



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Olvera Arreola, Sandra Sonali; Müggenburg y Rodríguez Vigil, María Cristina.
Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en personas con hipertensión
arterial. Biblioteca Lascasas, 2014; 10(2).

Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0771.php>



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE

**MAESTRA EN ENFERMERÍA
ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO**

P R E S E N T A

LIC. SANDRA SONALÍ OLVERA ARREOLA

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. MARÍA CRISTINA MÜGGENBURG Y RODRÍGUEZ VIGIL

MÉXICO D.F.

NOVIEMBRE 2012

ÍNDICE

RESUMEN

I. INTRODUCCIÓN

1.1	PROBLEMA A INVESTIGAR	5
1.2	IMPORTANCIA DEL ESTUDIO	7
1.3	PROPÓSITO	8
1.4	OBJETIVOS	9

II. MARCO TEÓRICO

2.1	MARCO CONCEPTUAL	10
2.1.1	Hipertensión arterial	10
2.1.2	Adherencia terapéutica	12
2.1.3	Tratamiento antihipertensivo y adherencia terapéutica	15
2.1.4	Adherencia terapéutica y la familia	18
2.1.5	Funcionalidad familiar	21
2.2	REVISIÓN DE LA LITERATURA	28

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 TIPO DE DISEÑO	34
3.2 POBLACIÓN	34
3.2.1 Criterios de inclusión	34
3.2.2 Criterios de exclusión	34
3.2.3 Criterios de eliminación	35
3.3 MUESTRA	35
3.4 HIPÓTESIS	35
3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	36
3.6 PROCEDIMIENTOS	45
3.6.1 Recolección de datos	45
3.6.2 Análisis de datos	46
3.6.2.1 Estadística descriptiva	46
3.6.2.2 Estadística inferencial	46
3.7 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	
3.7.1 Escala de Adherencia Terapéutica para Pacientes Crónicos Basada en Comportamientos Explícitos	48
3.7.2 Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar	49
IV. ASPECTOS ÉTICOS	50
V. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	52
5.1 CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS	52
5.2 CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	52
5.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO	54
5.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO INFERENCIAL	63

VI. DISCUSIÓN	68
VII. CONCLUSIONES	73
VIII. REFERENCIAS BIBLIOHEMEROGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS	77
IX. ANEXOS	88
1. Esquema conceptual de la Teoría de la Funcionalidad Familiar	89
2. Instrumento de adherencia terapéutica y funcionalidad familiar	90
3. Consentimiento informado	93
4. Autorización de la institución de salud	94

I. INTRODUCCIÓN

1.1 PROBLEMA A INVESTIGAR

Dentro de las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial es un problema de salud pública a nivel mundial, en México está dentro del 73% de causas de mortalidad por padecimientos no transmisibles, junto con la diabetes y el cáncer¹. Todas las consecuencias de la hipertensión arterial son causa de muerte y de severa discapacidad. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud,² en 2008 murieron por esta causa 17,3 millones de personas, lo cual representa un 30% de todas las muertes registradas en el mundo; 7,3 millones de esas muertes se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,2 millones a los accidentes cerebrovasculares afectando por igual a ambos sexos; más del 80% se producen en países de ingresos bajos y medios. El aumento de la presión arterial, ya sea la sistólica o la diastólica, representa un factor de riesgo para el desarrollo de accidentes cerebrovasculares o cardiopatía isquémica, se ha estimado que es responsable del 51% de los primeros y del 45% de las muertes por coronariopatía.

Lo anterior representa de 35 a 55% de las 800,000 defunciones anuales que se registran en América Latina y el Caribe.³

Parte fundamental en la prevención de las patologías mencionadas en los párrafos anteriores está en adherirse adecuadamente a los tratamientos, tanto farmacológicos como no farmacológicos, sugeridos por el equipo de salud. Sin embargo, sólo la mitad de los pacientes hipertensos lo logrará en el primer año, para posteriormente seguir el plan terapéutico ocasionalmente. En consecuencia, aproximadamente tres cuartas partes de los pacientes no lograrán el control óptimo de la hipertensión arterial.⁴

Por otro lado, en la familia se satisfacen las necesidades que están en función de la conservación, fomento y recuperación de la salud; cuando uno de sus integrantes es afectado por alguna enfermedad, la funcionalidad del núcleo familiar se ve amenazada al no tener control sobre ello. Esto se manifiesta cuando la persona con hipertensión arterial requiere de la contribución afectiva y material de su familia para cumplir con las indicaciones terapéuticas; a menos de que el ambiente familiar se modifique para apoyarlo, gradualmente declinará su nivel de adherencia.⁵ De manera que la funcionalidad familiar es la piedra angular en la adherencia terapéutica desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía.

1.2 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

Por ser una enfermedad crónica degenerativa y con un alto índice de complicaciones, la relevancia recae en el impacto económico y social, tanto para la familia –como ya se ha visto anteriormente- y para los sistemas de salud. Los costos institucionales anuales por atención a personas hipertensas ocupan un porcentaje significativo del presupuesto destinado a la salud y del Producto Interno Bruto.⁶

Lo anterior son datos alarmantes que imponen retos en la manera de organizar y gestionar los servicios, ya que sus consecuencias demandan una atención compleja, de larga duración y costosa; por ello es necesario explorar otras alternativas que apoyen a la persona a mejorar su calidad de vida a través de una adecuada adherencia terapéutica, tomando como base la premisa de que la familia constituye la unidad de reproducción social y mantenimiento de la especie humana, y en ese sentido es el elemento que sintetiza la producción de la salud a escala microsocial.⁷

Asimismo es importante enfatizar que el papel primordial de Enfermería es dirigir sus intervenciones hacia la prevención, por lo tanto, queda un terreno poco trabajado, pero muy importante, donde el personal profesional del cuidado debe incidir para evitar que las personas tengan situaciones de urgencia y posiblemente alguna secuela o incluso la muerte.

1.3 PROPÓSITO

Para mejorar la adherencia terapéutica al tratamiento de los hipertensos, es necesario saber de qué manera influye la familia para derivar estrategias en donde intervenga el profesional de enfermería, tanto en la promoción, prevención y recuperación de la salud, integrando al familiar como estrategia para mejorar la adherencia.

Por lo tanto, se pretende determinar el nivel de adherencia terapéutica, así como el grado de funcionalidad que presenta la familia de las personas con hipertensión arterial, y de esta manera dar respuesta a las siguientes preguntas:

¿Cuál es el nivel de adherencia terapéutica que tienen las personas con hipertensión arterial?

¿Qué grado de funcionalidad tienen las familias de las personas con hipertensión arterial?

¿Qué relación existe entre la adherencia terapéutica y la funcionalidad familiar, así como con sus dimensiones y con los datos socio-demográficos de las personas con hipertensión arterial?

1.4 OBJETIVOS

- Evaluar el nivel de adherencia terapéutica que tienen las personas con hipertensión arterial.
- Identificar el grado de funcionalidad que tienen las familias de personas con hipertensión arterial.
- Identificar la asociación que existe entre el nivel de adherencia terapéutica y los datos socio-demográficos de las personas con hipertensión arterial.
- Establecer la asociación que existe entre el grado de funcionalidad familiar y los datos sociodemográficos de las personas con hipertensión arterial.
- Determinar la relación que existe entre las dimensiones de la adherencia terapéutica y de la funcionalidad familiar.
- Determinar la relación que existe entre el nivel de adherencia terapéutica de las personas con hipertensión arterial y la funcionalidad que tienen sus familias.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO CONCEPTUAL

2.1.1 Hipertensión arterial

Hipertensión arterial es la elevación de la presión arterial por encima de los límites considerados como “normales”, tomada en reposo no menos de 10 minutos de descanso en la cual las presiones sistólicas y diastólicas pueden estar elevadas, ambas o sólo una de ellas.⁸ La hipertensión arterial se clasifica por cifras, de acuerdo a los siguientes criterios:⁹

Categoría	Sistólica mmHg.	Diastólica mmHg.
Optima	< 120	< 80
Presión arterial normal	120 a 129	80 a 84
Presión arterial fronteriza*	130 a 139	85 a 89
Hipertensión 1	140 a 159	90 a 99
Hipertensión 2	160 a 179	100 a 109
Hipertensión 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensión sistólica aislada	≥ 140	< 90

En este contexto, la prevalencia de la hipertensión arterial en México ha ido en aumento, pues en 1993 se reportaba un 26.6%¹⁰ y para el año 2000 fue del 30.8%¹¹ (15 millones de adultos, aproximadamente) en pacientes de entre los 20 y los 69 años de edad, teniendo mayor porcentaje los hombres con un 34.2%, en relación con el 26.3% de las mujeres; aproximadamente entre 1.5 a 5% de todos los hipertensos mueren cada año por causas directamente relacionadas a hipertensión arterial sistémica.⁹ Sin embargo, es después de los 50 años cuando los casos de hipertensión aumentan hasta en un 50% y posterior a esta edad cuando se eleva la prevalencia en mujeres, llegando hasta un 63.7%.¹²

La relevancia de lo anterior estriba en el impacto económico y social para la familia de la persona y para los sistemas de salud, ya que se trata de una entidad no curable, con secuelas que en su mayoría serán incapacitantes con un alto grado de mortalidad por complicaciones, como los eventos por EVC que se presentan en un 42%, mientras que la cardiopatía isquémica en un 27% y el restante 31% se relaciona con alteraciones endócrino-metabólicas, neurogénicas y nefropatías.¹³ De acuerdo con la Reencuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENATHA), el 54% de hipertensos requirieron hospitalización por lo menos 6 horas a un servicio de urgencias, es decir, que acudieron de 2 a 10 veces, lo que representa un costo altamente elevado. Se ha calculado el costo anual por hipertenso entre \$1,067 M.N. y \$3, 913 M.N., lo que equivale al 13.95% del presupuesto destinado a la salud y a 0.71% del PIB.⁶ En el año 2001 el gasto total de HTA fue de 2 400

millones de pesos. Con relación al gasto de las enfermedades en México, la hipertensión arterial representa el 3% de todas ellas y se calcula que para el año 2050, solamente los gastos en el Instituto Mexicano del Seguro Social serán de 110,821 millones de pesos, entre consultas, tratamiento y hospitalización.¹⁴

Es bien sabido que la hipertensión arterial no es curable pero el tratamiento puede modificar el curso de su enfermedad. Las decisiones terapéuticas en el manejo de los pacientes con hipertensión arterial deben realizarse considerando no solamente las cifras de tensión arterial, sino la presencia de factores de riesgo y enfermedades concomitantes, así como la presencia de lesión a órganos y la situación personal y social del enfermo¹⁵. Por ello, el tratamiento se debe reforzar con acciones para mejorar la adherencia terapéutica a los estilos de vida saludable y al tratamiento farmacológico.¹⁵⁻¹⁷ El objetivo del tratamiento integral es reducir la morbilidad y mortalidad por complicaciones renales y cardiovasculares.

2.1.2 Adherencia terapéutica

Con respecto a este término, es frecuente encontrar diferentes definiciones como cumplimiento o adherencia, que son los más utilizados, aunque se han propuesto muchos otros como: cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia.

Haynes define al cumplimiento terapéutico como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”.¹⁸ Este término señala un restringido alcance, en cuanto a la complejidad del fenómeno que pretende abarcar. Concretamente se sugiere que el vocablo “compliance” o “cumplimiento”, deba emplearse para hacer referencia a la obediencia del paciente al seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional de la salud y que este tendría un rol pasivo y sumiso, creyendo que el enfermo es incapaz de tomar sus propias decisiones al seguir fielmente las recomendaciones que se le proponen.¹⁹

Sin embargo, existen otras expresiones como la de Blackwell, que propuso adherencia o alianza terapéutica, con objeto de expresar una relación más interactiva entre el profesional sanitario y el paciente.²⁰ Siguiendo esta idea, DiMatteo y DiNicola la definen como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado”.¹⁹

Aunque es frecuente encontrar el uso de cumplimiento y adherencia indistintamente y como sinónimos, la adherencia terapéutica hace referencia, no a una sola conducta, sino a un conjunto de conductas, entre las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de

manera continuada las indicaciones de este, evitar comportamientos de riesgo, incorporar al estilo de vida conductas saludables.²¹

Es entonces, que los vocablos alianza, colaboración, cooperación y adherencia parecen permitir una mayor participación del paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud porque el paciente se adhiere a un plan con el que está de acuerdo y en cuya elaboración ha podido contribuir o, al menos, ha aceptado la importancia de realizar acciones concretas que se incluyen en el programa a poner en práctica, de ese modo involucraría una consideración activa de la persona.

Martin Alfonso, Sánchez Cisneros, Ortiz y Rapoff²²⁻²⁵ describen a la adherencia terapéutica como la respuesta positiva del paciente a la prescripción realizada por el facultativo, asimismo la Organización Mundial de la Salud la define como “el grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.”²⁶ En este contexto, integrando los conceptos anteriores, y para referencia del lector, se considera que el término adherencia terapéutica hace referencia a una gran diversidad de conductas, las que transitan desde formar parte en un programa de tratamiento y continuar con él, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, y acudir a las citas con los profesionales en la materia.

Por otra parte, es importante resaltar que la adherencia y sus problemas pueden ocurrir por ausencia, exceso o defecto en el seguimiento de la recomendación. Pueden suceder en cualquier momento –antes, al inicio, durante o al finalizar la recomendación, incluso la persona puede adherirse a ciertos aspectos de la prescripción, pero no a todos; o en algunos momentos o circunstancias, pero no en otros.

2.1.3 Tratamiento antihipertensivo y adherencia terapéutica

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

En cuanto a los factores modificables, se recomienda disminuir el consumo de sal a menos de 6 gr/día (2.4 gr); especialmente en los adultos mayores se debe promover esta medida ya que están comprobados sus beneficios y la restricción sódica suele ser una estrategia de control de la presión arterial más eficaz que en los adultos jóvenes; debido a la elevada utilización de sal en la preparación y conservación de alimentos, en particular de los procesados industrialmente, la población deberá ser advertida para que reduzca, en la medida de lo posible, su

ingestión. La recomendación general para las bebidas alcohólicas es evitarlas o moderar su consumo; si se hace de manera habitual no deberá exceder de 30 ml de etanol (dos copas) al día; las mujeres y hombres de talla baja deberán reducir este consumo a la mitad. Uno de los múltiples compuestos químicos del tabaco es la nicotina, que estimula la producción de diversos neurotransmisores, como epinefrina, norepinefrina, dopamina, acetilcolina y vasopresina y actúa simultáneamente en receptores centrales y periféricos aumentando los niveles de presión arterial; por tratarse de uno de los factores de riesgo cardiovascular de mayor importancia deberá evitarse. En relación a la alimentación destaca incrementar el consumo de alimentos ricos en potasio, magnesio y calcio mediante un adecuado consumo de frutas, verduras, leguminosas y derivados lácteos desgrasados; disminuir refrescos y carbohidratos refinados, así como moderar el consumo de alimentos de origen animal, colesterol, grasas saturadas y azúcares simples. En el caso de la obesidad, el objetivo es reducir el peso corporal (250 g por semana) hasta obtener el ideal, así por cada kilogramo que se logre reducir se traducirá en una disminución de la presión arterial de 1.6 a 1.3 mmHg en un número considerable de pacientes. Otra recomendación -previa valoración de riesgo- es establecer un programa de actividad física aeróbica e isotónica que utiliza grandes grupos musculares, como son la caminata a paso vigoroso, trote, carrera, ciclismo, natación, gimnasia rítmica y baile, hasta alcanzar 30 minutos al día la mayor parte de los días, o bien, incrementar las actividades físicas diarias; el ejercicio tiene un efecto protector contra el aumento de la presión arterial porque aumenta las lipoproteínas de alta densidad (DHL) y reduce las de baja densidad

(LDL), disminuye la estimulación simpática al potenciar el efecto de los barorreceptores, por lo tanto disminuye la rigidez de las arterias e incrementa la sensibilidad a la insulina.^{9,15,16,27-31} De esta manera, para lograr una buena adherencia al tratamiento y tener un manejo integral de la hipertensión arterial es imperante la supresión de algunos alimentos nocivos para la salud, como los que contienen grasas animales o que están condimentados con demasiada sal o los elaborados con embutidos; moderar o suprimir el consumo de alcohol y tabaco; y practicar un ejercicio cotidiano.

En cuanto al tratamiento farmacológico existen diferentes tipos de medicamentos conocidos como antihipertensivos; algunos eliminan el exceso de líquido o sodio y otros disminuyen la constricción de los vasos. Los cinco grupos de antihipertensivos mas conocidos son: los diuréticos, los betabloqueadores, los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, los bloqueadores de los canales de calcio y los bloqueadores de los receptores de la angiotensina; se ha ratificado que estos grupos de fármacos fueron igualmente efectivos en la prevención de eventos cardiovasculares, sobre todo la enfermedad coronaria y los accidentes cerebrovasculares. En cuanto al tratamiento, es conveniente realizar monitoreo diario durante algunas semanas hasta establecer la dosis adecuada y favorecer la automedición, así como regresar a consulta médica para seguimiento y ajuste de medicación en intervalos mensuales, hasta conseguir el objetivo del control de la presión arterial. Se sugiere que los análisis clínicos se realicen una o dos veces al año para evaluar el potasio sérico y la creatinina.³²⁻³⁵

De nada sirve que se conozca cuál es el tratamiento, si la persona no está dispuesta a adherirse al tratamiento. La Organización Panamericana de la Salud reporta que la mitad de los pacientes tratados por hipertensión abandona por completo la atención a partir del primer año del diagnóstico, y de los que permanecen bajo supervisión médica, solo 50% toma al menos 80% de sus medicamentos prescritos. En consecuencia, debido a la deficiente adherencia al tratamiento antihipertensivo, aproximadamente 75% de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial no logran el control óptimo de la presión arterial, ya que el grado en que los pacientes se adhieren a la farmacoterapia varía entre 50 y 70%.²⁶

La adherencia terapéutica no es un fenómeno unitario, sino múltiple y complejo por los numerosos factores implicados como determinantes de la conducta de cumplimiento, entre los que se incluyen los aspectos psicosociales del paciente,³⁶ es así que se reconoce la autoeficacia como la creencia de que la persona es capaz de ejecutar con éxito un comportamiento requerido para obtener unos determinados resultados,^{37, 38} condición significativa en la salud del individuo, pues se ha demostrado que un paciente adherente tiene una actitud positiva hacia el cumplimiento farmacológico, una influencia social que le incita a la adherencia y una autoeficacia suficiente que le permitirá percibirse a sí mismo capaz de tomar la medicación como ha sido prescrita,³⁹ por lo tanto la autoeficacia es uno de los predictores de la adherencia a los horarios de ingestión de medicamentos.⁴⁰

2.1.4 Adherencia terapéutica y la familia

Diversos estudios identifican que la familia es uno de los factores principales para que se realice una mejor adherencia al tratamiento, ⁴¹⁻⁴⁴ por lo tanto, no se logrará un adecuado control de la hipertensión arterial sin la participación convencida y activa de la familia, ya que es el elemento que sintetiza la producción de la salud a escala microsocial, constituye la primera red de apoyo que posee el individuo, y ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana; asimismo cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social del individuo, ya que con ella y en ella se satisfacen necesidades que están en la base de la conservación, fomento y recuperación de la salud, desde el punto de vista social, afectivo, económico, de reproducción y de cuidado. ⁴⁵

Al hablar de satisfacción de la necesidad desde el punto de vista social, se entiende por ello a las relaciones interpersonales que se suscitan tanto entre los miembros de la familia, como las que se mantienen en el exterior; la de afecto, son las emociones y sentimientos que se generan por la relación y convivencia diaria de los miembros de la familia; la de reproducción contempla a la capacidad de procreación que los padres de familia realizan para la formación y expansión de la misma; la de estatus económico es concebida como el establecimiento del patrimonio o de la circunstancia que da el sustento financiero a la familia; y por último, la necesidad de cuidado se refiere a la protección que los miembros de la familia se brindan unos a otros. ⁴⁶

El apoyo que ofrece la familia cimentado en su funcionalidad, es el principal recurso de promoción de salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias. Esto se manifiesta cuando un miembro de la familia padece una enfermedad crónica que requiere la contribución afectiva y material de su familia, en especial para cumplir un conjunto de indicaciones terapéuticas en las que pueden estar implicadas las personas que conviven o comparten la vida cotidiana con la persona. En este contexto, el hipertenso percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia, y a menos que el ambiente familiar se modifique para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia.^{41, 44}

Sin embargo, la familia también constituye fuente de insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad. La vivencia de problemas familiares es capaz de provocar enfermedad o el descontrol de ésta, condición que estará fuertemente asociada a una pobre adherencia terapéutica. Es de resaltar que la enfermedad crónica ejerce efectos perjudiciales a largo plazo, cuando la familia se enfrenta a esta situación, se modifica su equilibrio y se ve afectado su funcionamiento, el grado dependerá de la capacidad de adaptación que el individuo y la familia posean: si es funcional, tiene menos dificultad para reajustarse y cambiar, mostrando mayor flexibilidad; pero si es rígida fácilmente se presentarán conflictos.⁴⁷ En ello influyen varios aspectos, desde su estructura y dinámica hasta el entorno de la misma, pero para

que dicha condición se facilite, se necesita de una buena funcionalidad familiar, ya que su efectividad promueve el desarrollo integral de sus miembros hacia la apropiación de estilos de vida saludables, es decir, de la adherencia terapéutica no farmacológica.

Sin duda, la familia es punto clave para mantener una adecuada adherencia terapéutica, sin embargo, como sistema social, se enfrenta a nuevos y difíciles retos, ya que a lo largo de la historia ha ido experimentando una serie de metamorfosis que con frecuencia la han desestabilizado, teniendo como consecuencia efectos negativos sobre la salud de sus integrantes. Es fundamental para la gestión de Enfermería tener presente la importancia de la variable familia como una estrategia que conlleve al aumento de la adherencia terapéutica.

2.1.5 Funcionalidad familiar

La funcionalidad familiar juega un papel preponderante para que las personas con enfermedades crónico degenerativas como la hipertensión arterial se adhieran a su tratamiento.

La presente investigación está sustentada en la Teoría de la Funcionalidad Familiar propuesta por Marie Luise Friedemann en los años noventas, quien la construyó basándose en el marco teórico de la Organización Sistémica, desde una perspectiva del cuidado de Enfermería. Generó principios filosóficos de rango

medio, conceptos y postulados con base en la familia, la funcionalidad familiar y la efectividad de la funcionalidad familiar, mismos que a continuación se explican:⁴⁸

Según Friedemann, la familia se define como un sistema de miembros que residen juntos y se relacionan afectivamente con el objetivo de apoyarse unos a otros; sus integrantes pueden ser consanguíneos o no, aunque están unidos emocionalmente a través de características comunes y/o talentos complementarios, lo cual les permite cumplir roles que contribuyen al funcionamiento de la familia como unidad total en constante intercambio con su ambiente.

La familia constituye un sistema por cuya naturaleza y cualidades imprime a sus miembros rasgos que le dan una identidad familiar y personal al transmitir valores y patrones de comportamiento que los guían a través de metas congruentes hacia el propósito de la vida; por lo tanto, es considerada un sistema abierto que brinda estabilidad y permite el desarrollo de cada miembro del grupo familiar en aspectos biológicos, emocionales y sociales; por ser un sistema abierto es congruente y se caracteriza por ser un sistema social con la meta de transmitir cultura a sus integrantes.

Por otra parte, el principio teórico presenta un sistema de metas y de dimensiones, donde cada una de ellas permite la evaluación de los sistemas personal e interpersonal. El sistema personal se compone de las características y las

diferencias individuales de cada miembro de la familia, mientras que el sistema interpersonal se define como dos o más sistemas individuales o subsistemas de la familia que tienen el propósito de actuar unos con otros. Todos estos sistemas trabajan en pro de la congruencia que es entendida como armonía y compatibilidad de patrones y ritmos de subsistemas, sistemas de contacto en el ambiente y en el orden universal;⁴⁹ es decir, cuando estas condiciones están presentes se habla de funcionalidad familiar, que es la capacidad que tiene la familia de mantener la congruencia y estabilidad ante la presencia de cambios o eventos que la desestabilizan y que pueden ser generadores de enfermedad en los miembros del sistema familiar. A su vez, la efectividad de la funcionalidad familiar es la forma como se organiza la familia para funcionar y responder efectivamente como sistema a las demandas de cada miembro y del entorno, y lograr las metas a través de las dimensiones, permitiendo a cada integrante sentirse satisfecho con su grupo familiar y manejar la ansiedad generada por los requerimientos. (Ver anexo 1).

En este contexto, las familias funcionales se caracterizan por recibir apoyo, comprensión y ánimo entre sus miembros, lo que les permite progresar a estadios normales de crecimiento y desarrollo,⁵⁰ donde es común observar que posean comunicación clara y directa, definición de roles bien establecidos, autonomía de los integrantes, habilidad para resolver problemas, cohesión y solidaridad entre sus integrantes.⁵¹

La teoría comprende cuatro dimensiones desarrolladas a nivel interpersonal, intrapersonal y familiar, que se definen de la siguiente manera.^{48, 52-54}

- a) El mantenimiento del sistema consiste en aquellas estrategias de conducta que están sujetas a la tradición, se refieren a la estructura y la flexibilidad familiar, y tratan la organización y operación de los asuntos familiares, es decir, al cumplimiento de acciones que suplen las necesidades de tipo físico, emocional y social; comparten ideas y patrones de comunicación que contribuyen a la salud, a satisfacer las necesidades de sus miembros y al mantenimiento del sistema familiar. Las operaciones coordinadas dirigidas a mantener el funcionamiento familiar de acuerdo con las normas y reglas de la familia se refieren a los objetivos de estabilidad y control.

- b) El cambio de sistema se relaciona con alteraciones significativas del sistema familiar, ocasionadas por situaciones de infelicidad, angustia, preocupación, estrés, enfermedades, problemas económicos o laborales, entre otros, que requieren la cooperación y el acuerdo de todos los miembros; conduce a la incorporación del conocimiento nuevo y a asumir nuevas conductas, estructuras y valores familiares.

- c) La coherencia se relaciona a la conexión entre los miembros de la familia, apunta a la estabilidad. Su resultado es un sentido de unidad, pertenencia y compromiso mutuo con el sistema familiar como un todo necesario para la

supervivencia del sistema familiar. Es canalizada a través de la comunicación efectiva, compartir experiencias y sentimientos, apreciar los logros, entre otros.

- d) La individuación permite recordar que todas las personas son diferentes; la familia que acentúa la individuación anima a sus miembros a adquirir nuevos conocimientos, les deja expresar sus iras o alegrías, establecer sus roles dentro de los sistemas de medio ambiente, y por consiguiente experimentar su crecimiento personal; guía a la unidad y pertenencia familiar, y permite vínculos emocionales positivos.

Esta teoría, a su vez contempla cuatro grandes metas que interactúan entre sí a lo largo de la periferia del sistema para formar un equilibrio dinámico a través del cual el sistema saludable se ajusta continuamente para encontrar congruencia entre su propio orden y el de su medio ambiente, es decir, las metas se logran a través de la congruencia y el equilibrio de las dimensiones antes mencionadas. A continuación se describe cada una de ellas.⁵⁵

- a) El objetivo del control, como su nombre lo indica, sirve para controlar la sensación de vulnerabilidad e impotencia, en este caso para adherirse mejor al tratamiento. A través del control, los humanos mantienen el sistema sin cambio o regulan y canalizan el conocimiento e información para producir los cambios deseables, por ejemplo modificar los estilos de

vida. El control se logra a través de acciones relacionadas con el mantenimiento y cambio del sistema familiar.

- b) La espiritualidad se considera como todo lo que emocionalmente une a los miembros de la familia; les facilita reducir sus miedos, se sienten unidos y encuentran comodidad, ayuda en tiempos difíciles. La espiritualidad saludable da como resultado congruencia o unidad con otros sistemas y es experimentada como una sensación de pertenencia, aceptación, respeto, sabiduría y paz interna.
- c) La estabilidad aborda el centro de la persona, el carácter o personalidad. Significa la definición de la identidad de la persona, que incluye la imagen corporal y la autoestima. Incluye todos los valores y creencias básicos, incluyendo la flexibilidad para cambiar si surge la necesidad y la apertura al cambio para desafiar las opiniones y actitudes propias. Consecuentemente, una persona puede cambiar los patrones y actitudes de conducta sin afectar la estabilidad del sistema, siempre que los cambios estén de acuerdo con el patrón básico subyacente de valores.
- d) El crecimiento permite a los miembros de la familia obtener nuevas ideas, conocimientos y realizaciones a través de sus roles dentro de otros sistemas, que van a influenciarlos a cambiar su sistema personal. Se requiere cuando la estabilidad personal es incongruente con el ambiente y se hace necesario asumir

otros comportamientos. Esta meta requiere de reorganización básica de valores y prioridades al igual que estos dos últimos objetivos de estabilidad y crecimiento se requieren para la supervivencia del sistema.

A partir de lo anterior, se observa que el sistema familiar ejerce influencia sobre los demás miembros, tratando de lograr congruencia y que fluya la energía; si ésta última está bloqueada, los individuos corren el riesgo de no adherirse al tratamiento y activarán procesos de sistemas.

Al considerar a la familia como la principal prestadora de cuidados en el hogar, y la que puede dar continuidad o no a los tratamientos -ya que juega un papel de control, estabilidad y crecimiento- se tiene más probabilidad de presentar una buena adherencia terapéutica, teniendo como consecuencia mejores niveles de salud. De ahí que la funcionalidad familiar se debe considerar como un elemento importante a evaluar cuando se diseñen estrategias de atención de enfermería en el tratamiento de las personas con hipertensión arterial.

2.2 REVISIÓN DE LA LITERATURA

La Rosa y colaboradores han realizado varios estudios concernientes a la adherencia terapéutica, en uno de ellos se trabajó con pacientes hipertensos y se aprecia que la adherencia terapéutica se asocia a la presencia de suficientes redes de apoyo social. En la adherencia terapéutica tiene un alto significado el apoyo que recibe el paciente de familiares y amigos; esto puede contribuir a incrementar la ejecución de las prescripciones terapéuticas, y animar al enfermo a mantener el régimen médico.⁴³

Siguiendo en esta línea de investigación, las autoras nombradas en el párrafo anterior realizaron un estudio de corte cualitativo donde su finalidad fue indagar cuáles son las causas que afectan o que contribuyen al cumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva de las personas que padecen la enfermedad. Los resultados apuntaron hacia cuestiones que tienen que ver con la organización de los servicios de salud, las configuraciones personológicas

individuales del paciente, algunas características del tratamiento y los recursos económicos para realizar el tratamiento dietético. Desde el punto de vista psicosocial destacó el papel de la familia como red de apoyo social que favorece el cumplimiento, tanto desde el punto de vista de apoyo afectivo como material y también cómo el paciente valora su papel dentro del grupo familiar y desea con su buen estado salud proteger su integridad y funcionamiento.⁵⁶

Acosta y colaboradores, en un diseño descriptivo de corte transversal con una muestra de 170 pacientes hipertensos, encontraron, entre otras cosas, que los aspectos relacionados con los estilos de vida que constituyen factores desencadenantes de esta enfermedad crónica, tienen los más altos porcentajes de desconocimiento.⁵⁷

Acerca del conocimiento de la enfermedad, La Valle y colaboradores realizaron una investigación descriptiva en Buenos Aires en 1000 pacientes de dos centros de atención primaria. Entre alguno de sus objetivos estaban el evaluar los conocimientos sobre hipertensión de pacientes hipertensos y no hipertensos así como también la adherencia al tratamiento. La escala de adherencia al tratamiento fue: alta, 20.66%; media, 51.24% y baja, 28.10%. Concluyendo que existe una diferencia significativa entre los conocimientos, pero esto no es suficiente para corregir creencias populares erróneas. Comparado con otros estudios la adherencia a la medicación es baja.⁵⁸

En un estudio de tipo predictivo realizado en Chile identificaron las variables del Modelo de Creencias en Salud predictoras de la conducta de adherencia en pacientes hipertensos; algunas variables tuvieron efecto directo sobre la conducta de adherencia de los pacientes, como sexo, religión, actividad laboral y conocimientos de la enfermedad hipertensiva.⁵⁹

En un artículo sobre estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas, resaltan las intervenciones de apoyo familiar o social, pues las personas que viven solas presentan mayores tasas de incumplimiento, lo que puede interpretarse, de forma inversa, como que las personas que cuentan con el apoyo familiar tendrían mayores facilidades para seguir correctamente el tratamiento pautado.⁶⁰

Holguín y colaboradores realizaron una investigación cuasi experimental en Cali, Colombia con el objetivo de determinar la efectividad de un programa de intervención biopsicosocial para reducir niveles de presión arterial y mejorar la adherencia al tratamiento de personas con diagnóstico de hipertensión arterial. En adherencia al tratamiento los cambios post-intervención fueron estadísticamente significativos, el 86,6% terminó en nivel alto de adherencia y el 11,4% finalizó en nivel medio.⁶¹

Una investigación resaltó que la familia es la red de apoyo social más importante en pacientes con insuficiencia renal crónica y que garantiza la provisión de

diferentes tipos de apoyo, motivo por el cual se excluye la necesidad de asistencia y ayuda de personas que no la integran.⁶²

Comprobaciones empíricas han evidenciado el rol de la familia en la salud y la enfermedad, al respecto Louro encontró en un hospital de La Habana, que la susceptibilidad al infarto está altamente relacionada con la fragmentación y desorganización de la familia, definida como situaciones de divorcio, separación y hogares monoparentales.⁶³

Un estudio en Japón se realizó en seiscientos personas de 20 a 60 años para examinar las asociaciones entre la estructura familiar y la salud y determinar los efectos protectores de los mecanismos de apoyo para mejorar la calidad de la salud. Se incluyeron opiniones de la propia salud, la estructura familiar, estilo de vida y apoyo social en entrevistas directas. Entre los resultados, destacó que los sujetos que viven solos fueron significativamente más propensos a estar con problemas de salud y sufrir de hipertensión severa, en comparación con los de las familias extensas.⁴¹

Un publicación acerca de la funcionalidad familiar y capacidad física de los adultos mayores, demuestra que una familia que se mantiene unida, funcional, sin problemas que desestabilicen su mantenimiento, tiene más posibilidades de tener adultos mayores con capacidad física funcional óptima, lo que puede traducirse en una vejez exitosa.⁶⁴

Una investigación realizada en Costa Rica sobre redes de apoyo familiar y salud en el adulto mayor, demuestra que a más fortaleza de la red de apoyo que reciba el adulto mayor por parte de la familia el riesgo de reportarse con algún problema de salud disminuye entre un 2% en la depresión, 6% en la autoevaluación, 7% en las limitaciones en la capacidad funcional y hasta un 11% en el deterioro cognitivo.⁶⁵

En un hospital de segundo nivel de Tamaulipas se estudió el nivel de funcionalidad familiar y ansiedad en una muestra de personas adultas con alguna enfermedad crónica y cerca del 100% de los participantes estaban integrados en familias funcionales; sin embargo, los autores manifestaron que se requiere indagar sobre el conocimiento que tienen para autocuidarse y por consiguiente, adherirse adecuadamente al tratamiento; factores que indudablemente contribuyen al equilibrio funcional de la familia en sus diferentes roles.⁶⁶

En tres poblaciones de España, se determinó que el riesgo cardiovascular y la adherencia terapéutica farmacológica están fuertemente asociados a la funcionalidad familiar.⁶⁷ Martín y colaboradores reafirman lo anterior en uno de sus estudios donde la familia favoreció desde el punto de vista afectivo y material, a cumplir con el tratamiento antihipertensivo, asimismo se observó cómo el paciente quiso proteger la integridad y funcionamiento de su familia al tener un buen estado salud.⁵⁶

Por su parte, Marín Reyes en un estudio de casos y controles realizado en Durango, México, sobre el tratamiento de la hipertensión arterial, demostró que no hubo diferencias significativas entre los grupos en cuanto a ocupación, tipo de tratamiento médico, ni sobre el conocimiento que los pacientes tenían sobre su enfermedad, pero contrariamente se evidenció que el apoyo familiar tiene una relación directa con el apego terapéutico.⁵

Es evidente que la adherencia terapéutica ha sido estudiada desde diferentes aristas, y que los factores que están presentes son múltiples; por otro lado, que actualmente las poblaciones de las grandes ciudades como el Distrito Federal no son homogéneas, están enfrascadas en actividades laborales o escolares que apenas dejan tiempo para la convivencia familiar; además que relacionado con la globalización, las personas se han concentrado en cuestiones más bien económicas y de poder. Lo anterior lleva a reflexionar y hacer patente que se necesita profundizar en el papel que juega la familia como factor coadyuvante para adherirse al tratamiento en población con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica que acude a instituciones de alta especialidad.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 TIPO DE DISEÑO

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal y correlacional en personas con hipertensión arterial usuarios del Instituto Nacional de Cardiología que acudieron al servicio de consulta externa en el periodo comprendido del 14 de mayo al 1º de junio de 2012.

3.2 POBLACIÓN

Personas con hipertensión arterial diagnosticada desde hace doce meses o más, usuarios del Instituto Nacional de Cardiología.

3.2.1 Criterios de inclusión

Hombres y mujeres de 18 años o más con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica esencial, atendidos en el servicio de consulta externa en el área de

cardiología adultos.

3.2.2 Criterios de exclusión

Personas con cirugía cardíaca y/o evento cerebro vascular.

3.2.3 Criterios de eliminación

Instrumentos no contestados al 100%.

3.3 MUESTRA

Por ser un estudio descriptivo correlacional, y al tomar en cuenta que el número de pacientes atendidos anualmente en el servicio de consulta externa en el área de cardiología adultos es de 18,813, se determinó una muestra estadística en el programa Stats con error máximo aceptable de 5%, el porcentaje estimado de la muestra fue de 20% y el nivel de confianza 90%. El resultado fue de 152 pacientes con hipertensión arterial.

3.4 HIPÓTESIS

H₁= Existe asociación entre la adherencia terapéutica y la funcionalidad de las familias de los pacientes hipertensos que acuden al servicio de consulta externa del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

H_0 = No existe asociación entre la adherencia terapéutica y la funcionalidad de las familias de los pacientes hipertensos que acuden al servicio de consulta externa del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.5.1 Adherencia terapéutica y sus dimensiones

VARIABLE	CONCEPTO	ITEMS	MEDICIÓN DE RESPUESTAS	PUNTUACIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN
ADHERENCIA TERAPÉUTICA	Nivel en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.	9 a la 29.	Escala del 0 al 100.	<p>Total de la puntuación entre 29.</p> <p>Mínimo 0, máximo 100.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De 0 a 33 puntos: baja adherencia al tratamiento. • De 34 a 67 puntos: moderada adherencia al tratamiento. • De 68 a 100 puntos: alta adherencia al 	ORDINAL

				tratamiento.	
DIMENSIONES DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA					
CONTROL SOBRE EL TRATAMIENTO	Evalúa la medida en la que el individuo sigue las instrucciones médicas para seguir las recomendaciones sobre la ingesta de medicamentos, alimentos, actividad física, alcohol y tabaco.	9, 10, 12, 15, 16, 17 y 24.	Escala del 0 al 100.	La misma de la escala.	ESCALAR
SEGUIMIENTO MÉDICO CONDUCTUAL	Evalúa la medida en la que el individuo cuenta con conductas efectivas de cuidados de salud a largo plazo.	11,13, 14, 18, 20, 26 y 27.	Escala del 0 al 100.	La misma de la escala.	ESCALAR
AUTOEFICACIA	Evalúa la medida en la que el individuo cree que lo que hace beneficia su salud.	19, 21, 22, 23, 25, 28 y 29.	Escala del 0 al 100.	La misma de la escala.	ESCALAR

3.5.2 Funcionamiento familiar y sus dimensiones

VARIABLE	CONCEPTO	ITEMS	MEDICIÓN DE RESPUESTAS	PUNTUACIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Capacidad que tiene la familia de mantener la congruencia y estabilidad ante la presencia de cambios o eventos que la	Del 30 al 53.	Respuestas tipo Likert: 1=nunca 2=a veces 3=siempre	0 puntos como mínimo y 48 como máximo: • De 33 a 48	ORDINAL

	desestabilizan y que pueden ser generadores de enfermedad en los miembros del sistema familiar.			<p>puntos:</p> <p>Familia funcional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De 16 a 32 puntos: <p>Familia con funcionalidad moderada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De 0 a 15 puntos: <p>Familia disfuncional.</p>	
DIMENSIONES DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR					
CAMBIO DEL SISTEMA	Conduce a la incorporación del conocimiento nuevo y a asumir nuevas conductas, estructuras y valores familiares.	34, 35, 36, 37, 46, 47, 48, 49, 51, 52.	<p>Respuestas tipo Likert:</p> <p>0=nunca 1=a veces 2=siempre</p>	0 puntos como mínimo y 20 como máximo.	ESCALAR
MANTENIMIENTO DEL SISTEMA	Cumplimiento de acciones que suplen las necesidades de tipo físico, emocional y social; comparten	38, 39, 40, 41, 42, 44.	<p>Respuestas tipo Likert:</p> <p>0=nunca 1=a veces</p>	0 puntos como mínimo y 12 como máximo.	ESCALAR

	ideas y patrones de comunicación que contribuyen a la salud, a satisfacer las necesidades de sus miembros y al mantenimiento del sistema familiar.		2=siempre		
INDIVIDUACIÓN	Lazos que se establecen entre los miembros de la familia y los sistemas ambientales; guía a la unidad y pertenencia familiar, y permite vínculos emocionales positivos.	30, 31, 32, 33, 53.	Respuestas tipo Likert: 0=nunca 1=a veces 2=siempre	0 puntos como mínimo y 10 como máximo.	ESCALAR
COHERENCIA	Conexión entre los miembros de la familia, apunta a la estabilidad. Su resultado es un sentido de unidad, pertenencia y compromiso mutuo con el sistema familiar como un todo necesario para la supervivencia del sistema familiar. Es	43, 45, 50.	Respuestas tipo Likert: 0=nunca 1=a veces 2=siempre	0 puntos como mínimo y 6 como máximo.	ESCALAR

	canalizada a través de la comunicación efectiva, compartir experiencias y sentimientos, apreciar los logros, etc.				
CONTROL	Sirve para controlar la sensación de vulnerabilidad e impotencia. A través del control, los humanos mantienen el sistema sin cambio o regulan y canalizan el conocimiento e información para producir los cambios deseables. El control se logra a través de acciones relacionadas con el mantenimiento y cambio del sistema familiar.	34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 46, 47, 48, 49, 51, 52.	Respuestas tipo Likert: 0=nunca 1=a veces 2=siempre	0 puntos como mínimo y 32 como máximo.	ESCALAR
ESPIRITUALIDAD	Se considera como todo lo que emocionalmente une a los miembros de la familia; les facilita reducir sus miedos, se	30, 31, 32, 33, 43, 45, 50, 53.	Respuestas tipo Likert: 0=nunca 1=a veces 2=siempre	0 puntos como mínimo y 16 como máximo.	ESCALAR

	sienten unidos y encuentran comodidad, ayuda en tiempos difíciles. La espiritualidad se logra con el equilibrio entre coherencia y la individuación.				
ESTABILIDAD	Significa la definición de la identidad de la persona, que incluye la imagen corporal y la autoestima. Incluye todos los valores y creencias básicos, incluyendo la flexibilidad para cambiar si surge la necesidad y la apertura al cambio para desafiar las opiniones y actitudes propias. La estabilidad se adquiere con la coherencia y el mantenimiento del sistema.	38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 50.	Respuestas tipo Likert: 0=nunca 1=a veces 2=siempre	0 puntos como mínimo y 18 como máximo.	ESCALAR
CRECIMIENTO	Permite a los miembros de la familia obtener nuevas ideas, conocimientos y realizaciones a través	30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 46, 47, 48, 49, 51, 52,	Respuestas tipo Likert: 0=nunca 1=a veces	0 puntos como mínimo y 30 como máximo.	ESCALAR

	de sus roles dentro de otros sistemas, que van a influenciarlos a cambiar su sistema personal. El crecimiento se da a través de la individuación y el cambio del sistema familiar.	53.	2=siempre		
--	--	-----	-----------	--	--

3.5.3 Datos socio-demográficos

VARIABLE	CONCEPTO	ITEMS	MEDICIÓN DE RESPUESTAS	VALOR	NIVEL DE MEDICIÓN
GÉNERO	Características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como macho y hembra. Se reconoce a partir de datos corporales genitales; el sexo es una construcción natural, con la que se nace. Sexo al que pertenecen.	Ítem 1	Femenino = 1 Masculino = 2	1 - 2	NOMINAL
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona a partir del nacimiento. Edad medida en años cumplidos.	Ítem 2	La que aparece.	La que aparece.	ESCALAR
ESTADO CIVIL	Atributo de la personalidad que define la situación jurídica	Ítem 3	• Soltero = 1	1 – 6	NOMINAL

	de la persona en la familia y en la sociedad.		<ul style="list-style-type: none"> • Casado = 2 • Viudo = 3 • Divorciado = 4 • Unión libre = 5 • Otro = 6 		
OCUPACIÓN LABORAL	Actividad a la que se dedica actualmente la persona.	Ítem 4	Hogar = 1 Empleado = 2 Comerciante = 3 Empresario = 4 Otro = 5	1 - 5	NOMINAL
GRADO ESCOLAR	Grado más elevado de estudios realizados por una persona en educación formal. Años terminados de estudio formal de la persona.	Ítem 5	Sin estudios = 1 Primaria incompleta = 2 Primaria completa = 3 Secundaria incompleta = 4 Secundaria completa = 5 Nivel medio superior incompleto = 6 Nivel medio superior	1 - 10	ORDINAL

			completo = 7 Nivel superior incompleto = 8 Nivel superior completo = 9 Estudios de posgrado = 10		
CONVIVENCIA	Personas con las que vive actualmente o considera como de su familia.	Ítem 6	Esposa(o) = 1 Hijo(s) = 2 Padres = 3 Hermana(o) = 4 Otro = 5	1 - 5	NOMINAL
TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	Número de años en que el médico le diagnosticó hipertensión arterial.	Ítem 7	La que aparece.	La que aparece.	ESCALAR
TRATAMIENTO HIPERTENSIÓN ARTERIAL	Tipo de tratamiento que usa para el control de la hipertensión arterial.	Ítem 8	Medicamento = 1 Dieta = 2 Ejercicio = 3 Thes o hierbas = 4 Ninguna = 5 Otro = 6	1 - 5	NOMINAL

3.5 PROCEDIMIENTOS

Para la recolección de datos se solicitó autorización por escrito a la Dirección de Enfermería por medio del Departamento de Investigación en Enfermería para la aplicación del instrumento. Una vez autorizado, se consultaron en el archivo general del Instituto Nacional de Cardiología los expedientes clínicos de los pacientes citados para el siguiente día a consulta externa; se elaboró un listado diario con los nombres y número de registro de las personas con hipertensión arterial sistémica esencial, sin cirugía cardiovascular o que no hubieran presentado algún evento cerebro vascular.

3.5.1 Recolección de datos

Tres enfermeras localizaban en la sala de espera de la consulta externa del área de cardiología adultos a los pacientes seleccionados, les comentaban sobre los objetivos del proyecto de investigación y de la aplicación del instrumento; se les invitaba a contestarlo, explicándoles que no representaba riesgo alguno, ya que sólo se trataba de responder por escrito un cuestionario, asimismo que la información proporcionada sería anónima y confidencial, únicamente para fines de investigación. Se encuestó personalmente utilizando voz clara y la enfermera era quien escribía las respuestas que daba el paciente.

3.5.2 Análisis de datos

Los datos obtenidos fueron capturados en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 19.

3.5.2.1. Estadística descriptiva

Para los datos socio-demográficos se realizó estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes para las variables de tipo cualitativo: género, estado civil, grado escolar, personas con las que convive el paciente y el tipo de tratamiento que usa para el control de la hipertensión arterial; para las variables edad y tiempo de diagnóstico se usaron medidas de tendencia central y dispersión como media, desviación estándar, mínimos y máximos.

En cuanto a las escalas de adherencia terapéutica y funcionalidad familiar se determinaron medias, mínimos y máximos; porcentajes y frecuencias para cada una de las dimensiones y para los resultados de la puntuación total.

3.5.2.2. Estadística inferencial

Se utilizó Prueba de Phi para establecer la relación de la adherencia terapéutica y la funcionalidad familiar con las variables nominales, por lo tanto, se dicotomizaron de la siguiente manera:

Variable	Variable dicotómica
Género	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
Convivencia	<ul style="list-style-type: none"> • Esposa y/o hijos • Otros familiares
Tipo de tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Farmacológico • Combinado
Adherencia terapéutica	<ul style="list-style-type: none"> • Adherente (70 puntos o más) • No adherente (69 o menos)
Funcionalidad Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Funcional (33 puntos o más) • No funcional (32 puntos o menos)

Para las variables con nivel de medición escalar (edad, años de diagnóstico, adherencia terapéutica, funcionalidad familiar y cada una de sus dimensiones) se utilizó la prueba de asociación de Pearson.

Para correlacionar entre sí el nivel de adherencia terapéutica, el grado de funcionalidad familiar, así como la escolaridad (todas son ordinales), con las dimensiones (nivel de medición escalar), se usó Prueba de Spearman.

Se aceptó un nivel de confiabilidad de 0.5 en adelante, con una significancia menor a 0.05.

3.7 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

3.7.1 Escala de adherencia terapéutica para pacientes crónicos basada en comportamientos explícitos

La Escala de Adherencia Terapéutica para Pacientes Crónicos Basada en Comportamientos Explícitos (ver anexo 2) es un instrumento al que se le realizó análisis factorial por el método de componentes principales y rotación varimax para determinar sus factores. Ha sido aplicado en población del Distrito Federal con hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades renales, entre otras. Su índice de fiabilidad alpha de Cronbach está por arriba de 0.91. Contiene 3 dimensiones con 7 ítems cada uno: a) Control de ingesta de medicamentos y alimentos, b) Seguimiento médico conductual, y c) Autoeficacia. Todos los ítems con escala de respuesta de 0 a 100, en la que el paciente elige en términos de porcentaje la efectividad de su comportamiento. Se entiende que más cercano al 100, el paciente es más adherente.⁶⁸ En los ítems 20 al 24 los enunciados están descritos en sentido negativo, por lo tanto, la escala se invierte: 0 corresponde a 100, 10 a 90, 20 a 80 y así sucesivamente.

Los rangos para establecer el nivel de adherencia terapéutica son los siguientes: 0-33 puntos, baja adherencia; de 34-67, moderada adherencia; de 68-100, alta adherencia.

3.7.2 Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar

La Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (E-EFF) ha sido utilizada en múltiples estudios a nivel mundial en diversos ambientes como cuidadores principales, en niños o adolescentes y adultos mayores, trabajadores desempleados, alcohólicos, entre otros, pero no hay evidencia de haberse aplicado en pacientes con hipertensión arterial. Ha sido implementada con éxito en población latina y validada con Alpha de Cronbach de 0.76 y 0.81 por Chávez, Friedemann y Alcorta; y de 0.83 por González Quirarte. La escala fue revisada y readaptada por García, quedando con 24 reactivos en un patrón de respuesta de tres opciones para cada pregunta, que va de 0 = nunca, 1 = a veces, y 2 = siempre. El valor total del instrumento es de 48 puntos definiéndose como familias funcionales o sin problemas las que obtuvieron un puntaje de 33 a 48 puntos, familias con funcionalidad moderada de 16 a 32 puntos y familias disfuncionales o con problemas de 0 a 15 puntos (ver anexo 2).^{52-54, 69, 70}

IV. ASPECTOS ÉTICOS

4.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

La realización de esta investigación se basó en los principios de la “Declaración de Helsinki y en los de “La ley General de Salud”, Título Segundo; así como en los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos. Capítulo I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14 donde se expone que “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.” Basados en este último documento, se consideró una investigación de riesgo mínimo de acuerdo con los artículos 17 y 21.

No obstante, se solicitó el consentimiento informado a cada uno de los participantes y se les informó que se está estudiando la relación de la adherencia terapéutica y la funcionalidad familiar en las personas con hipertensión arterial (ver anexo 3). Asimismo se les informó que no se realizaría procedimiento de diagnóstico o de tratamiento y que no se tomaría ningún tipo de muestra biológica.

Esta investigación no representó ningún riesgo para su salud, ni para su integridad física o moral. Además fueron informados que dicha investigación no les traería algún tipo de beneficio directo e inmediato, donde los resultados que se derivaran de ésta, coadyuvarán para mejorar las estrategias de intervención de enfermería y los programas educativos permanentes y continuos, así como los de formación

profesional de enfermería, y esto se verá reflejado en la adherencia del tratamiento de la hipertensión arterial, en la disminución de los reingresos hospitalarios y complicaciones, con el propósito de abatir costos tanto al paciente, familia y a los sistemas de salud, así como mantener su vida y calidad de vida en el paciente hipertenso. De esta manera, se les informó que toda pregunta, duda o aclaración, sería respondida a plena satisfacción.

Cabe señalar que todos los datos que se proporcionaron de manera individual o grupal se manejaron de forma confidencial por lo que no se divulgará ningún dato que se proporcione, la información se analizará de manera conjunta y con fines estadísticos.

Por último se le informó que su participación era plenamente voluntaria y que no recibiría a nada a cambio, ni en producto ni en especie.

V. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

5.1 CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

El análisis de confiabilidad por alpha de Cronbach de la Escala de Adherencia Terapéutica para Pacientes Crónicos Basada en Comportamientos Explícitos fue de 0.81 y el de la Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (E-EFF) fue de 0.87.

5.2 CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Respecto a la caracterización de la población, 55.8% pertenece al género femenino; la media de edad es de 56 años \pm 13.59, con un mínimo de 20 y máximo de 82; más del 50% son casados, y en menor porcentaje los solteros y viudos (cuadro 1), de los cuales 57% vive con su cónyuge, 22% con los hijos y el resto con los padres, hermanos o con otras personas (cuadro 2); un tercio de la población se dedica a labores del hogar, 54.6% tiene un empleo remunerado como taxista, comerciante o labora en alguna institución, el 11.7% está desempleado (cuadro 3); se observa que 75% de las personas hipertensas se controla sólo con medicamentos, seguidos del 13% que sigue este mismo tratamiento además de la dieta (cuadro 4); el mayor porcentaje tiene primaria o secundaria completas (cuadro 5).

Cuadro 1. Estado civil de las personas con hipertensión arterial.

n = 154		
Estado Civil	Fo	%
Soltero	26	16.9
Casado	84	54.5
Viudo	22	14.3
Divorciado	10	6.5
Unión Libre	8	5.2
Madre/Padre soltero	4	2.6

Cuadro 2. Convivencia de las personas con hipertensión arterial.

n = 154		
Personas con las que convive	Fo	%
Esposo(a)	88	57.1
Hijo(a)	34	22.1
Padres	18	11.7
Hermano(a)	10	6.5

Cuadro 3. Ocupación de las personas con hipertensión arterial.

n = 154		
Ocupación	Fo	%
Ama de casa	52	33.8
Comerciante	18	11.7
Costurera	4	2.6
Chofer	10	6.5
Empleado	28	18.2
Campesino	2	1.3
Desempleado	18	11.7
Otra	22	14.3

Cuadro 4. Tipo de tratamiento para controlar la presión arterial.

	n = 154	
	Fo	%
Medicamento	116	75.3
Medicamento y dieta	20	13.0
Medicamento, dieta y ejercicio	10	6.5
Medicamento y ejercicio	6	3.9
Ninguno	2	1.3
Sólo ejercicio	0	0

Cuadro 5. Escolaridad de las personas con hipertensión arterial.

	n = 154	
	Fo	%
Sin estudios	12	7.8
Primaria incompleta	12	7.8
Primaria completa	54	35.1
Secundaria incompleta	6	3.9
Secundaria completa	40	26.0
Nivel medio superior incompleto	2	1.3
Nivel medio superior completo	14	9.1
Nivel superior incompleto	2	1.3
Nivel superior completo	12	7.8
Estudios de posgrado	0	0

5.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO

La adherencia terapéutica está integrada por tres dimensiones: control sobre el tratamiento, seguimiento médico conductual y autoeficacia, medidas en una escala de 1 al 100 puntos.

En la dimensión de control sobre el tratamiento se observa que todas las puntuaciones están por arriba del 70, no obstante las variables relacionadas la confianza que inspira el médico y con dejar de fumar o ingerir bebidas alcohólicas, son las que tienen puntuaciones más altas; por el contrario, las que implican realizar ejercicio o adherirse a una dieta oscilan entre 71.30 y 74.16 (cuadro 6).

Cuadro 6. Valores para cada ítem de la dimensión control sobre el tratamiento.

Ítem	n = 154			
	Media	DE	Mínimo	Máximo
Ingiero mis medicamentos de manera puntual.	87.14	21.32	0	100
No importa que el tratamiento sea por largo tiempo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada.	88.18	16.78	30	100
Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto.	71.30	26.68	0	100
Estoy dispuesto a dejar algo placentero como por ejemplo dejar de fumar o no ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena.	91.10	17.25	30	100
Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite.	72.47	24.26	20	100
Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento.	95.06	14.69	0	100
Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago.	74.16	30.61	0	100

En cuanto al seguimiento médico conductual, todas las medias se observan mayores de 90, incluso las correspondientes a las consultas médicas y a la

confianza que inspira el personal de salud llegan a 96 y 97 puntos (cuadro 7).

Cuadro 7. Valores para cada ítem de la dimensión seguimiento médico conductual.

Ítem	Media	n = 154		
		DE	Mínimo	Máximo
Me hago análisis clínicos en los periodos que el médico me indica.	95.06	9.23	60	100
Asisto a mis consultas de manera puntual.	96.49	8.8	50	100
Atiendo las recomendaciones del médico en cuanto estar al pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi salud.	93.38	12.79	50	100
Después de haber iniciado el tratamiento para controlar mi presión arterial, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.	96.62	6.98	80	100
Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento.	90.13	17.15	30	100
Me hago mis análisis clínicos periódicamente como me lo recomienda el médico, aunque no esté enfermo.	92.99	16.73	0	100
Me inspira confianza que el personal de salud demuestre conocer mi enfermedad.	97.01	10.49	20	100

Los valores de los ítems relacionados con la autoeficacia obtuvieron medias desde 82.86 puntos hasta 96.88 (cuadro 8).

Cuadro 8. Valores para cada ítem de la dimensión autoeficacia.

Ítem	n = 154			
	Media	DE	Mínimo	Máximo
Cuando me dan resultados de mis análisis clínicos, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento.	96.23	9.15	50	100
Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer, se me olvida tomar mis medicamentos.	82.86	18.57	40	100
Cuando los síntomas desaparecen, abandono el tratamiento.	88.44	19.68	10	100
Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud, dejo el tratamiento.	89.87	19.90	10	100
Para que yo siga el tratamiento, es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos.	84.03	23.61	10	100
Si sospecho que mi enfermedad es grave, hago lo que esté en mis manos para aliviarme.	95.71	12.88	10	100
Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo.	96.88	8.44	60	100

De las tres dimensiones de adherencia terapéutica, la que mostró mayor puntuación fue la de seguimiento médico conductual con 94.53 ± 7.78 ; la correspondiente al control sobre el tratamiento obtuvo 82.77 ± 12.77 (cuadro 9).

Cuadro 9. Valores totales de las dimensiones de adherencia terapéutica

Dimensión	n = 154			
	Media	DE	Mínimo	Máximo
Control sobre el tratamiento	82.77	12.67	47	100
Seguimiento médico conductual	94.53	7.78	71	100
Autoeficacia	90.58	9.69	59	100

La variable funcionalidad familiar contiene 4 dimensiones primarias: cambio del sistema, mantenimiento del sistema, individuación, coherencia; las 4 restantes (control, espiritualidad, estabilidad y crecimiento) son las metas de la funcionalidad familiar y están compuestas por los ítems de las primeras dimensiones. Por lo tanto, sólo se describen las principales.

Referente al cambio del sistema, los porcentajes mayores se sitúan en los ítems relacionados con la salud; es de resaltar que el 31.2% contestó que nunca su familia define y refuerza las tareas por sexo, así como que las decisiones son tomadas por los padres (cuadro 10).

Cuadro 10. Valores para cada ítem de la dimensión cambio del sistema

Ítem	n = 154		
	Nunca %	A veces %	Siempre %
Mi familia escucha y acepta ideas fuera de la familia.	19.5	37.7	42.9
Mi familia colabora en trabajos para la escuela, iglesia y comunidad.	20.8	35.1	44.2
Mi familia acepta consejos de expertos (médicos, enfermeras, maestros, sacerdotes, otros).	0	23.4	76.6
Mi familia define y refuerza roles y tareas por sexo.	31.2	32.5	36.4
La salud es un valor importante en mi familia.	1.3	3.9	94.8
Mi familia asume comportamientos saludables.	5.2	29.9	64.9
Todos los miembros de mi familia desarrollan prácticas preventivas de salud y de autocuidado.	7.8	46.8	45.5
En mi familia las decisiones son tomadas por los padres.	24.7	37.7	37.7
La salud es una prioridad en mi familia.	0	11.7	88.3
En mi familia participan todos sus integrantes en la toma de decisiones.	10.4	31.2	58.4

Del 53 al 61% se encuentran las respuestas de “siempre” correspondientes a la dimensión de mantenimiento del sistema, excepto la que menciona que “a veces” la familia dispone de tiempo para platicar, pasear y divertirse con 58.4% (cuadro 11).

Cuadro 11. Valores para cada ítem de la dimensión mantenimiento del sistema.

Ítem	n = 154		
	Nunca %	A veces %	Siempre %
Mi familia dispone de tiempo para platicar, pasear y divertirse.	7.8	58.4	33.8
Los integrantes de mi familia disponen de tiempo para sus cosas personales.	2.6	36.4	61.0
En mi familia sabemos lo que hacen los demás integrantes.	3.9	35.1	61.0
Mi familia tiene facilidad para hacer amigos.	9.1	33.8	57.1
Todos los miembros de mi familia se relacionan con el vecindario.	15.6	31.2	53.2

En cuanto a la dimensión de individuación, los porcentajes mayores se ubican en la respuesta de “siempre”, con 80.5% la relacionada con la motivación familiar sobre el crecimiento personal y consecución de metas (cuadro 12).

Cuadro 12. Valores para cada ítem de la dimensión individuación.

Ítem	n = 154		
	Nunca %	A veces %	Siempre %
Mi familia tiene un propósito.	1.3	28.6	70.1
Mi familia resuelve los problemas que se le presentan inesperadamente.	3.9	19.5	76.6
Mi familia escucha y acepta las diferentes opiniones de sus integrantes.	1.3	23.4	75.3
Mi familia discute lo que sus miembros aprenden en la familia.	7.8	35.1	57.1
Mi familia motiva a sus integrantes al crecimiento personal y consecución de metas.	3.9	15.6	80.5

Lo mismo ocurre con la coherencia, donde el ítem “la familia se ayuda en situaciones difíciles” obtuvo 79.2% en “siempre” (cuadro 13).

Cuadro 13. Valores para cada ítem de la dimensión coherencia.

Ítem	n = 154		
	Nunca %	A veces %	Siempre %
Mi familia ayuda cuando alguien está enfermo.	6.5	28.6	64.9
Mi familia se ayuda en situaciones difíciles.	3.9	16.9	79.2
En todos los miembros de mi familia hay unión y muestras de solidaridad.	6.5	23.4	70.1

En lo que respecta a las dimensiones de la variable funcionalidad familiar, es de resaltar que la individuación (71.92%), la espiritualidad (71.72%) y la coherencia

(71.4%) fueron las que obtuvieron porcentajes mayores (cuadro 14).

Cuadro 14. Valores del total de dimensiones de funcionalidad familiar.

Dimensión	n = 154		
	Nunca %	A veces %	Siempre %
Cambio del sistema*	12	29	59
Mantenimiento del sistema*	7.8	38.98	53.22
Individuación*	3.64	24.44	71.92
Coherencia*	5.63	22.97	71.4
Control [†]	13.54	32.16	54.3
Espiritualidad [†]	4.39	23.89	71.72
Estabilidad [†]	12.56	32.63	54.81
Crecimiento [†]	9.26	27.46	63.2

*Dimensión primaria de la funcionalidad familiar. [†] Dimensión secundaria o meta de la funcionalidad familiar.

Por otra parte, 72.1% la población con hipertensión arterial que acude a la consulta externa del Instituto Nacional de Cardiología tiene una alta adherencia terapéutica y 71.4% está en una familia funcional (cuadro 15).

Cuadro 15. Nivel de adherencia terapéutica y grado de funcionalidad familiar de las personas con hipertensión arterial.

		n = 154		
Dimensión		Escala		
Nivel de adherencia terapéutica	Baja	Moderada	Alta	
	2.6%	24.7%	72.71%	
Grado de funcionalidad familiar	Disfuncional	Moderada	Funcional	
	1.3%	27.3%	71.4%	

5.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO INFERENCIAL

De acuerdo a los datos socio-demográficos y la adherencia terapéutica, se encontró una relación lineal estadísticamente significativa, baja e inversamente proporcional, entre el nivel de adherencia terapéutica y la edad ($r_s = -0.159$, $p = <0.05$), así como entre la autoeficacia y los años transcurridos desde que se les diagnosticó hipertensión arterial a la población de este estudio ($r = -0.149$, $p = <0.05$); al igual que los datos anteriores, pero directamente proporcional fueron los resultados entre la escolaridad con el nivel de adherencia terapéutica ($r_s = 0.241$, $p = <0.05$), con el control sobre el tratamiento ($r_s = 0.178$, $p = <0.05$) y con la autoeficacia ($r_s = 0.202$, $p = <0.05$) (cuadro 16); en las variables género, personas con las que convive la población del estudio y el tipo de tratamiento que tienen, no se encontró ninguna relación (cuadro 17).

Cuadro 16. Relación de variables socio-demográficas con el nivel de adherencia terapéutica y sus dimensiones.

	n = 154		
	Edad	Escolaridad	Años de Diagnóstico
Nivel de adherencia terapéutica	-0.159 ^{†*}	0.241 ^{†*}	-0.149 [†]
Control sobre el tratamiento	-0.152 [‡]	0.178 ^{†*}	0.053 [‡]
Seguimiento médico	-0.093 [‡]	0.036 [†]	-0.066 [‡]
Autoeficacia	-0.035 [‡]	0.202 ^{†*}	-0.159 ^{†*}

* Significancia <0.05; † Correlación de Spearman; ‡ correlación de Pearson.

Cuadro 17. Relación de las variables socio-demográficas y la adherencia terapéutica.

Variable		No adherencia terapéutica	Adherencia terapéutica	r_{ϕ}
Género	Femenino	16	70	0.245
	Masculino	8	60	
Convivencia	Cónyuge/hij@s	20	102	0.589
	Otras personas	4	28	
Tratamiento	Farmacológico	20	96	0.080
	Combinado	4	34	

* Significancia <0.05.

En lo que respecta a funcionalidad familiar, la relación lineal de todas las dimensiones fue baja; solamente se observó estadísticamente significativa y directamente proporcional la referente a la escolaridad con el mantenimiento del sistema ($r_s = 0.159$, $p = <0.05$) y con el control ($r_s = 0.163$, $p = <0.05$) (cuadro 18), y la funcionalidad familiar y las personas con las que convive la población del

presente estudio ($r_{\phi} = 0.255$, $p = <0.05$) (cuadro 19).

Cuadro 18. Relación de variables socio-demográficas con el grado de funcionalidad familiar y sus dimensiones.

	n= 154		
	Edad	Escolaridad	Años de Diagnóstico
Grado de funcionalidad familiar	0.112†	0.033†	0.114†
Cambio del sistema	0.041‡	0.123†	-0.017‡
Mantenimiento del sistema	0.053‡	0.159†*	0.012‡
Individuación	0.009‡	0.082†	0.031‡
Coherencia	-0.046‡	0.070†	-0.033‡
Control	0.056‡	0.163†*	0.004‡
Espiritualidad	0.006‡	0.054†	0.017‡
Estabilidad	0.030‡	0.142†	0.006‡
Crecimiento	0.049‡	0.130†	0.018‡

*Significancia <0.05 ; † correlación de Spearman; ‡ correlación de Pearson.

Cuadro 19. Relación de las variables socio-demográficas y la funcionalidad familiar.

Variable		No funcionalidad familiar	Funcionalidad familiar	r_{ϕ}
Género	Femenino	8	78	0.112
	Masculino	2	66	
Convivencia	Cónyuge/hij@s	4	118	0.255*
	Otras personas	6	26	
Tratamiento	Farmacológico	8	108	0.029
	Combinado	2	36	

* Significancia <0.05 .

La mayoría de las relaciones lineales entre adherencia terapéutica, funcionalidad familiar y sus dimensiones fueron estadísticamente significativas y directamente proporcionales, aunque bajas; se encontró que la autoeficacia y la funcionalidad familiar tienen una relación ligeramente más alta en comparación con las otras dimensiones de la adherencia terapéutica ($r = 0.333$, $p = <0.05$); la individuación ($r = 0.360$, $p = <0.05$) y el crecimiento ($r = 0.386$, $p = <0.05$) son las que se presentan mayor asociación con la adherencia terapéutica (cuadro 20).

Cuadro 20. Relación entre adherencia terapéutica, funcionalidad familiar y sus dimensiones.

	Adherencia terapéutica (r)	Control sobre el tratamiento (r)	Seguimiento médico (r)	Autoeficacia (r)
Funcionalidad familiar	-----	0.194*	0.301*	0.333*
Cambio del sistema	0.335*	0.222*	0.263*	0.316*
Mantenimiento del sistema	0.168*	0.075	0.061	0.224*
Individuación	0.360*	0.209*	0.321*	0.313*
Coherencia	0.273*	0.071	0.377*	0.202*
Control	0.311*	0.191*	0.214*	0.322*
Espiritualidad	0.347*	0.159*	0.373*	0.284*
Estabilidad	0.246*	0.085	0.225*	0.248*
Crecimiento	0.386*	0.244*	0.318*	0.353*

* Significancia <0.05 .

Finalmente, se determinó una relación lineal estadísticamente significativa, baja y directamente proporcional, entre la adherencia terapéutica y la funcionalidad familiar ($r = 0.353$, $p = 0.000$) (figura 1).

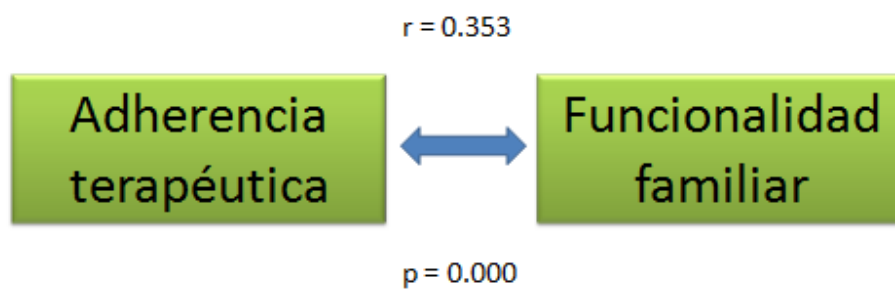


Figura 1. Relación entre adherencia terapéutica y funcionalidad familiar de las personas con hipertensión arterial.

VI. DISCUSIÓN

A diferencia del estudio realizado en Chile por Mendoza,⁵⁹ donde la actividad laboral y el género tuvieron efecto directo sobre la adherencia de los pacientes hipertensos, en los resultados que aquí se presentan y coincidiendo con algunos autores,^{5,67} no demostraron nada significativo en este aspecto, no obstante se observó que a mayor edad declina la adherencia al tratamiento. Al respecto, Ferrer refiere que la adherencia disminuye a medida que la terapia se alarga y los tratamientos curativos y rehabilitadores producen tasas más altas que los preventivos.¹⁹

Un dato que sobresalió sobre los demás fue que a mayor nivel de escolaridad, las personas se apegan más terapéuticamente, tienden a tener más autoeficacia y por consecuencia, mayor control sobre su tratamiento. Existe un estudio que indica una correlación positiva entre la información básica que se posee sobre alguna enfermedad y las variables autoeficacia y escolaridad,⁷¹ y esto en parte es lógico, ya que las personas con mayor nivel académico asimilarán de una forma más adecuada la información proporcionada para preservar su salud.

Se considera que la autoeficacia es un predictor del cumplimiento de la ingesta de los medicamentos según las indicaciones del personal de salud, y tomando en cuenta que la OPS reporta que el 50% de los pacientes abandonan el tratamiento en el primer año, y que sólo la mitad de los que continúan se adhieren

parcialmente a su tratamiento,⁴ se concuerda con estos datos, ya que en el presente estudio se observó que a mayor tiempo transcurrido desde que se les diagnosticó hipertensión arterial, disminuye su creencia acerca de que adherirse a su tratamiento beneficia su salud, es decir, disminuye su autoeficacia. Sobresale una investigación cualitativa realizada en Cuba, donde manifiestan que “al ser la HTA una enfermedad crónica en la medida que se prolonga el tiempo de tratamiento, el paciente lo siente como una carga en su vida, se cansa y no cumple o lo abandona”.⁵⁶ Esto se puede explicar con base en el modelo de Bandura, donde afirma que la autoeficacia actúa en gran parte como determinante de la elección de actividades, del esfuerzo y de la persistencia en las actividades elegidas, de los patrones de pensamiento y de las respuestas emocionales.⁷² En la medida en que las expectativas del paciente con hipertensión arterial estén depositadas en que habrá una mejoría en su estado de salud al realizar cambios saludables en su estilo de vida y el cumplimiento de sus fármacos, se observará una mayor adherencia al tratamiento, así lo demuestra el trabajo realizado por Acosta⁵⁷ donde se observa que sólo se adherirán al tratamiento indicado aquellos pacientes que perciban sus beneficios.

Al igual que Marin Reyes,⁵ no se encontraron datos estadísticamente significativos con relación a la adherencia terapéutica y la modalidad del tratamiento, es decir, si sólo se controlan farmacológicamente o también lo combinan con dieta o ejercicio. Sin embargo, en nuestro estudio sobresale que el 75% de la población investigada se controla únicamente con medicamento, lo que pone de manifiesto, en primer

lugar, que el modelo de salud alópata en México es el que sigue dominando; y en segunda, la ardua labor que Enfermería tiene que realizar en la prevención secundaria. Numerosas investigaciones confirman que a través de diversos programas, se puede mejorar la adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial. Bajo la premisa de que el paciente desee recibir información del personal de salud que le atiende habitualmente, el profesional de Enfermería puede ofrecerle los medios adecuados de información que incidan en el proceso de aprendizaje, como pueden ser tutoría personalizada, charlas educativas con apoyo didáctico de rotafolios, folletos o videos, todos enfocados a estilos de vida saludable.⁶⁰ Otros programas multidisciplinarios, además de la educación, consideran la problemática desde diversas perspectivas que incluye la autoeficacia, la percepción de control sobre la enfermedad, la nutrición saludable, la actividad física, el cumplimiento del tratamiento farmacológico, el consumo de alcohol y cigarrillo y el manejo del estrés en lo referente a identificación de eventos estresores; además del desarrollo de habilidades de afrontamiento por medio del entrenamiento en solución de problemas y comunicación asertiva.⁶¹

Los resultados arrojaron una relación significativa entre el mantenimiento del sistema familiar y el control con la escolaridad, ello puede traducirse que a mayor nivel de estudios, las personas hipertensas tienen una mejor regulación del conocimiento y la información para mantener una presión arterial controlada; este control se logra con acciones apegadas a las recomendaciones del personal de salud, como seguir un régimen alimentario específico, moderar el consumo de

bebidas alcohólicas y el tabaco, integrarse a un programa de actividad física, acudir a las citas médicas y a la toma de análisis clínicos, ingerir los medicamentos de manera puntual, entre otros. Por lo tanto, dichas acciones contribuirán a la salud del individuo, a satisfacer las necesidades de su familia y con ello, al mantenimiento del sistema familiar.

Otro dato interesante por resaltar, es la asociación que hubo entre la convivencia dentro de una familia nuclear y la funcionalidad familiar; esta situación demuestra que la familia como institución continúa siendo la base para el cuidado de la salud; constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo, y ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social.⁴⁴

Un alto porcentaje de la población de esta investigación presenta una adherencia terapéutica alta, sin embargo la individuación, el crecimiento y la espiritualidad son las circunstancias que más impactan en ello. La individuación puede verse reflejada en donde la familia alienta a la persona hipertensa a adquirir nuevos conocimientos sobre su enfermedad, le apoya para cuidar de sí mismo, pero además le permite seguir su rol establecido previamente dentro de la sociedad y la familia. Esto conlleva a la meta de espiritualidad, es decir, a mantener lazos

emocionales estrechos y positivos para ayudar en las etapas críticas de la enfermedad, con la intención de aminorar sus miedos e incertidumbre ante lo desconocido. En este contexto, se da un crecimiento por parte de los miembros de la familia a través de la comprensión y actuación ante el problema, que indudablemente influirá su sistema personal.

La mayoría de sujetos tienen una alta adherencia terapéutica al tratamiento, que se corresponde positivamente con el grado de funcionalidad familiar, al igual que en un estudio realizado en población rural, donde los pacientes mal cumplidores tienen mayor porcentaje de disfunción familiar.⁶⁷ Lo que demuestra que un factor principal para que el paciente con hipertensión arterial realice cambios saludables en su estilo de vida e ingiera sus medicamentos de manera puntual y constante, es tener una familia que lo apoye y lo motive a seguir su tratamiento -sin hacerlo dependiente o codependiente de cuidado-, pero que además realice de manera conjunta dichos cambios.

VII. CONCLUSIONES

Desde la perspectiva de la teoría de Marie Luise Friedemann y con base en los resultados obtenidos de esta investigación, se concluye que las familias son funcionales, ya que mantienen el bienestar del paciente con hipertensión arterial al lograr la congruencia, la estabilidad familiar y personal y responden de una manera favorable a los tratamientos propuestos por el personal de salud. Dicha situación se refleja en el alto porcentaje de nivel de adherencia terapéutica adecuada en sus tres dimensiones, donde indudablemente tiene mayor repercusión el control médico conductual; asimismo, la individuación, la coherencia y la espiritualidad, según lo observado, son los indicadores que producen mayores efectos positivos en la funcionalidad familiar.

Sin duda alguna, la familia forma parte de la clave para que la persona con hipertensión arterial tenga apego a su tratamiento, sin embargo todavía queda mucho por investigar al respecto, ya que se pueden derivar múltiples estudios dirigidos a conocer, evaluar y saber qué tanta correspondencia tienen con dicha problemática: los aspectos relacionados con las características de las organizaciones de salud, la comunicación entre el paciente y el personal sanitario, el tipo de terapéutica establecida, las prescripciones médicas, los conocimientos que tiene la persona acerca de la hipertensión arterial, o bien, el nivel adquisitivo que poseen para llevar a cabo un correcto tratamiento o el acceso que tienen para

atender su salud; asimismo y visualizado en esta investigación, se deberá ahondar en la autoeficacia del individuo, incluso en la del mismo familiar.

Se sugiere además realizar cruces con variables como cifras recientes de hipertensión arterial, recuento de medicamentos, recordatorio de 24 horas para conocer cuál es la dieta que llevan, el tipo de ejercicio, si olvidaron tomar su medicamento, entre otras. Igualmente, el abordaje no tendrá que ser necesariamente cuantitativo, es preciso establecer otro tipo de diseños de investigación para profundizar en el tema, no quedarse solamente en el nivel descriptivo. Si bien lo anterior se podrá determinar con población cautiva de las instituciones hospitalarias –con las dificultades propias de la investigación- ¿qué pasa con aquellas personas que no acuden a sus citas médicas? o aún peor ¿qué hay de las personas que sabiéndose hipertensas, no llevan un control de su enfermedad? Lo anterior conlleva a investigar la problemática de los usuarios del Instituto Nacional de Cardiología que teniendo programada consulta para revisión, toma de muestras sanguíneas o bien, para algún estudio de imagen, no asistieron. Evidentemente es una ardua labor, no obstante sólo así se podrá incidir en favorecer la adherencia terapéutica de las personas con hipertensión arterial.

Por otra parte, se propone realizar estudios económicos sobre la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo, tanto farmacológico como no farmacológico, orientado a identificar los costos reales a nivel gubernamental derivados del uso de recursos humanos, materiales y de infraestructura, así como

las repercusiones laborales y sociales del mismo enfermo que recaerán indudablemente en la economía nacional. A partir de ello, y de indicadores de adherencia terapéutica, reestructurar programas y proyectos tendientes a mejorar la calidad de atención sanitaria.

Ante la relación estrecha observada que guarda la adherencia terapéutica con la familia, es imperiosa la necesidad de presentar a los directivos de salud un proyecto enfocado a dirigir esfuerzos para prevenir enfermedades concomitantes derivadas de la hipertensión arterial, que se refleje como una inversión que permitirá abordar la temática como una estrategia más eficiente ante la “curación” o resolución de complicaciones de salud. Enfermería como disciplina es la pieza que deberá articular los diferentes elementos multidisciplinarios que favorezcan la adherencia a los tratamientos, tanto farmacológicos como no farmacológicos, cimentándose en la familia. En este contexto, se propone lo siguiente:

Se cree conveniente la implementación de una clínica de hipertensión arterial dirigida y coordinada por un profesional de enfermería, ya que es capaz de coordinar un equipo interdisciplinario de salud, de crear, diseñar y dirigir acciones que favorezcan la modificación de hábitos y costumbres que afectan la salud de la persona con hipertensión arterial, mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería, y así planear la atención del enfermo de forma individualizada con la participación de la familia para promover el autocuidado y elevar su calidad de vida, a través de campañas de prevención de la enfermedad, detección oportuna

de la población hipertensa, control de factores de riesgo modificables, inicio del tratamiento farmacológico y no farmacológico para evitar el daño a órganos blanco e incluso el registro de pacientes hipertensos para elaborar análisis de tendencia de morbimortalidad.⁷⁴

Es bien sabido que un equipo multidisciplinario bien coordinado y con canales adecuados de comunicación favorece la adherencia terapéutica, por lo tanto, se sugiere que la clínica de hipertensión esté conformada por médicos cardiólogos, nutriólogos, trabajadoras sociales, psicólogos y terapeutas familiares, todos ellos encabezados por profesionales de enfermería. En el perfil de éste último tendrá como requisito contar con el nivel académico de posgrado en enfermería cardiovascular; tener cinco años por lo menos de experiencia laboral en alguna institución especializada en enfermedades cardiovasculares; poseer habilidad para realizar valoraciones del paciente de manera eficaz y eficiente, así como buen juicio clínico; la capacidad de comunicación deberá ser preponderante en el profesional, ser empático, con buen tacto personal, paciencia, capacidad de comprensión y discreción; una cualidad de la que no prescindirá es la capacidad organizativa y resolutiva en situaciones difíciles. Sin duda, la implementación de estrategias incluirá a la familia como coadyuvante en el éxito de la prevención de complicaciones derivadas de la hipertensión arterial.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOHEMEROGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

1. Rosas PM, Lara EA, Pastelín HG, Velázquez MO, Martínez RJ, Méndez OA, et al. Re-Encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENAHTA): Consolidación Mexicana de los Factores de Riesgo Cardiovascular. Cohorte Nacional de Seguimiento. Archivos de Cardiología de México. 2005; 75 (1): 96-111.
2. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012. Ginebra: OMS; 2012.
3. Organización Panamericana de la Salud. 14ª reunión Interamericana a nivel ministerial en salud y agricultura. Abril 2005. [citado: 28 julio 2008]; Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/ad/dpc/vp/rimsa14-26-s.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
5. Marín RF, Rodríguez MM. Apoyo Familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Rev. Salud Pública de México. 2001; 43 (4): 336-339.
6. Villarreal-Ríos E, Mathew-Quiroz A, Garza-Elizondo ME, Núñez-Rocha G, Salinas-Martínez AM, Gallegos-Handal M. Costo de la atención de la hipertensión arterial y su impacto en el presupuesto destinado a la salud en México. Salud Pública Méx [Internet]. 2002 [citado 18 oct 2007]; 44(1): 7-13. Disponible en:

http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000100001&lng=es&nrm=iso.

7. González-Castro P. El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Waxapa. 2011; 2(5):102-107.
8. Organización Panamericana de la Salud. Guía para la atención integral de las personas con hipertensión arterial. Organización Panamericana de la Salud. Panamá. 2009.
9. Hernández HH, Mancha MC, Ortiz SG, García de León FA, López GDL, Vega PML, et. al. Resumen integrado Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA-2009, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de hipertensión arterial sistémica. Rev Mex Cardiol. 2012; 23(1):4A-38A.
10. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. México: Secretaría de Salud; 1993.
11. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México: Secretaría de Salud; 2007.
12. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud. Cuestionario de adultos. México: Secretaría de Salud; 2000.
13. Ceceña EL. Guía práctica para el cardiólogo. México: Armstrong Laboratorios de México; 2000. p. 32-35.
14. Instituto Mexicano del Seguro Social. Entorno demográfico y epidemiológico y otros factores de presión sobre el gasto médico. En: Informe al Ejecutivo

- Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2010-2011. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2011. p. 27-40.
15. Gueyftier F, Boutier M, Boisset JP, Pocock S, Coope J, Cutler J, et al. Effect of anti-hypertensive drug treatment on cardiovascular outcome in women and men. A meta-analysis of individual patient data from randomized, controlled trials. The INDIANA Investigators. *Ann Intern Med.* 1997 mayo;126(10):761-7. PubMed PMID: 9148648.
 16. Toft U, Kristoffersen LH, Lau C, Borch-Johnsen K, Jørgensen T. The dietary quality score: validation and association with cardiovascular risk factors: the Inter study. *Eur J Clin Nutr.* 2007 Feb; 61 (2): 270-8.
 17. Millar ER, Erlinger TP, Young DR, Jehn M, Charleston J, Rhodes D, et al. Results of the diet, exercise, and weight loss interventions trial (DEW-IT). *Hypertension.* 2002 Nov;40(5):612-8. PubMed PMID: 12411452.
 18. Haynes RB. Introduction. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. *Compliance in health care.* Baltimore: John Hopkins University Press; 1979.
 19. Ferrer VA. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. *Rev Psicol Salud.* 1995; 7(1):35-61.
 20. Basterra GM. El cumplimiento terapéutico. *Pharm Care Esp.* 1999; 1: 97-106.
 21. Infomed. [Internet]. Ciudad de la Habana: Adherencia terapéutica y modelos explicativos; [actualizado abril 2003; citado 30 abril 2008] Centro Nacional

- de Información de Ciencias Médicas; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: www.infomed.sld.cu Consultado el 4 abril 2007
22. Martín AL. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cub Salud Pública [Internet]. 2004 [Citado 30 jun 2007]; 30 (4): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci>
23. Sánchez CN. Adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Rev Mex Enf Card. 2006; 14 (3): 98-101.
24. Ortiz PM, Ortiz PE. Psicología de la Salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. Rev Med Chile [Internet]. Mayo 2007; Jun [citado 13 julio 2007]; 135 (5): 647-652. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_artextx&pid=S0034-98872007000500014&ing=pt&nrm=iso.
25. Rapoff MA, Lindsley CB. Improving adherence to medical regimens for juvenile rheumatoid arthritis. Pediatric Rheumatology [internet]. 2007 [citado 15 de julio de 2007]; 5:10. Disponible en: <http://www.ped-rheum.com/content/5/1/10>
26. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
27. Tanus-Santos JE, Toledo JC, Cittadino M, Sabha M, Rocha JC, Moreno HJ. Cardiovascular effects of transdermal nicotine in mildly hypertensive smokers. Am J Hypertens 2001; 14 (7pt 1): 731-2.

28. Xu KT, Ragain RM. Effects of weight status on the recommendations of and adherence to lifestyle modifications among hypertensive adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2007; 5(1): 61 PubMed PMID: 15729379.
29. Appel LJ, Champagne CM, Harsha DW, Cooper LS, Obarzanek E, Elmer PJ, et al. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial. *JAMA*. 2003Apr 23-30;289(16):2083-93. PubMed PMID: 12709466
30. Guadalajara B. *Cardiología*. México: Méndez Editores; 1997.
31. Huerta RB. Factores de riesgo para la hipertensión arterial. *Arch Card Mex*. 2001; 71(1): 208-210.
32. National High Blood Pressure Education Program even The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute. U.S.A.: Department of Health and Human Services; 2003.
33. Cushman WC, Ford CE, Cutler JA. Success and predictors of blood pressure control in diverse North American settings: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2002; 4: 393-404.
34. Bakris GL, Weir MR; Study of Hypertension and the Efficacy of Lotrel in Diabetes (SHIELD) Investigators. Achieving goal blood pressure in patients with type 2 diabetes: Conventional versus fixed-dose combination approaches. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2003 may-jun; 5: 202-9.

35. Black HR, Elliott WJ, Neaton JD, Grandits G, Grambsch P, Grimm JRH, et al. Baseline characteristics and elderly blood pressure control in the CONVINCE trial. *Hypertension*. 2001; 37: 12-8.
36. Martin AL. Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Rev Cub Salud Pública [Internet]*. 2003 [Citado 30 jun 2007]; 29 (3): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/cgi-bin/wxis.exe/iah/>
37. Bandura A. Self-efficacy; toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977; 84(2): 191-225.
38. Bandura A. Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. *Revista Evaluar [Internet]*. 2001 [Citado 17 dic 2009]; [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revistaevaluar.com.ar/effguideSpanish.htm>.
39. Fernández S, González ML, Comas A, García A, Cueto A. Categorización de factores psicosociales asociados al cumplimiento farmacológico antihipertensivo. *Psicothema*. 2003; 15(1): 82-87.
40. Olivari C, Urra E. Autoeficacia y conductas de salud. *Cienc Enferm*. 2007; 13 (1): 9-15.
41. Turagabeci AR, Nakamura K, Kizuki M, Takano T. Family structure and health, how companionship acts as a buffer against ill health. *Health Qual Life Outcomes*. 2007; 5 (1): PubMed PMID: 2234394.
42. Plowden KO, Young AE. Sociostructural factors influencing health behaviors of urban african-american men. *J Natl Black Nurses Assoc*. 2003. Jun; 14(1): 45-51. PubMed PMID: 15259998.

43. La Rosa MY, Martín AL, Bayarre VH. Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2007 [citado 28 nov 2007]; 23(1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_01_07/mgi06107.htm
44. Louro BI. Modelo de salud del grupo familiar. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2005 [Citado 22 nov 2007]; 31 (4): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=artexxpid=50864>
45. Marín RF, Rodríguez MM. Apoyo Familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Rev. Salud Pública de México*. 2001; 43 (4): 336-339.
46. Fundación Caritas para el Bienestar del Adulto Mayor I.A.P. Guía de aprendizaje no formal para adultos mayores "Redes de las redes sociales de apoyo de los adultos Mayores [Internet]. México: FUNBAM; 2005. [citado el 30 de octubre de 2007]. Disponible en: http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Guia_Redес_Adulto_Mayor.pdf
47. Saucedo JM, Maldonado M. La familia, su dinámica y tratamiento. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2003.
48. Friedemann ML. *The Framework of Systemic Organization. A conceptual approach to families and nursing*. USA: Sage Publication; 1995.
49. Galán GEF. Funcionalidad en familias con adolescentes escolarizados en Paipa. *Avances en Enfermería*. 2010; XXVIII (1): 72-82.
50. Olson DH. *What make them work?* Beverly Hills, CA: 1984.

51. Muñuzuri N. Familias sanas para las naciones. *Desarrollo Científico de la Enfermera*. 1994; 5 (2): 5.
52. Astedt-Kurki P, Friedemann ML, Paavilainen E, Tammentie T, Paunonen-Ilmonen M. Assessment of strategies in families tested by Finnish families. *Int J Nurs Stud*. 2001 Feb;38(1):17-24. PubMed PMID: 11137719.
53. Köhler C, Friedemann ML. Verification of a family assessment instrument base on the framework of systemic organization. *Pflege*. 2006 Feb; 19(1): 23-32. PubMed PMID: 16523847.
54. Friedemann ML, Andrews M. Family support and child adjustment in single-parent families. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 1990 Oct-Dec; 13(4):289-301. PubMed PMID: 2133146.
55. Friedemann ML. Reunión de asesoramiento con docentes y estudiantes de Maestría en Enfermería con Énfasis en Salud Familiar. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; agosto 6 de 2009. En: García RA, Martínez ACH. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes. *Avances en Enfermería*. 2011; XXIX (1): 75-86.
56. Martín AL, Bayarre VH, La Rosa MY, Orbay AMC, Rodríguez AJ, Vento IF, et al. Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. *Rev Cubana Salud Pública [Internet]*. 2007 [Citado 3 ene 2007]; 33 (3) [aprox. 5p]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0864-34662007000300013&script=sci_abstract&lng=es

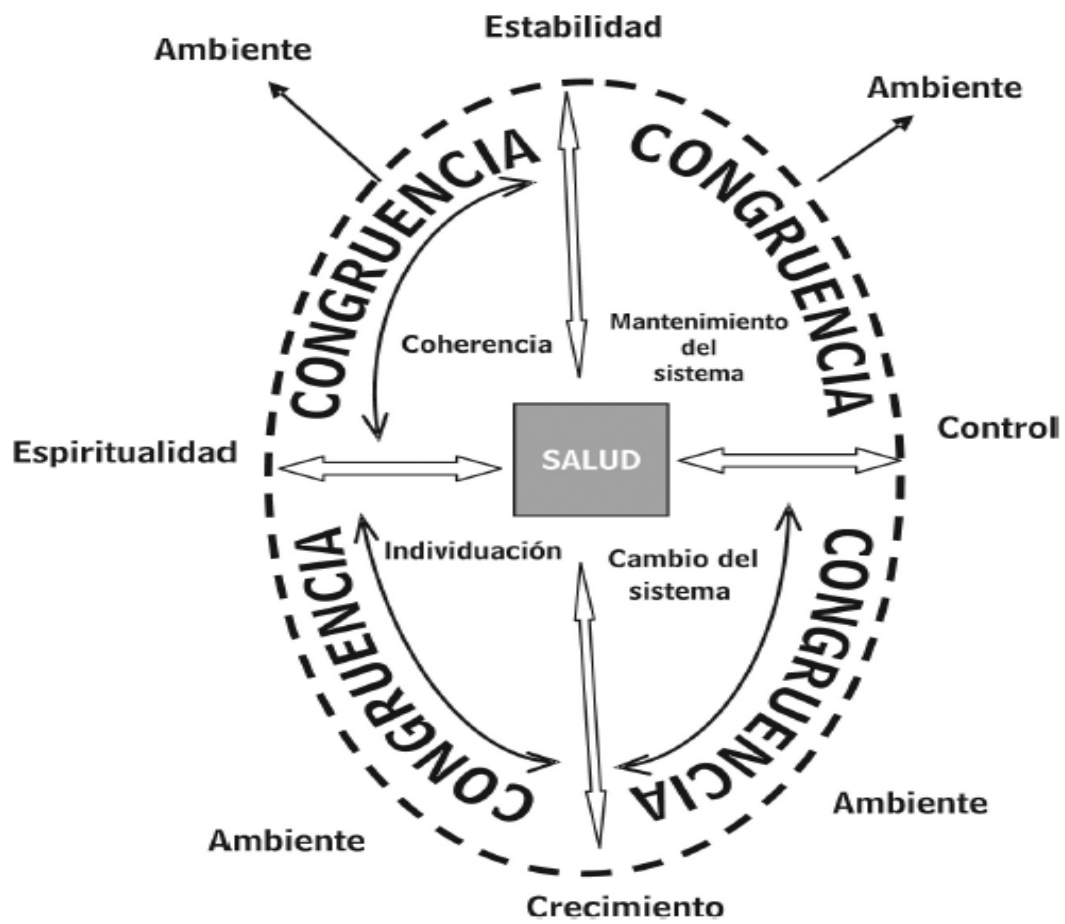
57. Acosta GM, Debs PG, De la Noval GL, Dueñas HA. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2005[citado 13 de agosto de 2012]; 21(3). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol21_3_05/enf08305.pdf
58. La Valle Ricardo. Evaluación del conocimiento sobre hipertensión en pacientes ambulatorios, hipertensos y no hipertensos, atendidos en Centros de Atención primaria de los servicios para los obreros de la construcción. Med. Fam. (B Aires) [Internet]. 1994 [citado 28 de julio de 2007]; 6(3-4):52-7. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILAC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=255538&indexSearch=ID>.
59. Mendoza PS, Muñoz PM, Merino EJM, Barriga OA. Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. Rev Med Chile [Internet]. 2006 [Citado 13 mayo 2007]; 134 (1): 65-71. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006000100009&lng=es&nrm=iso. ISSN 0034-9887
60. Orueta SR. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2005; 29 (1): 40-48.
61. Holguin L, Correa D, Arrivillaga M, Cáceres D, Varela M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención psicosocial. Univ. Psychol. Bogotá. 2006; 5(3): 535-547.

62. Reyes Saborit A. Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis [tesis]. Máster en Psicología de la Salud: Escuela Nacional de Salud Pública de La Habana, Cuba; 2003
63. Louro BI. La familia en la determinación de la salud. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2003 [Citado 22 nov 2007]; 29(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://scielo.unam.mx/scielo>
64. García MG, Landeros OE, Arriola MG, Pérez GAM. Funcionalidad Familiar y capacidad física los adultos mayores en una comunidad rural. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2007; 15(1): 21-26. Guadalajara BJJ. Cardiología. México: Méndez Editores; 1997.
65. Morales Núñez AG. Redes de apoyo familiar y la salud del adulto mayor [tesis]. Máster en población y salud: Universidad de Costa Rica; 2005.
66. Zavala-Rodríguez MR, Ríos-Guerra MC, García-Madrid G, Rodríguez-Hernández CP. Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. Aquichan. 2009; 9(3): 257-27.
67. Pérez MA, Leal HFJ, Picossi GS, Viedma FL, Fernández PC, Clavero ME. Cumplimiento farmacológico de los pacientes hipertensos en una zona rural: relación con la función familiar. Medicina de Familia. 2006; 1: 24-8.
68. Soria TR, Vega VCZ, Nava QC. Escala de adherencia para pacientes crónicos basada en comportamientos explícitos. Altern. Psicol [Internet]. 2009 [Citado 21 abril 2012]; 14 (20): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1405-339X2009000100008&script=sci_arttext

69. Friedemann ML, Montgomery RJ, Maiberger B, Smith AA. Family involvement in the nursing home: family-oriented practices and staff-family relationships. *Res Nurs Health*. 1997; 20(6): 527-537. PubMed PMID: 9397132.
70. Friedemann ML. An instrument to Evaluate Effectiveness in Family Functioning. *Western Journal of Nursing Research*. 1991; 13(2): 220-241. PubMed PMID: 2048313.
71. González MT, Landero HR. Autoeficacia y escolaridad como predictores de la información sobre VIH/SIDA en mujeres. *Revista de Psicología Social*. 2003; 18(1): 61-70.
72. Villamarín F. Autoeficacia: investigaciones en Psicología de la Salud. *Anuario de Psicología*. 1994; 61: 9-18.
73. Friedemann ML. *The Framework of Systemic Organization. A conceptual approach to families and nursing*. USA: Sage Publication; 1995.
74. Cruz AG, Pinal ME. Clínicas de hipertensión arterial, una necesidad en nuestra sociedad. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2004;12 (3): 92-93.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1. Esquema conceptual de la Teoría de la Funcionalidad Familiar⁷³



ANEXO 2. Instrumento de adherencia terapéutica y funcionalidad familiar.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

FOLIO

CUESTIONARIO ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

FECHA

--	--	--

Instrucciones: Elija una opción dentro de los cuadros y marque con una "X" o escriba con letra clara lo que se le pide en relación a los tres últimos meses. Le suplicamos contestar todas las preguntas. Recuerde que no existen respuestas buenas o malas. Si tiene alguna duda, pregunte al encuestador.

A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- ¿A qué género pertenece? Masculino Femenino
- ¿Qué edad tiene? _____ años.
- ¿Cuál es su estado civil? Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre Otro, especifique _____
- ¿A qué se dedica actualmente _____
- ¿Hasta qué grado escolar estudió? _____
- ¿Con quién vive actualmente? Esposa (o) Hijo(s) Padres Hermana(o) Otro, especifique: _____
- ¿Hace cuántos años le dijo el médico que usted padece hipertensión arterial? _____ años, _____ meses.
- En la actualidad el tratamiento que usted sigue es con (puede anotar más de una):
Medicamento Dieta Ejercicio Tés o hierbas Ninguno Otro, especifique _____

B. ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Instrucciones: En una escala del 0 al 100, qué calificación se pondría de acuerdo a qué tanto se asemeja lo que usted atiende su tratamiento y lo que dice el enunciado.

PREGUNTA	ESCALA DEL 0 AL 100										
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
9. Ingiero mis medicamentos de manera puntual.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10. No importa que el tratamiento sea por largo tiempo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
11. Me hago análisis clínicos en los periodos que el médico me indica.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
12. Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
13. Asisto a mis consultas de manera puntual.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
14. Atiendo las recomendaciones del médico en cuanto estar al pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi salud.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
15. Estoy dispuesto a dejar algo placentero como por ejemplo dejar de fumar o no ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

16. Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
17. Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
18. Después de haber iniciado un tratamiento para controlar mi presión arterial, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
19. Cuando me dan resultados de mis análisis clínicos, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
20. Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
21. Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer, se me olvida tomar mis medicamentos.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
22. Cuando los síntomas desaparecen, abandono el tratamiento.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
23. Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud, dejo el tratamiento.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
24. Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
25. Para que yo siga el tratamiento, es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
26. Me hago mis análisis clínicos periódicamente como me lo recomienda el médico, aunque no esté enfermo.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
27. Me inspira confianza que el personal de salud demuestren conocer mi enfermedad.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
28. Si sospecho que mi enfermedad es grave, hago lo que esté en mis manos para aliviarme.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
29. Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

C. FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Instrucciones: Este cuestionario comprende preguntas sobre la familia. Familia aquí son todas aquellas personas a las que considere como tal: familiares, parientes y amigos; son todas las personas que siente emocionalmente cercanos o que le preocupan de manera especial; puede ser que vivan en su casa o que vivan en otra parte, pero siempre manteniendo contacto más o menos estrecho. Marque con una "X" la respuesta que mejor describa a su familia.

	Nunca	A veces	Siempre
30. Mi familia tiene un propósito.			
31. Mi familia resuelve los problemas que se le presentan inesperadamente.			
32. Mi familia escucha y acepta las diferentes opiniones de sus integrantes.			
33. Mi familia discute lo que sus miembros aprenden en la familia.			
34. Mi familia escucha y acepta ideas fuera de la familia.			
35. Mi familia colabora en trabajos para la escuela, iglesia y comunidad.			
36. Mi familia acepta consejos de expertos (médicos, enfermeras, maestros, sacerdotes, otros).			
37. Mi familia define y refuerza roles y tareas por sexo.			
38. Mi familia dispone de tiempo para platicar, pasear y divertirse.			

39. Los integrantes de mi familia disponen de tiempo para sus cosas personales.			
40. En mi familia sabemos lo que hacen los demás integrantes.			
41. Mi familia tiene facilidad para hacer amigos.			
42. Mi familia recibe apoyo de las instituciones de asistencia social.			
43. Mi familia ayuda cuando alguien está enfermo.			
44. Todos los miembros de mi familia se relacionan con el vecindario.			
45. Mi familia se ayuda en situaciones difíciles.			
46. La salud es un valor importante en mi familia.			
47. Mi familia asume comportamientos saludables.			
48. Todos los miembros de mi familia desarrollan prácticas preventivas de salud y de autocuidado.			
49. En mi familia las decisiones son tomadas por los padres.			
50. En todos los miembros de mi familia hay unión y muestras de solidaridad.			
51. La salud es una prioridad en mi familia.			
52. En mi familia participan todos sus integrantes en la toma de decisiones.			
53. Mi familia motiva a sus integrantes al crecimiento personal y consecución de metas.			

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

ANEXO 3. Consentimiento informado.



Universidad Nacional Autónoma de México
División General de Estudios de Posgrado
Programa de Maestría en Enfermería



Fecha _____

Invitan a participar en la investigación: Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en personas con hipertensión arterial que acuden al servicio de consulta externa del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

Dicha investigación se realiza con el propósito de ampliar los conocimientos y la información con respecto a la relación que existe entre la adherencia al tratamiento de las personas con hipertensión arterial sistémica y el apoyo que reciben de sus familiares, lo que ayudará en un futuro a crear programas de educación y actividades de enfermería para disminuir complicaciones.

Esta investigación no representa riesgo alguno o repercusiones, ya que sólo se trata de responder por escrito un cuestionario. La información que proporcione será anónima y confidencial, únicamente con fines de investigación.

Nombre y firma del encuestado

Firma del investigador

ANEXO 4. Autorización de la institución de salud.