tradicional suponía a menudo un incremento de los riesgos para la salud física y un empobrecimiento de las vidas emocionales de los hombres.⁶ La teoría de los papeles sexuales afirma que los niños aprenden a adoptar comportamientos masculinos que a su vez, aumentan su propensión a sufrir enfermedades o a morir por accidente.⁷

El término machismo se refiere a un concepto que ha sido inventado y no a un rasgo cultural primordial de un grupo de gente en particular. Los académicos norteamericanos y las feministas se dieron cuenta que existía la opresión de género en México y el resto de América Latina y anunciaron que era un rasgo cultural particular entre los hombres de habla hispana.^{8,9} Castañeda (2007) lo define como: “Un conjunto de creencias, actitudes y conductas que descansan sobre dos ideas básicas: por un lado, la polarización de los sexos, es decir, una contraposición de lo masculino y lo femenino según la cual no sólo son diferentes, sino mutuamente excluyentes; por otro, la superioridad de lo masculino en las áreas consideradas importantes por los hombres”.¹⁰

Para muchos niños y hombres de los Estados Unidos, el “hacer masculinidad” tradicional se asocia a un riesgo mayor de morbilidad y mortalidad.^{11,12} Algunas investigaciones demuestran que las probabilidades de adquirir malos hábitos de salud son mayores en los hombres estadounidenses que comparten las creencias tradicionales sobre la hombría, que en sus contemporáneos no tradicionales.¹³ Algunos comportamientos de riesgo son definidos culturalmente como “masculinos” y, además, los hombres utilizan los comportamientos no saludables para definir su virilidad.⁷ La enfermedad puede ser vista como un

signo de debilidad para muchos hombres, y esta percepción contribuye a un rechazo de la búsqueda de atención en ellos.¹⁴ La menor propensión de la búsqueda del hombre a buscar atención de salud está íntimamente ligada a la percepción de la masculinidad.^{15,16}

Incluso después de haber superado el obstáculo de venir al médico, hombres de grupos socioeconómicos bajos tienden a experimentar barreras a la atención preventiva. Las razones para esto no están claras, pero se refieren en parte a la menor oferta de médicos y consultas más cortas en las prácticas generales en zonas de bajo nivel socioeconómico.⁵

En algunos países como en Chile, al igual que en México, se presenta una problemática similar en cuanto a la asistencia de hombres a la consulta médica del primer nivel de la atención, en ambos países los centros de salud están abiertos solo hasta las 18 horas, y el horario de trabajo de hombres en edad laboral termina hacia esa hora, así como el tiempo de traslado a su hogar hacen incompatible la oferta con la demanda de servicio.¹⁷

Aunque se han aducido razones de trabajo, falta de tiempo entre otros, las causas de la baja asistencia en hombres a programas de salud pueden ser aún más complejas. Existen barreras institucionales que no favorecen la asistencia de hombres a la consulta, ya que se restringe el número de pacientes que son vistos por día por cada médico, por ejemplo. Los jóvenes de estrato medio-alto, coincidieron en remarcar, por un lado, los problemas existentes en los servicios de salud (sobre todo el sistema público), con especial referencia a la falta de recursos –materiales y humanos- frente a una demanda que ha aumentado considerablemente, así como los problemas vinculados a lo que ellos consideran una deficiente formación de los médicos. En este sentido, coinciden con los varones adultos en el tipo de problemas que observan en los servicios de salud (las dificultades para obtener turnos, las largas esperas para hacerse atender, por mencionar algunos).¹⁸

Por otro lado, las enfermedades crónicas son mundialmente prevalentes, sin embargo tiene diferencias regionales. En México la prevalencia de HAE se ha mantenido constante en los últimos seis años (ENSANUT 2006 y 2012) tanto en hombres (32.4 y 33.3%) como en mujeres (31.1 y 30.8%, respectivamente). En ambos, hombres y mujeres la prevalencia más alta de hipertensión es en el grupo de 80 años o más y la más baja en el grupo de 20 a 29 años de edad.¹⁹

Se desconoce cuáles pueden ser los factores condicionantes de estas diferencias en la atención de salud ligada al género. Es conveniente conocer cuáles son estas razones que explican la diferencia en la utilización de servicios preventivos y de consulta entre hombres y mujeres con HAE, para subsanarlas, ampliar su cobertura y minimizar los riesgos de morbimortalidad asociados a una baja utilización de servicios de salud.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

Las razones laborales y culturales en los hombres mexicanos (machismo) determinan una menor utilización del programa de control de HAE que en las mujeres mexicanas.

Hipótesis nula. Las razones laborales y culturales en los hombres mexicanos (machismo) no determinan una menor utilización del programa de control de HAE que en las mujeres mexicanas.

CAPÍTULO IV

OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer las razones que determinan la inasistencia de los pacientes masculinos mexicanos a la consulta de primer nivel de la atención en salud para el control de la HAE.

Objetivos específicos

1. Determinar la influencia de los factores institucionales y laborales en la asistencia de los hombres a los programas de control de la hipertensión en el primer nivel de atención de salud.
2. Estimar la asociación de los factores culturales (ej. masculinidad, etnia, país, etc.) en la asistencia de los hombres mexicanos a los programas de control de la HAE en el primer nivel de atención de salud.

CAPÍTULO V

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y universo de estudio

El estudio correspondió a una investigación observacional, transversal, analítica en México. El universo de estudio correspondió a la población de pacientes hipertensos de 6 centros de salud pertenecientes a la Secretaría de Salud del estado de Nuevo León, situados en Cd. Guadalupe NL, México; centros del primer nivel de la atención de salud que poseen un programa preventivo sobre HAE.

El sistema de salud mexicano funciona con base en unidades de salud pública de primero, segundo y tercer nivel. Los Servicios de Salud de Nuevo León cuentan con 500 centros de primer nivel enclavados en la comunidad, atendidos por médicos familiares y generales dentro de un equipo básico de salud. Los programas preventivos -entre ellos el de "Detección y control de enfermedades crónicas"- son programas ejecutados bajo una normatividad nacional. Cada centro de salud tiene registrados de 70 a 90 pacientes hipertensos, que incluye promoción, detección, diagnóstico, tratamiento, control de los pacientes y seguimiento en comunidad. Dichos centros de salud prestan servicios también a población afiliada en el Seguro Popular.

Población y criterios de selección

Se contó con población perteneciente a centros de salud comunitarios de la Secretaría de Salud en Nuevo León. Para este estudio se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: pacientes que contaban con diagnóstico establecido de HAE, con más de 12 meses de evolución de la enfermedad, mayores de 40 años de edad. Se excluyeron pacientes con discapacidad física severa, así como pacientes en estado de postración o usuario de silla de

ruedas, dado que se espera que los pacientes asistan por algún medio al centro de salud de su localidad.

Diseño muestral

Se utilizó un tipo de muestreo censal en 2 centros de salud, cuyo registro de personas con hipertensión arterial era menor a 90 y se aleatorizó en 4 centros con población mayor a ese número. La muestra total calculada fue de 470 pacientes; en los Centros de Salud Lomas del Pedregal (n= 65) y Cañada Blanca (n= 45) se tomó el total de pacientes registrados; de los centros de salud 21 de Enero (n= 174), Fomerrey 31 (n= 205), Los Encinos (n= 99) y Fomerrey 7 (n= 189), se aleatorizaron, tomando 90 en cada unidad para completar la n total.

Mediciones

Variables clínicas y paraclínicas

Se realizó antropometría y se hizo el registro de algunos parámetros paraclínicos, por ejemplo: glicemia en ayunas, colesterol y triglicéridos séricos, en caso de haber contado con ellos.

Variables demográficas y socioeconómicas

En los pacientes reclutados se evaluaron características demográficas tales como edad, sexo, estado civil, pertenencia a alguna etnia.

Variable nivel socioeconómico

Se definió a través de la Regla AMAI 10x6, el cual permite una clasificación del sujeto en 6 niveles socioeconómicos a través del nivel de escolaridad del jefe de familia y el acceso a bienes y servicios a los cuales la familia accede.²⁰

Variables laborales

Se evaluaron las variables tipo de ocupación laboral, tiempo que comprende la jornada laboral de acuerdo a horas semanales y algunos factores que actuaban

como facilitadores o barreras en relación a la asistencia a los controles médicos para la HAE, tales como: *¿Su trabajo permite flexibilidad laboral para asistir a consultas o controles médicos dentro de la jornada laboral?, ¿Su trabajo cuenta con atenciones de salud para realizar consultas o seguir controles de salud?, ¿Su trabajo incorpora seguros para accidentes y enfermedades profesionales?, ¿Su trabajo incluye seguro de salud?*

Variables institucionales

Además se evaluaron si factores institucionales del sistema de salud funcionaban como factores favorecedores u obstaculizadores de la asistencia, tales como el horario y los días de apertura de la institución, límite del número de consultas ofrecidas diarias, distancia al centro de salud, entre otros.

Variable: actitud machista

Por último, se evaluó si el comportamiento o el rol de género masculino reflejado en la actitud machista tradicional en el varón, funcionaba como factor predisponente para no asistir a consulta de control de HAE.

Se utilizó la escala de Machismo de Montalvo RJ, validada por García CCH. La escala original consta de 52 ítems los cuales se distribuyen en las siguientes áreas: Relaciones de Pareja (7 reactivos), Educación (6 reactivos), Trabajo (15 reactivos), Relaciones Sexuales (13 reactivos), Relaciones Familiares (5 reactivos), Violencia (6 reactivos). Tiene una confiabilidad considerada como buena, en donde el coeficiente más bajo es .74 y el más alto .87. En su estudio, se entrevistaron 265 padres de familia, los cuales 54 eran casados sin hijos; 50 en la etapa de matrimonio con hijos preescolares; 50 en etapa de matrimonio con hijos en edad escolar; 52 en etapa de matrimonio con hijos adolescentes; y 59 en matrimonio con hijos adultos. El resultado fue que se encontraron 49 (18.5%) participantes que cayeron en la categoría de Tendencia Baja al Machismo; 167 (63.0%) participantes quedaron en el grupo de Tendencia Media

al Machismo y que 49 (18.5%) participantes configuraron el grupo de Tendencia Alta al Machismo.²¹

Posteriormente García y Viramontes por Análisis Factorial Confirmatorio validaron una escala más corta de 13 reactivos de 26 seleccionados previamente al azar. El factor obtenido (n= 183) tuvo un coeficiente de estructura mayor a .40 que se llamó la escala de Machismo, que obtuvo en conjunto un coeficiente de alpha-Cronbach de .82. El grado de correlación de los reactivos, medido por el KMO (Kaiser-Meyer-Oklin) fue de .83 con un porcentaje de varianza explicada de 32.79. Se obtuvieron resultados casi semejantes en confiabilidad a los encontrados por los autores originales.²²

Procedimiento

Se acudió a los centros de salud, cuyos encargados son parte de la autoría del trabajo, se realizó un censo de los pacientes hipertensos pertenecientes a cada centro, se aleatorizaron los pacientes de 4 centros, debido a que el total de pacientes registrados con HAE fue mayor a 90. En los centros cuyo total de pacientes fue menor a 90, se tomó el total de pacientes y se citaron para realizarles una entrevista (por el médico encargado del centro de salud) y somatometría.

Se abordó al paciente que cumplía los criterios de inclusión. Se le invitó a participar en la investigación, proporcionándole información acerca de la misma y la utilidad de los resultados. Se le explicó que consistía en responder una encuesta de forma voluntaria, relacionada a su enfermedad (HAE) y factores asociados. Se hizo énfasis que la atención médica seguiría otorgándose en caso de que negara su participación, obteniéndose de esta manera el consentimiento informado verbal.

En caso que algún paciente con HAE registrado en el centro de salud y que había sido seleccionado, no acudió a dicho centro, se solicitó un registro de

nombres y domicilio de los participantes para realizarles una visita domiciliaria por parte de un médico o personal capacitado para la aplicación del instrumento de estudio, en caso de que no se encontraron por 3 ocasiones, se eliminaron del estudio.

Por un periodo de 20 minutos, al paciente se le realizó entrevista y evaluación física, efectuada por personal capacitado del centro de salud familiar al cual era derechohabiente. En esta evaluación se registraron sus antecedentes económicos y sociales, se realizaron mediciones tales como su peso, talla, índice de masa corporal y composición corporal y se midió la presión arterial.

Como parte de la entrevista se preguntó acerca de diferentes factores relativos al trabajo y jornada laboral que pudieran estar relacionados con las asistencias o inasistencias a los controles de salud a los cuales era citado para el control de la HAE.

Además el equipo de investigación revisó la ficha clínica del paciente para obtener información del estado de salud en las últimas visitas a las que había asistido, y se analizaron los resultados de exámenes de laboratorio (en caso que contaran con ellos, tales como glicemia y colesterol total), que se habían realizado como parte de sus controles de rutina.

Análisis de datos

Se utilizó el software estadístico SPSS para el análisis de datos. Se realizó un análisis exploratorio de las variables continuas para verificar la normalidad de las distribuciones con test de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors. Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes y las variables continuas a través de media y desviación estándar.

Para determinar las diferencias de las variables sociodemográficas, laborales, relativas al servicio de salud (institucionales), y clínicas entre hombres y

mujeres y respecto de su asistencia a los controles de salud se utilizó prueba de Chi cuadrado para las variables categóricas y t de Student para variables continuas en que se verificó distribución normal. Para las variables continuas que no distribuyeron normal se utilizó la prueba U de Mann Whitney.

Aspectos éticos

El presente proyecto se evaluó y aprobó por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, con clave de control MF17-00006 así como por el comité de ética de Secretaría de Salud del estado de Nuevo León, con clave de control HMBSSSNL-2016/714.

En términos generales, este estudio por su carácter no experimental, no presentó riesgos para el paciente, por lo que se solicitó la excepción de aplicar el documento de consentimiento informado por escrito, pero se realizó consentimiento informado verbal, considerando principios éticos de beneficencia, no maleficencia y el respeto por la persona.

A cada paciente se le explicó en qué consistía el proyecto de investigación, la voluntariedad de participar y de retirarse en cualquier momento que lo deseara sin que implicara alguna consecuencia en los controles de salud del programa para la hipertensión en el cual participaba, y sobre los riesgos y beneficios de éste, a través de consentimiento informado verbal previo a la recolección de datos.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

Del número de muestra estimado (470) se logró un número final de 214 pacientes (45.5%). Se eliminaron 3 encuestas por presentar datos incompletos; en 19 de los casos el paciente ya había fallecido al momento de realizar la visita domiciliaria, 40 habían cambiado de domicilio, 14 se encontraban trabajando, 1 se negó a contestar la encuesta y a 179 no se les encontró en su domicilio. Para la descripción de los resultados se siguió la lista de cotejo STROBE (Figura 1)

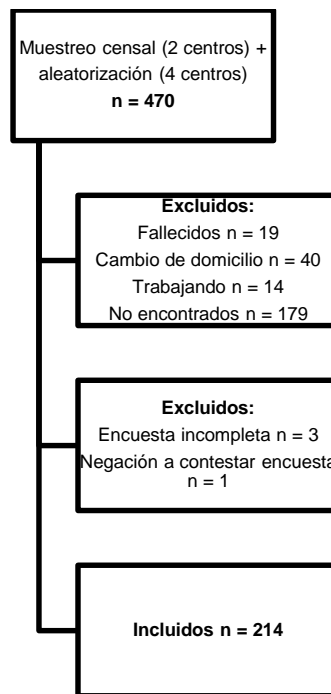
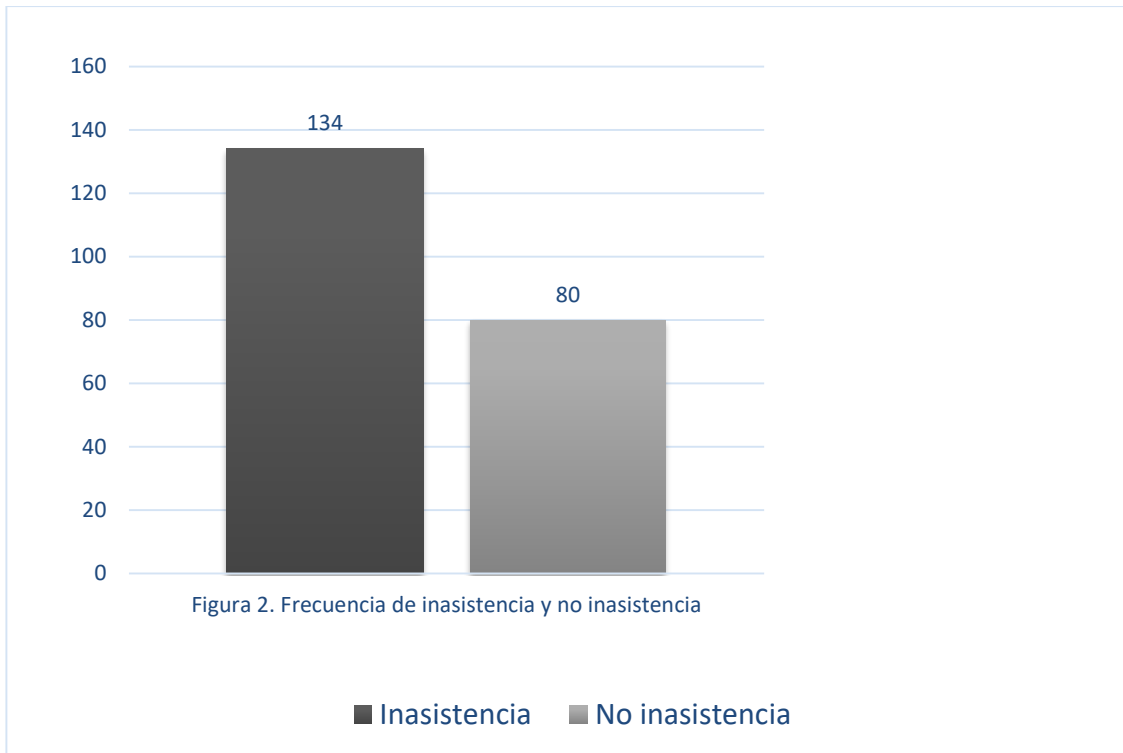


Figura 1.



De la n (214) estudiada, 134 (62.6%) presentaron alguna inasistencia mientras que 80 (37.4%) no presentaron inasistencias.

Tabla 1. Datos demográficos asociados a inasistencia

Razones	Inasistencia				Total	Valor p
	Sí		No			
Variables categóricas	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	
Sexo						
Femenino	92	61.3	58	38.7	150	ns
Masculino	42	65.6	22	34.4	64	
Total	134	62.6	80	37.4	214	
Estado civil						
Soltero	11	61.1	7	38.9	18	ns
Casado	79	67.5	38	32.5	117	
Viudo	24	51.0	23	49.0	47	
Separado	10	52.6	9	47.4	19	
Unión libre	6	66.7	3	33.3	9	
Divorciado	4	100.0	0	0.0	4	
Total	134	62.6	80	37.4	214	
Nivel socioeconómico						
E	3	60.0	2	40.0	5	ns
D	22	64.7	12	35.3	34	
D+	86	62.3	52	37.7	138	
C	18	72.0	7	28.0	25	
C+	5	41.7	7	58.3	12	
A/B	0	0.0	0	0.0	0	
Total	134	62.6	80	37.4	214	
Variables numéricas						
	Media	DE	Media	DE		
Edad del paciente	62.4	10.8	64	10.1		ns
Años de estudio aprobados	5.2	3.6	5.2	3.5		ns
Ingreso familiar mensual	5174.9	3701.8	4601	2154.3		ns
Número de integrantes de la familia	3.7	2	3.3	1.7		ns

Del total de la n (214) 150 correspondieron al sexo femenino y 64 al masculino, 61.3% de los femeninos y 65.6% de los masculinos presentaron al menos una inasistencia al centro de salud. En la variable del estado civil, 18 de los individuos eran solteros, 117 casados, 47 viudos, 19 separados, 9 vivían en unión libre y 4 eran divorciados. De la población estudiada, 138 individuos (64.48%) correspondieron al nivel D+ de la clasificación AMAI. La edad

promedio de los individuos que presentaron alguna inasistencia fue de 62.4 años con una DE de 10.8 y la de los que no presentaron inasistencia fue de 64 años con una DE de 10.1. Ninguna de las variables sociodemográficas estudiadas presentó significancia estadística (**Tabla 1**).

Tabla 2. Número de visitas incumplidas en último año en la muestra estudiada		
Número de visitas no cumplidas	Frecuencia	Porcentaje
0	80	37.4
1	18	8.4
2	21	9.8
3	14	6.5
4	13	6.1
5	13	6.1
6	13	6.1
7	5	2.3
8	8	3.7
9	12	5.6
10	5	2.3
11	2	0.9
12	10	4.7
Total	214	100

De la n (214) estudiada se encontró que 80 (37.4%) participantes tenían 0 inasistencias a la consulta de control de la HAE (**Tabla 2**)

Tabla 3. Datos laborales e institucionales asociados a inasistencia (1)

Razones Variables categóricas	Inasistencia				Total Frecuencia	Valor p
	Sí Frecuencia	%	No Frecuencia	%		
Ocupación						
Comerciante	17	65.4	9	34.6	26	ns
Desempleado	13	68.4	6	31.6	19	
Hogar	75	61.0	48	39.0	123	
Otros	29	63.0	17	27.0	46	
Total	134	62.6	80	37.4	214	
Flexibilidad laboral para consultar						
Sí	28	56.0	22	44.0	50	<.05
No	16	94.1	1	5.9	17	
NA	90	61.2	57	38.8	147	
Total	134	62.6	80	37.4	214	
Seguro contra accidente laboral						
Sí	2	100.0	0	0.0	2	ns
No	42	64.6	23	35.4	65	
NA	90	61.2	57	38.8	147	
Total	134	62.6	80	37.4	214	
Seguro de salud por parte del trabajo						
Sí	2	100.0	0	0.0	2	ns
No	42	64.6	23	35.4	65	
NA	90	61.2	57	38.8	147	
Total	134	62.6	80	37.4	214	
Medio de transporte desde el hogar al centro de salud						
Ninguno	114	62.6	68	37.4	182	ns
Camión	7	63.6	4	36.4	11	
Taxi	1	16.7	5	83.3	6	
Vehículo propio	10	83.3	2	16.7	12	
Bicicleta	2	66.7	1	33.3	3	
Total	134	62.6	80	37.4	214	
Seguro social						
Sí	130	62.8	77	37.2	207	ns
No	4	57.1	3	42.9	7	
Total	134	62.6	80	37.4	214	

Tabla 3. Datos laborales e institucionales asociados a inasistencia (continuación 2)

Razones	Inasistencia				Total	Valor p
	Si		No			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Tipo de seguro social						
Seguro popular	112	60.9	72	39.1	184	ns
IMSS	17	77.3	5	22.7	22	
ISSSTE	1	100.0	0	0.0	1	
Ninguno	4	57.1	3	42.9	7	
Total	134	62.6	80	37.4	214	
Límite del centro de salud del número de pacientes						
Sí	15	62.5	9	37.5	24	ns
No	119	68.2	71	31.8	190	
Total	134	62.6	80	37.4	214	
Horario del centro de salud de lunes a viernes						
08:00 a 15:00 horas	109	60.9	70	39.1	179	ns
08:00 a 15:30 horas	25	71.4	10	28.6	35	
Total	134	62.6	80	37.4	214	
Tipo de pacientes atendidos por el centro de salud						
Citados	15	57.7	11	42.3	26	ns
Ambos	117	62.2	69	37.8	188	
Variables numéricas						
Minutos de traslado desde el hogar al centro de salud	Media	DE	Media	DE		
	12.3	7.2	11.6	7.1		<.05
Número de médicos en el centro de salud	2.2	0.7	2.1	0.5		ns
Número de médicos diferentes que han atendido al paciente	1.5	0.8	1.4	0.7		ns

De los factores laborales e institucionales estudiados, 94.1% de los pacientes que no tenían flexibilidad laboral para acudir a consulta de seguimiento de HAE presentaron alguna inasistencia a su cita de control, en cambio, los pacientes que si contaban con flexibilidad laboral sólo 56.0% presentó alguna inasistencia,

($p < .05$). La media de minutos de traslado para los pacientes que presentaron alguna inasistencia fue de 12.3 con una DE de 7.2, en cambio, para los que no presentaron inasistencias, tuvo una media de 11.6 minutos con una DE de 7.1 ($p < .05$). El resto de las variables laborales e institucionales no tuvieron significancia estadística (**Tabla 3**).

Tabla 4. Datos propios de la enfermedad asociados a inasistencia

Razones	Inasistencia				Total	Valor p
	Sí		No			
Variables categóricas	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	
Comorbilidad a la hipertensión arterial esencial						
Sí	93	64.1	52	35.9	145	ns
No	41	59.4	28	40.6	69	
Total	134	62.6	80	37.4	214	
Tipo de comorbilidad a la hipertensión arterial esencial						
Diabetes Mellitus	47	61.8	29	38.2	76	ns
Diabetes Mellitus y otra (s)	22	68.7	10	31.3	32	
Dislipidemia	4	66.7	2	33.3	6	
Dislipidemia y otra (s)	4	80.0	1	20.0	5	
Ninguna	41	59.4	28	40.6	69	
Otra	16	61.5	10	38.5	26	
Total	134	62.6	80	37.4	214	
Variables numéricas						
Número de medicamentos para el tratamiento de la HAE	Media	DE	Media	DE		
	1.3	0.6	1.6	0.8		<.05

Los individuos que presentaron al menos una inasistencia tuvieron una media de 1.3 en el número de medicamentos utilizados para el control de la HAE, con DE de 0.6 y los que no presentaron inasistencias una media de 1.6 con DE de 0.8 ($p < .05$). El resto de los factores propios de la enfermedad no obtuvieron significancia estadística (**Tabla 4**).

Tabla 5 Razones de inasistencia

Variable categóricas	Inasistencia				Total	Valor p
	Sí		No			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	
En ocasiones no encontrar el medicamento en la farmacia del centro de salud						
Sí	18	100.0	0	0.0	18	
No	116	59.2	80	40.8	196	<.01
Total	134	62.6	80	37.4	214	
Conseguir el medicamento sin receta						
Sí	68	98.5	1	1.5	69	
No	66	45.5	79	54.5	145	<.01
Total	134	62.6	80	37.4	214	
Presentar efectos secundarios por el medicamento						
Sí	7	100.0	0	0.0	7	
No	127	61.4	80	38.6	207	<.05
Total	134	62.6	80	37.4	214	
Usar lugar alternativo al centro de salud para consultar						
Sí	47	100.0	0	0.0	47	
No	87	52.1	80	47.9	167	ns
Total	134	62.6	80	37.4	214	
Sentir bienestar						
Sí	49	100.0	0	0.0	49	
No	85	51.5	80	48.5	165	<.01
Total	134	62.6	80	37.4	214	
Ser hombre						
Sí	9	100.0	0	0.0	9	
No	125	61.0	80	39.0	205	<.05
Total	134	62.6	80	37.4	214	
Trabajar						
Sí	20	100.0	0	0.0	20	
No	114	58.8	80	41.2	194	<.01
Total	134	62.6	80	37.4	214	
Acudir a urgencias al sentir malestar						
Sí	20	100.0	0	0.0	20	
No	114	58.8	80	41.2	194	<.01
Total	134	62.6	80	37.4	214	

Dentro de las razones por las cuáles los individuos presentaron alguna inasistencia, la totalidad de los encuestados afirmó que *En ocasiones no encontrar el medicamento en la farmacia del centro de salud*, fue la causa de su inasistencia; el *Conseguir el medicamento sin receta* fue mencionado por el 98.5%, mientras que *Sentir bienestar*, el *Trabajar* y *Acudir a urgencias al sentir malestar*, lo mencionaron en el 100% de los casos, esto con una $p < .01$. Igualmente las razones de inasistencia de *Presentar efectos secundarios por el medicamento* y *Ser hombre*, fue mencionado por la totalidad de la muestra como una causa ($p < .05$) (**Tabla 5**).

Tabla 6. Razones de asistencia

Variable categóricas	Inasistencia				Total	Valor p
	Sí		No			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Presentar complicación						
Sí	8	42.1	11	57.9	19	
No	126	64.6	69	35.8	195	ns
Total	134	62.6	80	37.4	214	
Tener apoyo familiar						
Sí	85	58.6	60	41.4	145	
No	49	71.0	20	29.0	69	ns
Total	134	62.6	80	37.4	214	
Tener un familiar o conocido cercano con alguna complicación por HTA						
Sí	34	58.6	24	41.4	58	
No	100	64.1	56	35.9	156	ns
Total	134	62.6	80	37.4	214	

Al preguntar las razones por las que acudían a la consulta de seguimiento para el control de la HAE al centro de salud correspondiente, 57.9% fue asociado a *presentar complicación*, 41.4% a *tener apoyo familiar* y 41.4% a *tener un familiar o conocido cercano con HTA*, aunque no hubo significancia estadística (**Tabla 6**).

Tabla 7. Razones de inasistencia

Variable	Inasistencia				Valor p
	Sí		No		
	Media	DE	Media	DE	
Puntaje en escala de conducta machista de Montalvo	27.8	5.7	21.7	5.3	<.01

En el resultado del puntaje en la escala de conducta machista de Montalvo aplicada a los hombres, la media de los que presentaron alguna inasistencia fue de 27.8 con una DE de 5.7 contra los que no presentaron inasistencias con una media de 21.7 con una DE de 5.3 con una $p < .01$ (**Tabla 7**).

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN

Este es un estudio realizado a nivel comunitario en 6 centros de salud de la Secretaría de Salud del estado de Nuevo León. En la muestra estudiada 62.6% presentó uno o más insistencias en al año, referidas estas a no acudir a alguna consulta concertada, lo cual equivaldría, bajo un criterio muy estricto, a una adherencia al servicio de 37.4%.

Por lo tanto, más de un tercio de la población con hipertensión acude en forma regular su programa de prevención de HAE. En cuanto a los factores asociados a la inasistencia desde el punto de vista laboral, 25% de los participantes que trabajaban mencionaron que no contaban con flexibilidad laboral para acudir a consulta de seguimiento de HAE, muy similar a los resultados del estudio de Castrillón y cols. (2017) donde 20% de las causas de inasistencias fue por falta de permiso por los empleadores a los trabajadores.²³ Sin embargo, en esta investigación es posible que los factores laborales sean de mayor peso que el estimado, dado que 14 participantes no se encontraron, precisamente por estar trabajando, y 179 no fueron localizados en su domicilio, presumiblemente por una razón relacionada con su trabajo.

El tener mayor tiempo de traslado desde el hogar al centro de salud para consultar resultó significativo en el presente estudio, aunque la diferencia es estadísticamente significativa, la diferencia absoluta es muy pequeña. En ese tenor, hay estudios como el de Salvador A. (2009) donde el 86.6% de los pacientes respondieron que el tiempo de traslado no impedía acudir a consultar.²⁴ Otro hallazgo que muestra cierta inconsistencia, es que la inasistencia por las horas laborales por semana en ambos grupos, no tiene significancia estadística.

En este estudio, los individuos que tenían menos número de medicamentos utilizados para el control de la HAE presentaron al menos una inasistencia, esto contrario al reporte realizado por la Organización Mundial de la Salud (2003) “Adherencia a terapias de largo plazo – Evidencia para acción” donde se menciona que la complejidad del régimen del tratamiento es otro factor relacionado y que es identificado como posible causa de pobre adherencia, como lo es la alta frecuencia y dosificación de medicamentos o el mayor número de estos, así como el cambio recurrente de medicamentos antihipertensivos;⁴ así mismo, Daniel AC. y Veiga EV. (2013) mencionan que la monoterapia en el régimen terapéutico antihipertensivo contribuye a una adecuada adherencia al tratamiento. A este respecto los autores reportaron que 45.1% de los pacientes estudiados eran adherentes al tratamiento prescrito,²⁵ mientras que otro estudio, Lulebo AM. y cols. (2015) refirieron 54.2% (95% CI 47.3 - 61.8) como no adherencia al medicamento y 15.6% (95% CI 12.1 - 20.0) como falta de adherencia a la toma de presión arterial.²⁶

Sin embargo, podría haber correlación entre el hecho de que tomen menos medicamentos y acudan menos, con las razones mencionadas por los encuestados como asociadas con las inasistencias, a saber: *En ocasiones no encontrar el medicamento en la farmacia del centro de salud y Conseguir el medicamento sin receta.* En cambio, y dado que el medicamento es proporcionado por el centro de salud, el tomar más medicamentos podría implicar cierto ahorro para el paciente.

El no encontrar el medicamento antihipertensivo en la farmacia del centro de salud, fue una razón para presentar alguna inasistencia en el presente estudio, lo cual coincide con varios autores, entre ellos Cruz M. y Cornejo T (2008) quienes encontraron que 46% de los pacientes que presentaron 2 inasistencias en las últimas consultas programadas en el mes, refirieron que el suministro de medicamentos era incompleto²⁷ o lo reportado en el estudio de Morales A y cols. (2001) quienes refieren que la mayoría de pacientes señalaron que la

segunda razón por la que no cumplían con el tratamiento era el agotamiento de los medicamentos que se brindaban en el programa de salud en Perú.²⁸ En la publicación de Lulebo AM. y cols. (2015), la falta de disponibilidad de medicamentos explica (OR = 2.8; 95 % CI 1.4-5.5), 2.8 veces la falta de apego al tratamiento.²⁶

Conseguir el medicamento sin receta en cualquier farmacia, fue otra de las causas importantes de inasistencia en nuestro estudio, sin ahondar en la razón por la cual preferían esta práctica; no obstante, este fenómeno ha sido estudiado por Llanos L y cols. (2001) quienes encontraron que de los 384 participantes de su estudio, 139 presentaron automedicación y las principales motivaciones que manifestaron para comprar medicinas sin receta fueron: *Ya sé que recetan* 58 (41.72%), *el farmacéutico sabe* 34 (24.46%), *por hábito* 24 (17.26%) y sólo 15 (10.79%) mencionaron el aspecto económico como factor limitante para automedicarse (*evito pagar la consulta*).²⁹

La salud es un concepto relativo para la mayoría de la población y la sensación de bienestar es obviamente subjetiva, aun así, el sentir bienestar fue otra de las razones significativas en esta investigación por las cuales el individuo presentó alguna inasistencia, como en el estudio de López E y cols. (2006) donde los varones tendieron a percibir su estado de salud como excelente (13%) o muy bueno (29%) y las mujeres, en cambio, lo evaluaron con una menor intensidad (10% y 25% respectivamente), - quizás con mayor realismo – lo que pudiera explicar la mayor propensión de las mujeres para acudir a la consulta y apegarse a los programas preventivos de salud, lo que les permitiría un mayor seguimiento y atención a su situación de salud.³⁰

El hecho de trabajar fue uno más de los factores significantes del presente estudio asociado a inasistencia, a diferencia en lo reportado por Orueta R. y cols. (2001) donde no se observaron diferencias importantes en función de

situación laboral de los incumplidores a las citas concertadas (30,0% en activos, 26,9% en pensionistas y 19,1% en amas de casa).³¹

El acudir a urgencias al sentir malestar fue también un factor causal de inasistencia a la consulta de control de HAE, como lo comenta Aranaz-Andrés J. y cols. (2006) donde, de los 348 participantes de su estudio, 287 (82.5%) acudían por iniciativa propia, de estos, 158 (55%) acudían por preferencia al sistema de urgencias hospitalaria al centro de salud, y de estos últimos, 55 (35.4%) refirieron que acudían al servicio de urgencias porque le atienden más rápidamente o les resultaba más cómodo;³⁴ así mismo, Loria-Castellanos J. y cols. (2010) reportaron las causas para preferir acudir al servicio de urgencias en 718 participantes, refiriendo que la atención era más rápida en dicho servicio (25.85%), que se les había negado la atención en su unidad correspondiente (22.22%) y que en urgencias, la atención era proporcionada por especialistas (21.15%).³³

Tener efectos secundarios debido al uso del medicamento antihipertensivo resultó significativo para presentar alguna inasistencia a la consulta; la OMS (2003) menciona que algunos de los determinantes de la adherencia al tratamiento antihipertensivo están relacionados al tratamiento farmacológico en sí mismo, y ha especulado que la pobre adherencia puede ser explicada en parte por las propiedades del medicamento como la tolerabilidad.⁴ Aunque no es exactamente el mismo constructo, “adherencia al tratamiento” y “apego a la asistencia a la unidad de atención médica”, sí podría pensarse que están estrechamente vinculados.

El resultado del puntaje más alto en la escala de conducta machista de Montalvo, aplicada a los hombres, no es de sorprender, dado la idiosincrasia de nuestra población masculina. Hammond y cols. (2010) reportaron un estudio en afroamericanos en donde los hombres con mayor respaldo de las normas de masculinidad tienen una posibilidad más reducida de retrasar el tamizaje de

detección de HAE.³⁴ No obstante esta población define la masculinidad de manera diferente que los hombres blancos no hispanos.

Son necesarios más estudios específicamente en la población latina y más aún en la mexicana, para reconocer la amplitud de la influencia en la salud, su verdadero impacto y comprender su naturaleza, ya que es un factor sociocultural que puede ser modificable. El movimiento feminista ha transformado la manera de pensar de la población masculina en los últimos tiempos.

CAPÍTULO VIII

CONCLUSIONES

El trabajar y no tener flexibilidad laboral para acudir a consulta de seguimiento son factores significativos para la inasistencia a los centros de salud a citas para prevención y control de Hipertensión Arterial Esencial.

Lo es también el tiempo de traslado, expresado en minutos; quizá no se alcanza a explicar cómo esa mínima diferencia impactaría en la asistencia a la unidad de atención.

Tampoco resultaron significativos los factores relacionados con el servicio médico, número de médicos etc.

Sin embargo, los factores relacionados con el tratamiento, como tomar un número menor de medicamentos para control de HAE, así como no encontrar en ocasiones el medicamento en la farmacia del centro de salud, conseguir el medicamento sin receta en farmacias privadas o presentar algún efecto secundario por medicamento, es significativo para presentar alguna inasistencia.

Es interesante la asociación de la sensación de bienestar como razón para presentar alguna inasistencia.

Las razones por las cuales los individuos si asistían a la consulta de seguimiento para el control de la HAE no fueron significativas.

La conducta machista del hombre tiene asociación con la inasistencia a la consulta de seguimiento para el control de la HAE. Falta ahondar aún más en

este fenómeno cultural para diseñar estrategias con el fin de minimizar su impacto o mejor aún utilizarlo de manera favorable.

CAPÍTULO IX

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Razones para la Inasistencia de hombres a programas para el control de la hipertensión

Versión 1. 29 de mayo de 2017

Cód. Encuestado:	<input type="text"/>
Fecha Encuesta:	<input type="text"/> <input type="text"/>

I. ANTECEDENTES (Identificación del paciente):

1. *Centro de Salud:* _____

2. *Dirección del Centro de Salud:* _____

3. *Nombre:* _____ 4. *Sexo:* _____
(0=Femenino; 1=Masculino)

5. *Fecha de Nacimiento:* _____ 6. *Edad:* _____ RUT/ N° EXP: _____
(años)

7. *Dirección del paciente:* _____ *Teléfono:* _____

8. *Estado civil:* ___ (1=Soltero; 2=Casado; 3=Viudo; 4=Separado; 5=Conviviente) 9. *Etnia(Indígena):* ___

II. NIVEL SOCIOECONÓMICO:

10. *Años de estudios aprobados:* ___ (años) 11. *Ingreso Familiar Mensual:* \$ _____
(pesos mexicanos)

12. *Número de integrantes de la familia:* _____ (personas)

13. *Nivel Socioeconómico AMAI* _____
(México)

III. ANTECEDENTES LABORALES. Actualmente

14. *Ocupación:* _____ 15. *N° de Empleos:* _____

16. *No de horas de jornada laboral por semana* _____

17. *Dirección del trabajo del paciente:* _____

18. *Conteste las siguientes preguntas. Su trabajo:*

	Si	No	NA
¿Permite flexibilidad laboral para asistir a consulta o controles médicos dentro de la jornada laboral?			
¿Cuenta con atenciones de salud para realizar consultas o seguir controles de salud?			
¿Incorpora seguros de salud para accidentes y enfermedades profesionales?			
¿Incluye seguro de salud?			

IV. FACTORES INSTITUCIONALES. (Esto varía con el paciente)

19. *Tiempo desde el hogar a centro de salud:* _____ (minutos)

20. *Tiempo desde lugar de trabajo a centro de salud:* _____ (minutos)

21. *¿Qué tipo de transporte usa para llegar al centro de salud?:* _____

22. *¿Tiene Seguro de Salud o prestación de Salud?:* SI _____ NO _____

*Si es afirmativo 23. *¿Cuál?:* _____

Estos son los mismos para todos los pacientes del mismo centro o clínica).

24. *¿Limita el centro de salud el número de pacientes para la atención de HTA?:*

SI _____ NO _____

25. *Horario de atención del centro de salud: De lunes a viernes De ___:___ a ___:___
Horario fin de semana De ___:___ a ___:___*

26. *Número de médicos en el centro de salud:* _____

27. *Los pacientes atendidos en el Centro de Salud son:*

Spontáneos _____ Sólo los citados _____ Ambos _____

V. FACTORES PROPIOS DE LA ENFERMEDAD

28. *Fecha de la última visita que hizo al médico por su hipertensión:* _____

Referente a su Hipertensión en el último año (2015):

29. *Número de vistas PROGRAMADAS:* _____ 30. *Número de vistas cumplidas:* _____
(SOLO POR HTA)

31. *Número de médicos diferentes que lo han atendido en el último año:* _____

32. ¿Tiene alguna otra enfermedad CRÓNICA aparte de la Hipertensión?
SI _____ NO _____

33. Si su respuesta es afirmativa, menciónelas

34. No. de medicamentos que toma para la Hipertensión: _____

35. ¿Ha dejado de asistir a la clínica o centro de salud? SI NO

Si la respuesta es afirmativa, He dejado de asistir porque:

36. Rara vez encuentro el medicamento recetado por mi médico en la farmacia del centro de salud SI NO

37. Encuentro el medicamento más fácilmente en alguna farmacia o me lo regalan etc. SI NO

38. He presentado efectos secundarios* con el medicamento utilizado SI NO

39. He utilizado otros tratamientos como medicina alternativa** SI NO

40. Me tomo la presión arterial en otro sitio diferente al centro de salud SI NO

41. Me siento bien / No he sentido alguna molestia SI NO

42. Soy hombre SI NO

43. Porque trabajo SI NO

44. Porque voy a urgencias cuando me siento mal SI NO

45. Otras razones SI NO

46.-¿Cuáles? _____

47. *Si contestó que ha presentado efectos secundarios con el medicamento, ¿Podría anotar cuáles fueron estos?

48. **Si contestó que ha utilizado medicina alternativa ¿Podrá anotar que tipo?

49. ¿Por cuánto tiempo la usa /usó? _____

Si usted ha asistido a sus citas conteste lo siguiente, Yo asisto regularmente a control porque:

50. Tengo una complicación de la hipertensión SI NO

51. Tengo el apoyo de mi familia SI NO

52. Un familiar mío / padre/ madre/ tío(a) murió o está muy enfermo por la hipertensión SI NO

53. Otras razones* SI NO

54. *Si contestó que otras razones ¿podría decirnos cuáles?

VI. CONDICIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

1. ANTROPOMETRÍA	
55. Peso actual _____ (Kg)	
56. Estatura actual _____ (cm)	
57. Circunf. Cintura _____, ____ (cm)	
2. PRESIÓN ARTERIAL (mmHg) (hoy)	
58. PAS _____	59. PAD _____
3. PRESIÓN ARTERIAL (Promedio anual)	
60. PAS _____	61. PAD _____

EXÁMENES DE LABORATORIO ACTUALES	Fecha
62. Hgb	_____
63. Leuc	_____
64. PlaQ	_____
65. Colesterol total	_____
66. HDL	_____
67. LDL	_____
68. VLDL	_____
69. Triglicéridos	_____
70. Glicemia	_____
71. Creatinina	_____
72. HbA _{1c}	_____
Examen de orina	_____
73. Proteínuria	_____
74. Eritrocituria	_____

VII. CONDUCTA MACHISTA (Responden solo los hombres)

Escala de machismo de Montalvo y García, modificada por García-Viramontes

Responda *Claro que sí; Creo que sí; Claro que no o Creo que no*, según corresponda).

REACTIVOS	Claro que si	Creo que si	Creo que no	Claro que no
Los hombres desempeñan mejor cualquier trabajo que las mujeres.				
El sueldo de los hombres debe ser mayor al de las mujeres.				
Los hombres tienen derecho a agredir a personas cuando se enojan.				
Los hijos tienen derecho a llegar más tarde a casa que las hijas.				
El esposo tiene derecho de golpear a su esposa.				
Los hombres deben tener varias parejas sexuales				
El lugar de la mujer debe ser el hogar.				
La esposa o pareja tiene derecho a trabajar.				
Los maestros enseñan mejor a los alumnos que las maestras.				
El primer hijo debe ser hombre.				
En el trabajo solo los hombres deben tener mejores oportunidades de ascender que las mujeres				
Las mujeres pueden llegar a ser jefes de cualquier trabajo				
Los hombres deben tener más oportunidades de estudio que las mujeres.				

75.- Puntaje de conducta machista _____

NIVEL SOCIOECONÓMICO AMAI

Escolaridad del jefe de familia	
Nivel	Puntos
Posgrado	72
Licenciatura completa o incompleta	52
Carrera técnica, preparatoria completa o incompleta	38
Primaria o secundaria completa o incompleta	22
Sin instrucción	0

Bienes	Puntaje		
	Piso diferente de tierra o cemento	Regadera	Estufa
No tener	0	0	0
Tener	11	10	20

Cuartos	
Cantidad	Puntos
0 a 4	0
5 a 6	8
7 o más	14

Cantidad	Puntos			
	TV a color	Automóvil	Baños	Computadora
No tener	0	0	0	0
1	26	22	13	17
2	44	41	13	29
3	58	58	31	29
4	58	58	48	29

Focos	
Cantidad	Puntos
6 – 10	15
11 – 15	27
16 – 20	32
21 o más	46

TOTAL:

CAPÍTULO X

BIBLIOGRAFÍA

1. Arribas L. La atención médica a demanda y programada. De la Revilla L. La consulta del médico de familia: la organización de la práctica diaria. Madrid: Jarpio, 1992.
2. Negro Álvarez JM, Jiménez Molina JL, Miralles López JC, Ferrándiz Gomis R, Guerrero Fernández M. Gestión de listas de espera en Alergología. Propuestas de mejora. *Alergol Inmunol Clin* 2002; 17:2: 90-98
3. Macharia WN, León G, Rowe BH, Stephenson B, Haynes B. An overview of interventions to improve compliance with appointment keeping for medical services. *JAMA* 1992; 267: 1813-1817.
4. WHO WHO. Adherence to long-term therapies – Evidence for Action. 2003;1–209. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>
5. Harris MF, McKenzie S. Men's health: What's a GP to do? *Med J Aust.* 2006; 185(8):440–4.
6. Thompson EH, Pleck JH. The Structure of Male Role Norms. *Am Behav Sci* [Internet]. 1986 May 1 [cited 2016 Apr 20]; 29(5):531–43. [Fecha de acceso 06012018] Disponible en: <http://abs.sagepub.com/content/29/5/531.extract>
7. Sabo D. El estudio de masculinidad, género y salud. Comprender la salud de los hombres Un enfoque relacional y sensible al género. 1997;2–16 Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/dbi/po04/PO04_body.pdf.

8. Gutmann M. Ser hombre de verdad en la Ciudad de México. Ni macho ni mandilón. México, D.F.: El Colegio de México, 2000:37-59.
9. Garda SR, Huerta RF. Estudios sobre la violencia masculina. Instituto nacional de Desarrollo social. 2009. [Fecha de acceso 05-03-2018) Disponible en: <http://books.google.com.ec/books?id=hCMDSQAACAAJ>
10. Castañeda M. El machismo invisible regresa. México: Taurus; 2007;367. [fecha de acceso 04-01-2018]Disponible en:https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=ryPzaSG0d6wC&oi=fnd&pg=PT2&dq=Casta%C3%B1eda+M.+El+machismo+invisible+regresa+2007&ots=crYQHTnFE&sig=KR8ddPRtTGOOnrUgpKecOAAqFxng&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
11. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. Soc Sci Med. 2000;50(10):1385–401.
12. Sabo D. Comprender la salud de los hombres: un enfoque relacional y sensible al género [Internet]. Pan American Health Org; 2000 [cited 2016 Jun 29]. 20 p. Available from: <https://books.google.com/books?id=14dK0ytD-b0C&pgis=1>
13. Eisler RM, Skidmore JR, Ward CH. Masculine gender-role stress: predictor of anger, anxiety, and health-risk behaviors. J Pers Assess [Internet]. 1988 Jan [cited 2016 Jun 29];52(1):133–41. Fecha de acceso: 02/03/2017. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3361409>
14. Mills EJ, Beyrer C, Birungi J, Dybul MR. Engaging men in prevention and care for HIV/AIDS in Africa. PLoS Med. 2012;9(2):1–5.

15. Higgins JA, Hoffman S, Dworkin SL. Rethinking gender, heterosexual men, and women's vulnerability to HIV/AIDS. *Am J Public Health*. 2010;100(3):435–45.
16. Dworkin SL, Dunbar MS, Krishnan S, Hatcher AM, Sawires S. Uncovering tensions and capitalizing on synergies in HIV/AIDS and antiviolence programs. *Am J Public Health*. 2011;101(6):995–1003.
17. Sandoval D, Bravo M, Koch E, Gatica S, Ahlers I, Henríquez O, et al. Overcoming barriers in the management of hypertension: The experience of the cardiovascular health program in chilean primary health care centers. *Int J Hypertens*. 2012;2012.
18. Infestas G. Promoviendo el Involucramiento y la Participación de los Varones en la Salud Sexual y Reproductiva: Insumos para la Elaboración de una Estrategia Comunicacional. Buenos Aires. oct. 2008. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/htm/site/salud_sexual/downloads/Informe/20CENEP.pdf
19. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Evidencia para la política pública en salud. Inst Nac Salud Pública. 2012;3–6. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx>
20. AMAI/NSE » NSE/AMAI [Internet]. [cited 2017 Jan 13]. Disponible en: <http://nse.amai.org/nseamai2/>
21. Montalvo J, Garcia CH. Masculinity, Machismo and their relation with some familiar variables. *Advances in psychology research*. 2007;42: 123-145.
22. Garcia C, Viramontes I. Machismo, relación con la identidad social masculina y ausencia paterna. *J Chem Inf Model*. 2013;53(9):1689–99.

23. Castrillón A, Grisales DP, Londoño J, Rua LC. ¿Cuáles son los factores que llevan los porcentajes de inasistencia a la consulta médico programada y de especialistas en la IPS Interconsultas S.A.S durante el primer trimestre de 2017? *Espec en Adm la salud Univ Católica MAnizares* [Internet]. 2017;242. Disponible en: http://200.21.94.179:8080/jspui/bitstream/handle/10839/1812/Andrea_Castrillon_Restrepo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

24. Salvador A. Factores asociados a la inasistencia a toma de Papanicolaou en mujeres adscritas a la UMF 61. *Rev la Univ del Azuay* [Internet]. 2009;(50):49–71. Disponible en: <https://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/42260/2/SalvadorGarciaAnalsabel.pdf>

25. Daniel AC, Veiga EV. Factors that interfere the medication compliance in hypertensive patients. *Einstein (Sao Paulo)*. 2013 Jul-Sep;11(3):331-7.

26. Lulebo AM, Mutombo PB, Mapatano MA, Mafuta EM, Kayembe PK, Ntumba LT, Mayindu AN, Coppieters Y. Predictors of non-adherence to antihypertensive medication in Kinshasa, Democratic Republic of Congo: a cross-sectional study. *BMC Res Notes*. 2015 Oct 1;8:526. doi: 10.1186/s13104-015-1519-8.

27. Cruz M, Cornejo T. Factores Causales de Inasistencia al programa de Enfermedades Crónicas no transmisibles del centro de salud Leonel Rugama, Estelí, 2008. Univ Nac Auton Nicar UNAN - LEON Fac CIENCIAS MÉDICAS. 2009

28. Morales A, Becker C, Abanto D. Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la presión arterial en pacientes del programa de hipertensión: Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSALUD, Trujillo. *Rev Med Hered* [Internet]. 2001;12(4):120–6. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2001000400003&script=sci_arttext

29. Llanos L, Contreras C, Velásquez J, Mayca J, Lecca L, Reyes R, et al. Automedicación en cinco provincias de Cajamarca. *Rev Med Hered.* 2001;12(4):127–33.

30. López E, Findling L, Abramzón M. Desigualdades en Salud : ¿Es Diferente la Percepción de Morbilidad de Varones y Mujeres? *Salud Colect.* 2006;2(61–74):61–74.

31. Orueta R, Gómez-Calcerrada RM, Redondo S, Soto M, Alejandro G, López J. Factores relacionados con el incumplimiento a citas concertadas de un grupo de pacientes hipertensos. *Medifam.* 2001;11:140–6.

32. Aranaz-Andrés J, Martínez-Nogueras R, Gea-Velazquez de Castro M, Rodrigo-Bartual V, Antón-Garía P, Gómez-Pajares F. ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias por iniciativa propia? *Gac Sanit.* 2006;20(4):311–5.

33. Loría-Castellanos J, Flores-Maciel L, Márquez-Ávila G, Valladares-Aranda MA. Frecuencia y factores asociados con el uso inadecuado de la consulta de urgencias de un hospital. *Cir Cir.* 2010;78(6):508–14.

34. Hammond WP, Matthews D, Mohottige D, Agyemang A, Corbie-Smith G. Masculinity, medical mistrust, and preventive health services delays among community-dwelling african-american men. *J Gen Intern Med.* 2010;25(12):1300–8.

CAPÍTULO XI

RESÚMEN AUTOBIOGRÁFICO

Edgar Alejandro Rodríguez Ledezma

Candidato para el Grado de Especialista en Medicina Familiar

Tesis: RAZONES PARA LA INASISTENCIA DE HOMBRES A PROGRAMAS
PARA EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL

Campo de estudio: Ciencias de la salud

Biografía:

Nací el 4 de Mayo de 1990 en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, México, siendo mis padres el Sr. Ernesto Rodríguez Salinas y la Profra. Ma. Del Rosario Ledezma Vélez. Inicié mis estudios de preescolar en el Jardín de Niños “Anna Deavours”, posteriormente, cursé la educación primaria en la escuela “Lázaro Salinas Alanís”, para después continuar en la Secundaria Técnica #45 “Alfonso Reyes”. Cursé el bachillerato en la Preparatoria #22 de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Al terminar, inicié la Licenciatura de Médico Cirujano y Partero en la Facultad de Medicina de la UANL, a continuación realicé el servicio social en el Hospital Regional de Alta Especialidad Materno Infantil de Nuevo León. Al concluirlo, inicié el posgrado en la especialidad en Medicina Familiar, en el Hospital Universitario “José Eleuterio González”.