



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1  
CIUDAD OBREGÓN, SONORA**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL APEGO AL TRATAMIENTO  
FARMACOLÓGICO DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN  
ARTERIAL SISTÉMICA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. TATIANA CEBALLOS ROBLES**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL APEGO AL TRATAMIENTO  
FARMACOLÓGICO DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL  
SISTÉMICA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

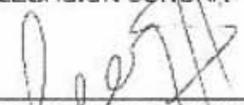
**DRA. TATIANA CEBALLOS ROBLES**

**AUTORIZACIONES**

  
\_\_\_\_\_  
**DR. JOSÉ LUIS ROBLES GUTIÉRREZ**

ASESOR DE TESIS

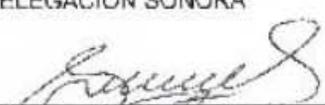
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 4  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SONORA

  
\_\_\_\_\_  
**DR. FERNANDO SOTO ACEVEDO**

PROFESOR TITULAR

CURSO ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS  
GENERALES

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SONORA

  
\_\_\_\_\_  
**DRA. CELINA BARRERAS GIL**

COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
MÉDICA ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SONORA

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL APEGO AL TRATAMIENTO  
FARMACOLÓGICO DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL  
SISTÉMICA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:  
TATIANA CEBALLOS ROBLES**

**AUTORIZACIONES**

  
**DR. EUSEBIO ROSALES PARTIDA**  
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL  
DELEGACIÓN SONORA

  
**DRA. BENITA ROSARIO URBAN REYES**  
COORDINADORA AUXILIAR DE EDUCACIÓN  
DELEGACIÓN SONORA

  
**DRA. CRUZ MÓNICA LÓPEZ MORALES**  
COORDINADORA AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DELEGACIÓN SONORA

**CD. OBREGÓN, SONORA, MÉXICO; 2016**

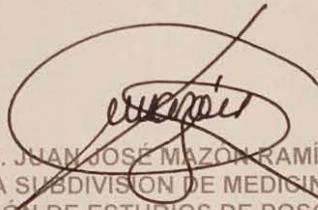
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL APEGO AL TRATAMIENTO  
FARMACOLÓGICO DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN  
ARTERIAL SISTÉMICA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. TATIANA CEBALLOS ROBLES

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

<b>ÍNDICE</b>	<b>PÁG</b>
I. Resumen.....	1
II. Introducción.....	2
III. Planteamiento del problema.....	6
IV. Justificación.....	7
V. Objetivos.....	8
VI. Hipótesis.....	9
VII. Material y métodos.....	10
VIII. Resultados.....	18
IX. Discusión.....	20
X. Conclusión.....	23
XI. Recomendaciones.....	24
XII. Bibliografías.....	25
XIII. Anexos.....	31

## **AGRADECIMIENTOS**

A DIOS Y A MIS PADRES, POR DARME LA VIDA Y LA OPORTUNIDAD DE EMPRENDER ESTA PROFESIÓN POR VOCACIÓN TODOS LOS DÍAS, A LA GENTE QUE ME RODEA, PRINCIPALMENTE MI FAMILIA, POR RECIBIR SUS BUENOS CONSEJOS Y EN GENERAL A MIS COMPAÑEROS DEL CURSO, POR ESA EMPATÍA Y ALEGRÍA DE CONTINUAR EN GRUPO Y ASÍ MISMO EL APOYO BRINDADO EN CADA UNA DE LAS SESIONES ACADÉMICAS.

A LOS COORDINADORES DE ESTE CURSO,  
POR SU APOYO INCONDICIONAL PARA CONTINUAR Y FINALIZAR CON ESTE  
PROYECTO DE SUPERACIÓN PERSONAL Y PROFESIONAL  
ASÍ COMO SU CONFIANZA HACIA MI PERSONA.

## **DEDICATORIA**

A MI FAMILIA, ESPECIALMENTE A MI MADRE, QUE DESDE UN INICIO DE MI FORMACIÓN COMO PROFESIONAL SE MANTUVO CERCA DE MÍ, APOYÁNDOME SIEMPRE EN CUALQUIER DECISIÓN, PROYECTO Y GUIÁNDOME POR EL CAMINO DE LA SABIDURÍA Y DEL BIEN QUE HACER.

A MI HIJO, GERMÁN FELIPE QUEVEDO CEBALLOS, POR SU ESPERA INCONDICIONAL, Y ESOS DÍAS AL LLEGAR A CASA Y RECIBIRME SIEMPRE CON ESA ALEGRÍA MI NIÑO, QUE MUCHAS VECES ESTUVE A PUNTO DE DESISTIR, PERO AQUÍ SIGO MI AMOR, GRACIAS A TI Y POR TI, SIEMPRE ADELANTE, HACIENDO POR VOCACIÓN LO QUE MÁS ME GUSTA.

MIS PADRES, MAGNOLIA ROBLES IBARRA Y JORGE LUIS CEBALLOS OSUNA  
A MIS HERMANOS, JORGE LUIS Y GERALDO CEBALLOS ROBLES.

POR SU APOYO, PACIENCIA, ENSEÑANZA Y AMISTAD  
A DRA. XÓCHITL ALICIA VIDÁURRAZAGA FLORES  
A DR. JOSÉ LUIS ROBLES GUTIÉRREZ

## **I.RESÚMEN**

### **TÍTULO:**

**Funcionalidad familiar en el apego al tratamiento farmacológico del paciente con hipertensión arterial sistémica en una unidad de medicina familiar.**

<sup>1</sup> Ceballos-Robles T. <sup>2</sup> Robles-Gutiérrez J.L., <sup>1</sup>Médico General, Alumna del Tercer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS. <sup>2</sup>Médico Familiar

**Introducción:** La Hipertensión Arterial es una patología crónica que afecta al paciente generalmente en edad adulta y que repercute en el grupo familiar. Genera alto costo al sector salud por su difícil control y su creciente aumento; de etiología multifactorial, resaltando los estilos de vida modernos tendientes al sedentarismo y patrones de alimentación; sin duda un factor importante para lograr cambios conductuales necesarios, en el apego al tratamiento es el apoyo familiar mismo que puede tener efectos positivos en el control de la enfermedad.

**Objetivo:** Determinar la influencia de la funcionalidad familiar en el apego al tratamiento farmacológico del paciente con Hipertensión Arterial Sistémica en una unidad de medicina familiar.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, analítico, prospectivo, transversal en la UMF No. 13 del IMSS en La Palma, Empalme, Sonora. Se estudiaron 77 pacientes, de 30 a 70 años de edad, se aplicó el Test FF-SIL (percepción de la funcionalidad familiar) y MBG (adherencia al tratamiento farmacológico), para medir la asociación entre ellos se aplicó Chi-cuadrada y Razón de momios.

**Resultados:** De 77 pacientes estudiados, con una media de edad de 53.90 años, se encontró que existe una relación estrecha entre ser familia funcional y tener una buena adherencia al tratamiento farmacológico, el 45.5% resultó ser familia funcional y 48.1% con apego total al tratamiento. Obteniendo un OR=4.86,  $p=0.001$  (IC 95%).

**Conclusión:** La funcionalidad familiar influye directamente en el apego al tratamiento farmacológico, pues la primera red de apoyo que tenemos es la familia y al tener una homeostasis familiar adecuada, la adherencia terapéutica será de la misma manera.

**Palabras clave:** *Apego al tratamiento, Funcionalidad familiar, Hipertensión arterial.*

## II.- INTRODUCCIÓN

La prevalencia de la Hipertensión Arterial en México es de 31.6%. Al igual que en otros países, la frecuencia de hipertensión se vincula con la edad, la obesidad y el género, y es el segundo motivo de consulta en el primer nivel de atención. Sólo 19.4% de los paciente hipertensos con tratamiento se encuentran controlados, esto es, con cifras de presión arterial menores de 140/90 mmHg. <sup>(1)</sup> Resultados similares se han encontrado en otras partes del mundo, el porcentaje de pacientes controlados varía de 5.4% en Corea a 58% en Barbados, en EUA es de 36.8%, en Egipto y China de 8%. <sup>(2)</sup>

La razón de esta epidemia de hipertensión descontrolada no es clara; se han realizado estudios de investigación que proponen diversas explicaciones, entra ellas la falta de observancia del tratamiento, la edad, el género, el estado civil, el costo de los fármacos, la comorbilidad y causas relacionadas con los sistemas de salud, entre otras más. <sup>(3)(4)</sup>

En México, tres instituciones gubernamentales suministran los servicios de salud pública. La población derechohabiente de la seguridad social es de 46.9% del total nacional; el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es la institución con mayor cobertura y atiende a 66.2% de dicha población. <sup>(5)</sup>

En un estudio comparativo realizado en siete ciudades de Latinoamérica y el Caribe, se encontró que las enfermedades crónicas causaban mayor alteración en las actividades instrumentales; además, es importante resaltar la alimentación, la cual constituye un aspecto fundamental en la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas. El apoyo familiar es importante para reforzar nuevos comportamientos, mejorando de esta manera el cumplimiento del tratamiento en las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial. <sup>(6)(7)</sup>

En Colombia, durante los últimos años, la mortalidad por enfermedades crónicas ha representado más del 25%; para el año 2005, la primera causa de muerte en mujeres fueron las enfermedades cardiovasculares y la quinta fue la diabetes. <sup>(8)</sup>

La familia es un grupo social primario, históricamente reconocido, en el que el individuo se inicia en el mundo y constituye la fuente principal de su felicidad. Sus miembros tienen en común una importante herencia biológica y cultural, donde se transmite a las

distintas generaciones normas, valores e identidades.<sup>(9)(10)</sup> Es el espacio donde se localizan las acciones de todas las instituciones sociales, por lo que las acciones dirigidas al mejoramiento de la vida deben tomar en consideración su importancia en el surgimiento, desarrollo y control de las enfermedades y alteraciones del bienestar biopsicosocial del hombre, sobre todo, aquellas que constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la mayoría de los países.<sup>(11)</sup>

Francisco Vázquez Nava en 2010, realizó un estudio en Tamaulipas donde incluyó 300 personas entre 30 y 50 años de edad, de cualquier sexo, 100 con diagnóstico de asma, 100 diabéticos tipo 2 y 100 sanos; esto con el fin de determinar si existe, y en qué grado, alteración de la dinámica familiar en paciente asmáticos. Se encontró una marcada disfunción de la dinámica familiar en cuanto a las funciones de adaptación (58%), participación (63%), crecimiento (61%) y afectiva (64%).

En 53% de los casos la pareja conyugal de los enfermos no cumple con las funciones familiares correspondientes, como: comunicación (59%), adjudicación de papeles (59%), satisfacción sexual (60%), afecto (56%) y toma de decisiones (59%). Concluyendo que sólo es factible tratar de manera adecuada a estos enfermos cuando se integra la participación activa de cada uno de los miembros de su familia.<sup>(12)</sup>

Nilsa María Salinas Camacho en 2009, en México, realizó un estudio para conocer las modificaciones que tiene la dinámica de la familia del paciente esquizofrénico, a partir del desarrollo de la enfermedad, estuvo integrada por 30 familias, aplicó la Escala de funcionamiento familiar de E. Espejel, Escala de Zarit, estudio socioeconómico y cuestionario sobre responsabilidades y apoyos familiares; donde demostró que la dinámica interna de la familia se ve afectada en función de la enfermedad, de las nuevas responsabilidades y de la economía familiar, lo que provoca una serie de conflictos internos que se reflejan en la disfuncionalidad de la familia en áreas esenciales como la comunicación, afectos, límites y modos de control de conducta, la ausencia de estos elementos en una familia se traduce en diversas patologías.<sup>(13)</sup>

Diana Olmedo López, en 2009, en México, realizó un estudio con 4 familias de paciente con diagnóstico clínico de probable Alzheimer de inicio temprano, donde aplicó una guía de entrevista a través de la visita domiciliaria al cuidador primario del paciente y determinó que la presencia de Alzheimer de inicio temprano provoca modificaciones

en el ciclo vital de la familia y de las funciones básicas que ésta tendría que cumplir. Las conductas más representativas que los pacientes tuvieron al inicio del padecimiento, fueron la confusión y las alucinaciones visuales o auditivas; el 75% de los pacientes tiene deterioro cognitivo que no les permite realizar actividades como vestirse, bañarse, comer y desplazarse dentro o fuera de casa. <sup>(14)</sup>

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Se podría considerar como una crisis dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros. Para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios de las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar. <sup>(15) (16)</sup>

Tanto la funcionalidad familiar, como la dinámica familiar se componen de un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia. La aptitud clínica del médico familiar consiste en el conjunto de capacidades expresadas en la identificación de signos y síntomas de la disfunción familiar, de indicadores para la integración y el uso de recursos para el diagnóstico y tratamiento. La aptitud del médico familiar ante la disfunción familiar se explora mediante el modelo integrador de la salud familiar; teniendo como fundamento el estudio de la familia como sistema, las pautas de conducta y convivencia, y el contexto social. <sup>(17)</sup>

En estudios longitudinales realizados en individuos desde la niñez hasta la adultez se ha demostrado que la adversidad del ambiente, las condiciones de pobreza y la conducta agresiva intrafamiliar se asocian a problemas sociopatológicos y psicopatológicos. La falta de apego al tratamiento implica grandes erogaciones económicas, ya que más de 10% de los ingresos hospitalarios se deben a esta causa. <sup>(18)</sup>

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento

de enfermedades crónicas. Se estima que, en general, un 20-50% de los pacientes no toma sus medicaciones como están prescritas. <sup>(19)</sup>

Los instrumentos que se utilizarán son el FF-SIL que mide la percepción de la funcionalidad familiar contiene 14 preguntas, a las que se les asigna una puntuación, y la suma de las respuestas totaliza un puntaje global que permite al investigador calificar a la familia como funcional (70 a 57 puntos), moderadamente funcional (56 a 43 puntos), disfuncional (42 a 28 puntos) y severamente disfuncional (27 a 14 puntos). La calificación se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada en la escala: casi nunca (1 punto), pocas veces (2 puntos), a veces (3 puntos), muchas veces (4 puntos) y casi siempre (5 puntos). Este instrumento fue validado en 1994, en la Ciudad de la Habana, Tesis de Maestría en Psicología de la Salud, Escuela Nacional de Salud Pública de La Habana. <sup>(20) (21)</sup>

El instrumento MBG (Martín-Bayarre-Grau) se utiliza para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial, consta de 12 preguntas. Su calificación se establece a partir de la estimación de un puntaje que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente, considerando como Adheridos Totales a los que obtienen de 38 a 48 puntos, Adheridos Parciales de 18 a 37 puntos y No Adheridos a los que obtienen entre 0 y 17. Para calcular la puntuación obtenida por cada paciente se asignó el valor 0 a la columna Nunca, 1 a Casi nunca, 2 para A Veces, 3 a Casi Siempre y 4 a Siempre, siendo 48 la totalidad de puntos posibles a alcanzar. Este instrumento fue validado y publicado en la revista cubana de salud pública vol.34 no.1 en Enero del 2008 de los autores Libertad Martín Alfonso; Héctor D. Bayarre Veá ; Jorge A. Grau Ábalo <sup>(22)</sup>.

### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En un primer plano exploratorio la funcionalidad familiar tendría que partir de dos supuestos: 1. La familia nuclear representa la estructura social más adecuada para el crecimiento y desarrollo óptimo del ser humano; y 2. Las posibles alteraciones en su funcionamiento familiar o dinámica familiar podrían provocar trastornos en el comportamiento de sus miembros, en especial de los más vulnerables biológica y psicológicamente y cuyas repercusiones a largo plazo serían difíciles de predecir. <sup>(23)</sup>

La funcionalidad familiar se ve afectada de distintas maneras cuando algún integrante de la familia presenta alguna patología crónica, como la hipertensión arterial, pues son mayores las atenciones y cuidados que éste requiere, por solo mencionar algunos ejemplos: estar siempre pendiente de la toma adecuada de su tratamiento, la especial alimentación que este paciente necesita y el sitio "adecuado" para su estancia dentro del hogar; y el resto de la familia viene a pasar prácticamente en un segundo plano, debido a la mayor atención que se requiere para estos pacientes con patología crónica, cambiando en la mayoría de los casos de una familia funcional a una no funcional; pues siempre hay cambio de roles en cada uno de los integrantes de la familia, tal vez éste sería uno de los puntos más importantes para la disfuncionalidad. Por ello en el planteamiento del problema concluimos con la siguiente pregunta:

**¿Cuál es la influencia de la funcionalidad familiar en el apego al tratamiento farmacológico del paciente con Hipertensión Arterial Sistémica en una Unidad de Medicina Familiar?**

#### **IV.- JUSTIFICACIÓN**

Para el paciente con hipertensión arterial es muy importante que siga su tratamiento de la forma más adecuada que se pueda, logrando así un mejor control metabólico, y una calidad de vida elevada, esto indudablemente se lograría con el apoyo familiar adecuado, a pesar de las repercusiones que esta conlleva.

Con la información que aquí se recabe se pretende conocer el apego al tratamiento y que tanta influencia tiene la familia respecto a ello. La utilidad de la información se tomará como punto de partida para planeaciones futuras consistentes en acciones de intervenciones médicas de educación para la salud.

Para el instituto sería de suma importancia, porque al conocer la problemática del desapego a los tratamientos farmacológicos y posteriormente incidir en ellos, nos permitirá reducir complicaciones que consumen una gran parte del presupuesto institucional. Además reduciría el número de pacientes en las unidades intensivas de cuidados con pacientes con patología crónica agregada tal es el caso que se menciona en este estudio que es la hipertensión arterial sistémica reduciendo costos tanto en insumos como recursos humanos para la atención al derechohabiente por un mal manejo derivado del desapego al tratamiento farmacológico.

## **V.- OBJETIVO DEL ESTUDIO**

Determinar la influencia de la funcionalidad familiar en el apego al tratamiento farmacológico del paciente con Hipertensión Arterial Sistémica en una unidad de medicina familiar.

## **VI.-HIPÓTESIS**

### **HIPOTESIS DE TRABAJO:**

La funcionalidad familiar influye directamente en el apego al tratamiento farmacológico del paciente con Hipertensión Arterial Sistémica de una Unidad de Medicina Familiar.

### **HIPOTESIS NULA:**

La funcionalidad familiar no influye en el apego al tratamiento farmacológico del paciente con Hipertensión Arterial Sistémica de una Unidad de Medicina Familiar.

## VII.- MATERIAL Y METODOS.

### **CARACTERISTICAS DEL LUGAR DONDE SE LLEVÓ A CABO EL ESTUDIO:**

La investigación se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 13 del Instituto Mexicano del Seguro Social, La Palma, Empalme, Sonora. En la consulta externa de medicina familiar, mismo donde se atienden entre 25 y 30 pacientes diarios en una jornada laboral de 8 horas. Es una población rural en donde su principal fuente de trabajo son las labores del campo, donde el principal proveedor es el padre de familia y las mamás se dedican al cuidado de los hijos y del hogar. Los derechohabientes del IMSS UMF No. 13 son de poblaciones rurales y ejidales aledañas al poblado La Palma, solo por mencionar algunas: Mi patria es primero, Poblado Morelos, El Úrsulo Galván, entre otros.

### **DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO**

Se trata de una investigación observacional, analítica, prospectivo y transversal.

### **VARIABLES:**

#### **Independiente: Funcionalidad familiar**

**Definición conceptual:** Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

**Definición operacional:** Se operacionalizará a través del instrumento de medición llamado Test FF-SIL es un instrumento validado en la década de los 90 para evaluar cualitativamente la función familiar y adaptado para México (De la Cuesta D, Pérez-González E, Louro-Bernal I. Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento. Tesis de Maestría en Psicología de la Salud. Ciudad de La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública de La Habana, 1994).

#### **Dependiente: Apego al tratamiento farmacológico**

**Definición conceptual:** Se refiere a la adherencia y seguimiento que tiene el paciente respecto a su tratamiento farmacológico, es decir que se lo tome a la hora adecuada, y la dosis indicada por su médico tratante.

**Definición operacional:** Se operacionalizará a través del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial,

instrumento ya validado y publicado en la revista cubana de salud pública vol.34 no.1 en Enero del 2008 de los autores Libertad Martín Alfonso; Héctor D. Bayarre Veá ; Jorge A. Grau Ábalo.

<b>Variable</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Indicador</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Variable dependiente: Apego al tratamiento farmacológico</li> </ul>	Cualitativa Ordinal	1.Adheridos: 38 a 48 puntos 2.No Adheridos: 0 a 37 puntos
<ul style="list-style-type: none"> <li>Variable independiente: Funcionalidad familiar</li> </ul>	Cualitativa Nominal	1.Familia funcional: 43 a 70 puntos 2.Familia no funcional: 42 a 14 puntos

#### **UNIVERSO DE TRABAJO:**

La unidad de medicina familiar número 13, La Palma, Empalme, Sonora, cuenta con una población adscrita de 5041 derechohabientes, de los cuales 226 son personas con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica.

#### **CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

##### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes con hipertensión arterial de 30 a 70 años de edad.
- Que deseen participar en el estudio.
- Que asistan a la consulta externa.
- Ambos sexos.
- Pacientes con o sin complicaciones crónicas a causa de la hipertensión.

**Criterios de exclusión:**

-Paciente que no viva con su familia.

**Criterios de eliminación:**

-Que se arrepienta de participar en la investigación.

-Que las condiciones de salud no le permitan seguir con el estudio.

**MUESTRA**

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

$$n = \frac{(226)(1.96)^2 (.10) (.66)}{(0.05)^2 (225) + (1.96)^2 (.10) (.66)}$$

$$n = \frac{(226) (3.8416) (.10) (.66)}{(0.0025) (225) + (3.8416) (.10) (.66)}$$

$$n = \frac{57.3013056}{0.5625 + 0.2535}$$

$$n = \frac{57.3013056}{0.8160456}$$

$$n = 70$$

N = POBLACION TOTAL 226

Z $\alpha^2$  = 1.96 (SEGURIDAD 95%)

p = PROPORCION ESPERADA (10%)

q = 1 – p (.66)

d = PRESICION 5%

n = TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Más 10 % de pérdidas: 77 pacientes

El tamaño de la muestra de 77 pacientes, se obtuvo tomando en cuenta una confiabilidad del 95%, un margen de precisión del 5% y una proporción esperada del

10%, en una población total de pacientes adscritos a la UMF 13, a lo que se le añadió el 10% de pérdidas, tipo de muestreo aleatorio simple.

### **DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:**

Se realizó un estudio de tipo observacional, analítico, prospectivo y transversal, a 77 pacientes de 30 a 70 años, ambos sexos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, adscritos a la UMF No. 13 de La Palma, Empalme, Sonora, aplicando el test FF-SIL para valorar la Funcionalidad Familiar, consta de 14 reactivos; también se utilizó el cuestionario MBG para valorar la Adherencia al tratamiento, consta de 12 reactivos.

### **INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

Test de funcionamiento familiar (FF-SIL): es un instrumento construido por Master en Psicología de Salud para evaluar cuantitativamente y cualitativamente la funcionalidad familiar, el cual mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad, validado en la década de los 90.

Este Test de funcionamiento familiar FF-SIL. Consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, para un total de 14, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento.

No. De situaciones	Variables que mide
1 y 8	Cohesión
2 y 13	Armonía
5 y 11	Comunicación
7 y 12	Permeabilidad
4 y 14	Afectividad
3 y 9	Roles
6 y 10	Adaptabilidad

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos.

Escala cualitativa	Escala cuantitativa
Casi nunca	1 punto
Pocas veces	2 puntos
A veces	3 puntos
Muchas veces	4 puntos
Casi siempre	5 puntos

Cada situación es respondida por el usuario mediante una cruz (x) en la escala de valores cualitativas, según su percepción como miembro familiar. Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera:

De 70 a 57 puntos. Familia funcional

De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional

De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional

De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional

El cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial, instrumento ya validado y publicado en la revista cubana de salud pública vol.34 no.1 en Enero del 2008 de los autores Libertad Martín Alfonso; Héctor D. Bayarre Vea ; Jorge A. Grau Ábalo

Se confeccionaron los ítems en forma de 12 afirmaciones que recorren las categorías que se considera conforman la definición operacional de adherencia terapéutica. Se le da al paciente la opción de respuesta en una escala Lickert compuesta por cinco posibilidades que van desde Siempre hasta Nunca, marcando con una X la periodicidad que considera ejecuta lo planteado. El cuestionario recoge además, datos generales del paciente (nombre, edad, sexo, ocupación, años de diagnosticada la

enfermedad e información acerca del tratamiento médico que tiene indicado: medicamentoso y/o higiénico-dietético.

Su calificación se estableció a partir de la estimación de un puntaje que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente, considerando como Adheridos Totales a los que obtienen de 38 a 48 puntos, Adheridos Parciales de 18 a 37 puntos y No Adheridos a los que obtienen entre 0 y 17, de modo que se pueda cuantificar con rapidez la respuesta del paciente y determinar tres tipos o niveles de adherencia al tratamiento: Total, Parcial y No adherido.

Para calcular la puntuación obtenida por cada paciente se asignó el valor 0 a la columna Nunca, 1 a Casi nunca, 2 para A Veces, 3 a Casi Siempre y 4 a Siempre, siendo 48 la totalidad de puntos posibles a alcanzar.

### **VALIDEZ DEL INSTRUMENTO**

El FF-SIL es un instrumento validado en la década de los 90 para evaluar cualitativamente la función familiar (De la Cuesta D, Pérez-González E, Louro-Bernal I. Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento. Tesis de Maestría en Psicología de la Salud. Ciudad de La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública de La Habana, 1994). Este cuestionario permite evaluar la *cohesión* (unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas), la *armonía* (correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo), la *comunicación* (los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias en forma clara y directa), la *permeabilidad* (capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones), la *afectividad* (capacidad de los miembros de la familia de vivir y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros), los *roles* (cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar), y la *adaptabilidad* (habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera).

Para el cuestionario MBG (Martin Bayarre Grau) Se utilizó la metodología propuesta por *Moriyama*, para evaluar la calidad de su construcción y la correspondencia de los ítems con la definición operacional y las categorías que la componen. El instrumento resultó con Alfa de Chronbach de 0.694. Mostro ser confiable.

La estructura y formulación de las preguntas del cuestionario fue sometido a un proceso de validación de contenido por criterio de expertos. El criterio de los jueces expertos se utilizó para evaluar la correspondencia de los ítems en relación con la definición operacional y las categorías propuestas y para evaluar el cuestionario de acuerdo a las cinco propiedades básicas formuladas por *Moriyama*. La respuesta de los expertos, valoración que ellos realizaron sobre las referidas propiedades se recogió a través de una escala ordinal que incluyó: Mucho, Poco y Nada.

El cuestionario de validación fue sometido, antes de su aplicación con el objetivo de validación, a un proceso de pilotaje. Fue aplicado a cinco investigadores considerados como expertos, cuyas sugerencias permitieron su corrección quedando así confeccionado el cuestionario de validación definitivo, presente en este estudio.

Publicado en la revista cubana de salud pública Volumen 34 de la Habana de enero a mayo del 2008.

Se calculó el intervalo de muestreo mediante la siguiente fórmula:

$$nM = \frac{U}{M}$$

$$nM = \frac{226}{77}$$

$$nM = 2.9 (3)$$

U=universo de trabajo

M=muestra requerida

Primeramente se hizo una rifa mediante tómbola en el cual resultó el número 3, donde se inició la selección de pacientes partiendo del 3 con un intervalo de 3 hasta completar

los 77 pacientes requeridos para el estudio. A ellos les fue solicitado autorización mediante consentimiento informado para ser incluido en el estudio de investigación. Una vez obtenida la autorización se le indicó que contestara los instrumentos en forma anónima con el fin de obtener información fidedigna. La aplicación de las encuestas se llevó a cabo en la sala de espera de la unidad posterior a su consulta. Se procedió a realizar diariamente la misma actividad hasta completar la muestra requerida.

La variable dependiente es apego al tratamiento farmacológico, y la independiente es la funcionalidad familiar. Se eligieron a los pacientes después de terminar la consulta externa (de cualquier turno), se aplicaron los instrumentos de medición correspondientes, siempre y cuando el paciente contara con todos los criterios de inclusión mencionados en el estudio.

### **ANALISIS ESTADISTICO**

Una vez obtenidas la totalidad de encuestas, se vaciaron en hoja de recolección de datos y posteriormente se capturaron en paquete estadístico para procesar y presentar en gráficas y tablas, para medir la asociación entre ellos, se aplicó Chi-cuadrada y Razón de momios, a través del SPSS versión 20.

### **ASPECTOS ÉTICOS**

En este estudio no se perjudican los principios de justicia, beneficencia y de respeto, por ser un estudio de análisis en el cual la integridad del paciente no se pone en riesgo, se considera un estudio de riesgo nulo. Por ello se elaboró carta de consentimiento informado para cada paciente, para que de manera libre y voluntaria decida participar en nuestro estudio.

## VIII. RESULTADOS

Se estudió un total de 77 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica, 32 (41.6%) corresponden al género masculino y 45 (58.4%) al género femenino. La media de edad fue de 53.90 años +/- 11.94, al estratificar la edad en años fue: de 30-49 años corresponden 32 (41.6%) pacientes; de 50-60 años 14 pacientes (18.2%) y con más de 60 años 31 pacientes (40.3%). (Tabla 1)

En cuanto a la tipología familiar se encontró que 33 (42.9%) de los pacientes corresponden a una familia nuclear, 29 (37.7%) a una extensa y 15 (19.5%) a una familia monoparental. Así mismo, se puede observar el tiempo de evolución de la hipertensión arterial sistémica en los pacientes estudiados encontrándose a 15 pacientes (19.5%) con menos de 1 año de evolución, 23 (29.9%) de 1 a 2 años, 39 (50.6%) con más de 3 años de evolución. (Tabla 1)

De acuerdo a la ocupación se observó que en el rubro de desempleados fueron 3 (3.8%), obreros 11 (14.2%), jornaleros 17 (22.0%), pensionados 10 (12.9%) y 36 (46.7%) se dedicaban al hogar. En cuanto al grado de escolaridad 13 (16.8%) pacientes sin escolaridad, con primaria completa e incompleta encontramos 40 (51.9%), secundaria completa e incompleta, fueron 8 (10.3%) y 3 (3.8%) respectivamente, con preparatoria completa 5 (6.4%) paciente, preparatoria incompleta 7 (9.0%) y con carrera técnica 1 (1.2%). (tabla1)

En cuanto a la percepción de la funcionalidad familiar empleando el instrumento FF-SIL, se obtuvo que 35 pacientes (45.5%) tienen una percepción funcional de su familia y 42 (54.5%) una percepción no funcional. También, se observó la frecuencia en la adherencia al tratamiento farmacológico encontrando 37 (48.1%) pacientes con una adherencia total y 40 (51.9%) sin adherencia al tratamiento farmacológico, (tabla 1).

Al asociar las variables funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento farmacológico se obtuvo que de los 35 pacientes captados con funcionalidad familiar, 24 se encontraban con adherencia total al tratamiento y 11 pacientes no adheridos. De tal manera, que, 42 pacientes resultaron ser familias no funcionales, y, de éstos, 13 se

encontraban con adherencia total y 29 no adheridos, (tabla 2). En la asociación de estas variables se encontró un OR=4.86,  $p=0.001$  (IC 95%), (tabla 2), (gráfico1).

## IX. DISCUSIÓN

En el presente estudio encontramos que los pacientes estudiados tenían la mayoría de ellos más de 3 años de evolución con la hipertensión arterial, y con un rango de edad de 30 a 49 años, con una media de 53.90 años, lo cual estamos hablando de adultos relativamente jóvenes, esto nos lleva a pensar en un alto riesgo de complicaciones propias de esta enfermedad, por haber tenido la entidad clínica desde muy temprana edad, poniendo en manifiesto las implicaciones financieras y sociales de la misma.

Por su parte, *Marín Reyes* (2001), 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.<sup>(24)</sup> lo cual es similar a lo encontrado en nuestro estudio donde se observó una mayor proporción de personas no adheridas a tratamiento farmacológico con familia no funcional.

En este mismo sentido, *Castañeda Hernández* (2013), en El Salvador, realizó un estudio, denominado “Tipo de funcionalidad familiar más frecuente en pacientes con hipertensión arterial crónica no controlada”, donde encontró que el tipo de funcionalidad familiar más frecuente entre los pacientes hipertensos controlados, como los no controlados es el tipo de familia funcional; pero también que es más frecuente la moderada funcionalidad y la disfunción familiar en pacientes con un mal control de la TA según la clasificación del test FF-SIL<sup>(25)</sup>, lo cual difiere con nuestro estudio donde se apreció que la mayor proporción de pacientes con hipertensión arterial sistémica adheridos y no adheridos farmacológicamente tenían familias no funcionales.

*La Rosa y colaboradores* (2007), en Cuba, han realizado varios estudios concernientes a la adherencia terapéutica, en uno de ellos se trabajó con pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica y se apreció 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. Y otro de los estudios realizados "El cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente", destacándose que, desde el punto de vista psicosocial el papel de la familia como red de apoyo social 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 de salud proteger su integridad y funcionamiento. <sup>(26)</sup> <sup>(27)</sup> Lo cual coincide con nuestros resultados, donde el 54.5% de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica resultaron con una percepción familiar no funcional de los cuales el 72.5% no tenía adherencia al tratamiento farmacológico.

En este orden de ideas se puede citar a, *Dos Santos y Tolstenko* (2012), en Brasil, quienes mencionan que la adhesión al tratamiento constituye una pieza fundamental en el control de la presión arterial, y que éste, depende del paciente, los profesionales de la salud, la familia y la comunidad. Encontrando 146 consecuencias para el control o descontrol de la presión arterial, incluyendo la armonía familiar, con un mayor control de la tensión arterial. <sup>(28)</sup> Al igual que en este estudio donde encontramos que el ser una familia funcional es primordial para tener una adherencia terapéutica total, pues la familia y el apoyo de la misma, sigue siendo el principal pilar de la sociedad.

Otro dato interesante por resaltar, es la asociación que hubo entre ser una familia nuclear (42.9%) y ser una familia funcional (45.5%); 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.

Nuestros pacientes tienen una no adherencia terapéutica al tratamiento, que se corresponde con el grado de no funcionalidad familiar, al igual que en un estudio realizado en población rural, donde los pacientes mal cumplidores tienen mayor porcentaje de disfunción familiar.<sup>(29)</sup> 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 dependiente de cuidado, pero que además realice de manera conjunta dichos cambios.

## **X. CONCLUSIÓN**

La funcionalidad familiar influye directamente en el apego al tratamiento farmacológico del paciente con hipertensión arterial sistémica, pues en nuestro estudio encontramos que el ser una familia funcional es importante, pues la primera red de apoyo que tenemos es nuestra familia y al tener una homeostasis familiar adecuada, la adherencia terapéutica será de la misma manera.

Cabe mencionar que, la disfuncionalidad familiar encontrada en este estudio fue de 42 pacientes, similar a lo reportado en otros estudios, por lo que resulta importante que el médico familiar determine los factores que influyen en este proceso, para poder intervenir ya sea modificándolos o eliminándolos.

Considerando los resultados obtenidos se concluye que se logró encontrar asociación de la adherencia total al tratamiento farmacológico y una funcionalidad familiar en pacientes de 30 a 70 años, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 13, La Palma, Empalme, Sonora. Lo cual es una teoría concluyente para considerarse aceptada, ya que la evaluación de la funcionalidad familiar y la dinámica familiar es una de las características que más distinguen al médico de familia de otras especialidades médicas, por esta razón, debe utilizar esta herramienta como parte del manejo integral de sus pacientes.

De tal manera, que el apoyo que recibe el paciente con hipertensión arterial de su familia se convierte en un factor protector y pieza clave para lograr un adecuado control de la enfermedad; se requiere seguir investigando en este sentido, pues las alteraciones en una familia no funcional, desempeñan un papel importante en el control de los pacientes con enfermedades crónicas.

## **XI. RECOMENDACIONES**

Por lo anterior comentado se aconseja y sugiere a los nuevos estudios a realizar sobre este tema, la importancia de indagar con otros instrumentos que valoren la funcionalidad familiar, y nos permitan una mejor orientación, para determinar que la adherencia al tratamiento farmacológico de cualquier enfermedad, crónico degenerativa principalmente, depende en gran parte del funcionamiento familiar.

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. La Medicina Familiar 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 y buscando diferentes estrategias para lograrlo.

## XII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta nacional de salud y nutrición 2012: resultados nacionales. [Internet]. México: Secretaría de Salud; [2012, Consultado el 23 de Agosto 2014]. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

2.- Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Whelton PK, He J. Worldwide prevalence hypertension a systematic review. J Hypertens. [Internet]. 2010 [Consultado el 22 de Agosto 2014]; 22 (1)[11-19]. Disponible en: [http://www.researchgate.net/publication/8597973\\_Worldwide\\_prevalence\\_of\\_hypertension\\_A\\_systematic\\_review](http://www.researchgate.net/publication/8597973_Worldwide_prevalence_of_hypertension_A_systematic_review)

3.- Victor RG, Leonard D, Hess P, Bhat DG, Jones J, Vaeth PA, et al. Factors associated with hypertension awareness, treatment, and control in Dallas County, Texas. Arch Intern Med. [Internet]. 2011 [Consultado el 1° de Septiembre 2014]; 168 (12) [1285-1293]. Disponible en: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=414320>

4.- Inciardi JF, McMahon K, Sauer BL. Factors associated with uncontrolled hypertension in an affluent elderly population. Ann pharmacother 2010; 37(4): 485-489.

*Revisado*  
*[Firma]*  
*29 jul 15*

5.- Instituto Nacional Estadística y Geografía. Síntesis metodológica y conceptual del censo de población y vivienda. [Internet]. México: INEGI; [2010, Consultado el 3 de Octubre 2015]. Disponible en: [http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/sm\\_cpv2010.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/sm_cpv2010.pdf)

6.- Duran A, Valderrama L, Uribe AF, González A, Máximomolina J. Enfermedad crónica en adultos mayores. Univ Méd Bogotá. [Internet]. 2010 [Consultado el 6 de Octubre 2014]; 51 (1) [16-28]. Disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/V51n1/Universitas%20M%E9dica%20Vol.%2051%20No.%201/Enfermedad%20C%F3nica.%20P%E1g.%2016-28.pdf>

7. - Wagner EH. The role of patient teams in chronic disease management. Br Med J. [Internet]. 2010 [Consultado el 13 de Octubre 2014]; 320(5) [569-72]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117605/pdf/569.pdf>

8.- Satir V. Teoría de la comunicación: un proceso de dar y recibir información. En: Psicoterapia familiar conjunta. México: Prensa Mexicana; 2008. P. 86-88.

9.- Pérez C. La familia en su etapa de formación. Rev Cubana Med Gen Integr. [Internet]. 2009 [Consultado el 15 de Octubre 2014]; 15(3) [237-40]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15\\_3\\_99/mgi03399.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_3_99/mgi03399.pdf)

10.- Luque A, González P, Mesa E, Mauroset R. Algunos factores psicosociales en la dinámica familiar en un sector del médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr 1996; 12(1):39-43.

11.- Almagro D. Tendencias actuales y futuras de la terapia de familias. Rev Cubana Med Gen Integr. [Internet]. 2006 [Consultado el 15 de Octubre 2014]; 16(3) [298-330]. Disponible en: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=23166&id\\_seccion=944&id\\_ejemplar=2390&id\\_revista=69](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=23166&id_seccion=944&id_ejemplar=2390&id_revista=69)

Recibido  
29/07/15

12. Vázquez Nava F. El paciente asmático y su dinámica familiar. Rev Alergia Mex. [Internet]. 2010 [Consultado el 22 de octubre 2014]; 50(6) [214-219]. Disponible en: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=18650&id\\_seccion=64&id\\_ejemplar=1931&id\\_revista=12](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=18650&id_seccion=64&id_ejemplar=1931&id_revista=12)

13.- Universidad Ramón Llull, Ribé-Buitrón. El cuidador principal del paciente con esquizofrenia: calidad de vida, carga del cuidador, apoyo social y profesional. [Internet]. España: Univ Ramón Llull; [2009, Consultado el 25 de Octubre 2014]. Disponible en: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/146134/tesis%20doctorado%20ribe.pdf?sequence=1>

14.- González-Juanate JR, Mazón-Ramos P. Prevención primaria farmacológica en hipertensión arterial y dislipidemia. Rev Esp Cardiol. [Internet]. 2008 [Consultado el 25 de Octubre 2014]; 61(8) [861-79]. Disponible en: [http://pdf.revvespcardiol.org/watermark/ctl\\_servlet? f=10&pident\\_articulo=13124997&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=25&ty=63&accion=L&origen=cardio&web=www.revvespcardiol.org&lan=es&fichero=25v61n08a13124997pdf001.pdf](http://pdf.revvespcardiol.org/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13124997&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=63&accion=L&origen=cardio&web=www.revvespcardiol.org&lan=es&fichero=25v61n08a13124997pdf001.pdf)

15.- Pérez-Martín MM, Delgado-Cruz A, Naranjo-Ferregut JA, Álvarez-González K, Díaz-Reyno RC. Medio familiar de los adultos mayores. Rev Ciencias Med. [Internet]. 2012 [Consultado el 25 de Octubre 2014]; 16(1) [97-104]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v16n1/rpr12112.pdf>

16.- La Biblioteca Cochrane Plus. La gestión del paciente mayor con patología crónica. Rev Med Clín CONDES. [Internet]. 2012 [Consultado el 4 de Noviembre 2014]; 23(1) [107-108]. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet? f=10&pident\\_articulo=90361768&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=202&ty=67&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v23n01a90361768pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90361768&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=202&ty=67&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v23n01a90361768pdf001.pdf)

*Revisión*  
*[Firma]*  
*29/07/15*

17.- Huerta-González JL. Repercusiones familiares de la enfermedad crónica. En: Medicina familiar: la familia en el proceso salud-enfermedad. México: Alfíl; 2005 p.153-161

18.- Sociedad Andaluza de Medicina de Familia: grupo de hipertensión arterial. Manual de hipertensión arterial en la práctica clínica de atención primaria. [Internet]. España: Sociedad Andaluza de Medicina de Familia; [2006, Consultado el 20 de Julio 2014]. Disponible en: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTCardioHTA/20091.pdf>

19. - Kripalani S, Yao X, Haynes B. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions. Arch Intern Med. [Internet]. 2011 [Consultado el 5 de Noviembre 2014]; 167(6) [540-550]. Disponible en: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinte.167.6.540>

20.- Vásquez-Garibay EM, Sánchez-Talamantes E, Navarro-Lozano ME, Romero-Velarde E, Pérez-Cortés L, Kumazawua-Ichikawa MR. Instrumento de medición de la dinámica familiar nuclear mexicana un enfoque cuantitativo. Bol Med Hosp Infant Mex. [Internet]. 2003 [Consultado el 4 de Noviembre 2014]; 60(1)[33-52]. Disponible en: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=10837&id\\_seccion=981&id\\_ejemplar=1116&id\\_revista=20](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=10837&id_seccion=981&id_ejemplar=1116&id_revista=20)

21.- Ortega VT, De la Cuesta D, Díaz RC. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. Rev Cubana Enferm. [Internet]. 1999 [Consultado el 25 de noviembre 2014]; 15(3):[164-8]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v15n3/enf05399.pdf>

*Revisión*  
*29 jul 15*

22. Martín- Alfonso L, Bayarre-Vea H, Grau- Ábalo J. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Rev Cub Salud Pública. [Internet]. 2008 [Consultado el 28 de Julio de 2013]; 34(1). Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S086434662008000100012&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S086434662008000100012&script=sci_arttext)
23. Resendez-Jasso M, Rodríguez-González A. Familias con algún integrante con secuelas de enfermedad vascular cerebral y disfunción familiar. Rev Universit. [Internet]. 2013 [Consultado el 25 de Octubre 2014]; 15(61) [159-164]. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet? f=10&pident\\_articulo=90268806&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=304&ty=129&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=304v15n61a90268806pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90268806&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=304&ty=129&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=304v15n61a90268806pdf001.pdf)
24. Marín-Reyes F, Rodríguez-Moran M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Rev Salud Pública Mex. [Internet]. 2011 [Consultado el 22 de Noviembre 2014]; 43 (4)[336-339]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v43n4/5900.pdf>
25. Universidad de el Salvador, Castañeda-Hernández MJ. Tipo de funcionalidad familiar más frecuente en pacientes con hipertensión arterial crónica no controlada. [Internet]. EL Salvador: Universidad de El Salvador; [2013, Consultado el 20 de Julio 2015]. Disponible en: [www.medicina.ues.edu.sv/index.php?option=com\\_docma](http://www.medicina.ues.edu.sv/index.php?option=com_docma)
26. La Rosa MY, Martín AL, Bayarre VH. Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. Rev Cubana Med Gen Integr. [Internet]. 2007 [Consultado el 28 Noviembre 2014]; 23(1). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mqi/vol23\\_01\\_07/mqi06107.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mqi/vol23_01_07/mqi06107.htm)
27. 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 [Consultado el 3 Enero 2015]; 33 (3). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33\\_3\\_07/spu13307.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_3_07/spu13307.htm)

*Revisión*  
*[Firma]*  
29/07/15

28. Dos Santos R, Tolstenko-Nogueira L. Contribución familiar en el control de la hipertensión arterial. Rev Lat Enfermagem. [Internet]. 2012 [Consultado el 15 de noviembre 2014]; 16(5) [1-11]. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlad/y16n5/es\\_12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlad/y16n5/es_12.pdf)

29. 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. Med Fam. [Internet]. 2006 [Consultado el 15 de Octubre 2014]; 7(1)[24-8]. Disponible en: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/V7n1/05.pdf>

Revisado  
29/09/14

### XIII.- ANEXOS

#### ANEXO 1

Tabla 1. Variables sociodemográficas y familiares.

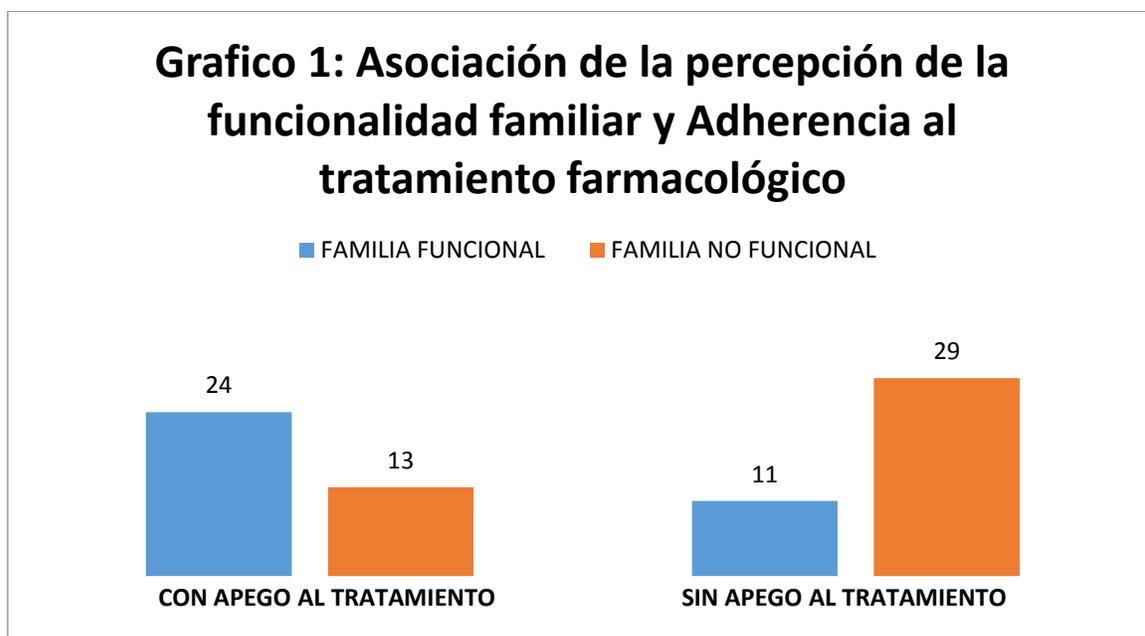
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>GÉNERO</b>		
• Femenino	45	58.4%
• Masculino	32	41.6%
<b>EDAD</b>		
• 30-49 años	32	41.6%
• 50-60 años	14	18.2%
• Mayor de 60 años	31	40.3%
<b>TIPO DE FAMILIA</b>		
• Nuclear	33	42.9%
• Extensa	29	37.7%
• Monoparental	15	19.5%
<b>TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL</b>		
• Menor de 1 año	15	19.5%
• De 1 a 2 años	23	29.9%
• Más de 3 años	39	50.6%
<b>OCUPACIÓN</b>		
• Desempleado	3	3.8%
• Obrero	11	14.2%
• Jornalero	17	22.0%
• Pensionado	10	12.9%
• Hogar	36	46.7%
<b>ESCOLARIDAD</b>		
• Sin escolaridad	13	16.8%
• Primaria completa	20	25.9%
• Primaria incompleta	20	25.9%
• Secundaria completa	8	10.3%
• Secundaria incompleta	3	3.8%
• Preparatoria completa	5	6.4%
• Preparatoria incompleta	7	9.0%
• Carrera técnica	1	1.2%
<b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR (FF-SIL)</b>		
• Familia funcional	35	45.5%
• Familia no funcional	42	54.5%
<b>ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (MBG)</b>		
• Adherencia total	37	48.1%
• No adheridos	40	51.9%

Fuente: hoja de recolección de datos

**Tabla 2. Asociación entre Percepción de la funcionalidad familiar (FF-SIL) y adherencia al tratamiento farmacológico (MBG)**

		Adherencia al Tratamiento Farmacológico (MBG)		Total
		Adherido total	No Adherido	
Percepción de la Funcionalidad Familiar (FF-SIL)	Familia funcional	24	11	35
	Familia no funcional	13	29	42
Total		37	40	77
OR: 4.86 P:0.001 (IC 95%)				

Fuente: hoja de recolección de datos



Fuente: hoja de recolección de datos

## ANEXO 2

Tipo de familia: Nuclear\_\_ Extensa \_\_ Monoparental \_\_

Edad 10 a 19 \_\_ 20 a 49 \_\_ 50 a 60 \_\_ Mayor de 60 \_\_

Tiempo de evolución Menor de 1 año \_\_\_\_ De 1 a 2 años \_\_\_\_ Más de 3 años \_\_\_\_

### ***Test de percepción del funcionamiento familiar.***

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. clasifique y marque con una X su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

	1 Casi nunca	2 Pocas Veces	3 A veces	4 Muchas veces	5 Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía.					
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

### ANEXO 3

Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín, Bayarre, Grau).

Estimado paciente:

*Solicitamos su colaboración para estudiar cómo se comporta el cumplimiento de las indicaciones orientadas a los pacientes con hipertensión arterial. Solo debe de dar respuesta a las preguntas que aparecen a continuación: le garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para este estudio. Muchas gracias.*

Nombre:			
Edad:	Sexo:	Ocupación:	
Nivel de escolaridad:		Consultorio:	
Años de diagnosticada la enfermedad:			

A) De las indicaciones que aparecen a continuación marque con una X, cuál o cuáles le ha indicado su médico.

Tratamiento higiénico-dietético:	
1. Dieta sin sal o baja en sal:	
2. Consumir grasa ni animal:	
3. Realizar ejercicio físico:	

B) Tiene Usted indicado tratamiento con medicamentos.	
1. Si:	_____
2. No:	_____

C) A continuación Usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con Usted, y exprese exactamente lo que piense en cada caso. Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular:

Afirmaciones	Siempre 4	Casi siempre 3	A veces 2	Casi Nunca 1	Nunca 0
1- Toma los medicamentos en el horario establecido					
2- Se toma todas las dosis indicadas					
3- Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta					
4- Asiste a las consultas de seguimiento programadas					
5- Realiza los ejercicios físicos indicados					
6- Acomoda sus horarios de medicación a las actividades de su vida diaria					
7- Usted y su médico deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir					
8- Cumple con el tratamiento sin supervisión de la familia o amigos					
9- Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos					
10- Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento					
11- Usted y su médico analizan como cumplir el tratamiento					
12- Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico					

## ANEXO 4

### Carta de consentimiento informado.



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

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Funcionalidad familiar en el apego al tratamiento farmacológico del paciente con hipertensión arterial sistémica en una unidad de medicina familiar.
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno
Lugar y fecha:	2014-2015, La Palma, Empalme, Sonora.
Número de registro:	R-2013-2603-46
Justificación y objetivo del estudio:	Justificación: Para el paciente hipertenso es muy importante que siga su tratamiento de la forma más adecuada que se pueda, logrando así un mejor control metabólico, y una calidad de vida elevada, esto indudablemente se lograría con el apoyo familiar adecuado, a pesar de las repercusiones que esta conlleva.
Procedimientos:	Aplicación de encuestas
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Contribuir al planteamiento de nuevas estrategias de enseñanza. Se otorgará personalizado en caso de que el paciente así lo solicite.
Participación o retiro:	Voluntario
Privacidad y confidencialidad:	Encuestas anónimas
En caso de colección de material biológico (si aplica):	

No autoriza que se tome la muestra.  
Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.  
Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	Más apoyo sobre el control metabólico del paciente con hipertensión arterial por parte de la familia.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador Responsable:	
Colaboradores:	Dra. Tatiana Ceballos Robles Dr. José Luis Robles Gutiérrez

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento  
Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013



**Dirección de Prestaciones Médicas**  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud



"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2603  
U MED FAMILIAR NUM 1, SONORA

FECHA **04/10/2013**

**DRA. TATIANA CEBALLOS ROBLES**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**Funcionalidad familiar en el apego al tratamiento farmacológico del paciente con hipertensión arterial sistémica en una unidad de medicina familiar.**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-2603-46

ATENTAMENTE

**DR.(A). MIGUEL ZEMPUAL LOPEZ**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2603

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL