

República Dominicana
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA – UNIBE



Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

**RELACION DEL APOYO FAMILIAR EN LA ADHESION DEL TRATAMIENTO EN
LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE ASISTEN A CONSULTA DE MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL DOCTOR
MARCELINO VELEZ SANTANA**

Realizado por:

Dra. Francis Venecia Ramírez Feliz	19-1043
Dr. Odalis Enrique Serraty Santana	19-1086

Asesorado por:

Dra. Matilde Peguero Payano

**Los conceptos expuestos en la
presente investigación son de la
exclusiva responsabilidad del autor.**

Tabla de contenido

INTRODUCCION.....	4
CAPITULO 1	7
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
1.2 OBJETIVOS.....	9
1.2.1 Generales	9
1.2.2 Específicos.....	9
1.3 JUSTIFICACION	10
CAPITULO 2	12
MARCO TEORICO	12
1.1 ADHERENCIA TERAPEUTICA	12
2.1 FAMILIA.....	14
2.2 TIPOS DE FAMILIAS	14
2.2.1 FAMILIA NUCLEAR.....	14
2.2.2 FAMILIA EXTENSA	14
2.2.3 FAMILIA MONOPARENTAL.....	14
2.2.4 FAMILIA RECONSTITUIDA.....	15
2.2.5 FAMILIA HOMOPARENTAL.....	15
2.3 APOYO FAMILIAR	15
2.5 HIPERTENSION ARTERIAL.....	16
2.6 ADHESION TERAPEUTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS.....	17
2.7 CONTEXTUALIZACIÓN	20
2.7.1 MODELO DE ATENCION EN SALUD EN REPUBLICA DOMINICANA.....	20
2.7.2 ORGANIZACIÓN DEL MODELO DE ATENCION.....	20
2.7.3 PRIMER NIVEL DE ATENCION O NIVEL PRIMARIO	21
2.7.4 NIVELES DE ATENCION COMPLEMENTARIOS	22
2.7.5 SEGUNDO NIVEL DE ATENCION	22
2.7.6 TERCER NIVEL DE ATENCION.....	23
CAPITULO 3	23
DISEÑO METODOLOGICO	23
3.1 TIPO DE ESTUDIO	23
3.2 AREA DE ESTUDIO	24
3.3 POBLACION DE ESTUDIO.....	24

3.4 MUESTRA	24
3.5 VARIABLES.....	25
3.5.1VARIABLE INDEPENDIENTE	25
3.5.2VARIABLES DEPENDIENTES	25
3.6 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	25
3.7 UNIDAD OBSERVACIONAL.....	30
3.8 UNIDAD DE ANALISIS	30
3.9 FUENTE DE DATOS	30
3.10 CRITERIOS DE INCLUSION	30
3.11 CRITERIOS DE EXCLUSION	31
3.12 CONSIDERACIONES ETICAS	31
CAPÍTULO 4: RESULTADOS.....	32
TABLA 1: CARACTERÍSTICA DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.....	32
TABLA 2: RELACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.....	33
TABLA 3: RELACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.....	34
TABLA 4. RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA TERAPÉUTICA ENTRE EDAD Y NIVEL DE INGRESO.....	35
CAPITULO 5: DISCUSIÓN.....	36
CAPITULO 6. CONCLUSIÓN.....	39
CAPÍTULO 7. RECOMENDACIONES.....	41
REREFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	42
ANEXOS.....	44

INTRODUCCION

El apoyo familiar (AF) hace alusión a la unión, comunicación, confianza, convivencia y soporte que existe entre los miembros de la familia, incluyendo a los padres, los hermanos, la pareja y los hijos. (1) El AF funciona como un refuerzo para afrontar las crisis vitales del individuo, ayudando a este a poder afrontar cambios y situaciones que pudieran presentarse principalmente en el proceso de enfermedades principalmente enfermedades crónicas no transmisibles tales como la hipertensión arterial, diabetes mellitus entre otras. (2) Por lo tanto es necesario incluir a la familia como fuente de apoyo en los procesos de enfermedad teniendo en cuenta que esta es el eje principal de la interacción individuo-sociedad y fuente principal del apoyo afectivo y emocional para afrontar con éxitos los problemas. (3)

El término de adherencia terapéutica (AT) hace referencia al grado de cumplimiento que demuestra el paciente en relación con la toma de medicamentos, seguimiento de una dieta o modificación del estilo de vida que sean dictadas por el médico o personal de salud. (4)

La adherencia terapéutica es parte del comportamiento humano implicado en la salud y expresión de la responsabilidad de los individuos con el cuidado y mantenimiento de la misma. La deficiente adherencia al tratamiento puede adoptar diversas formas: dificultades para iniciarlo, suspensión prematura o abandono, cumplimiento incompleto o insuficiente de las indicaciones, el que puede manifestarse como errores de omisión, de dosis, de tiempo, de propósito (equivocación en el uso de uno u otro medicamento), la inasistencia a consultas e interconsultas, la ausencia de modificación de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad y con una acentuada connotación se destaca la práctica de la automedicación. (5)

Varios motivos incentivan al estudio de la AT, en primer lugar, gran parte de las indicaciones terapéuticas no pueden ser supervisadas cotidianamente por un agente externo al paciente, y, al contrario, quedan bajo su directa responsabilidad, entonces es el paciente quien en este caso decide si cumplir o no. En efecto, las bajas tasas de AT parecen apoyar la idea de que el paciente mayoritariamente no cumple con el tratamiento. (6)

La hipertensión arterial como todas las afecciones crónicas, requiere de un tratamiento de por vida, sin embargo, algunos estudios demuestran dificultades en los pacientes hipertensos para la adherencia al tratamiento. Algunos estudios confirman que la cifra de pacientes que no cumplen con el tratamiento ronda el 40% para el tratamiento médico

farmacológico y entre el 60 y 90% para el tratamiento médico no farmacológico, que abarca las medidas higiénicas, dietéticas y la práctica de ejercicios físicos entre otros.

(7)

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico es frecuente, sobre todo en condiciones crónicas y está asociada a múltiples factores. A pesar que la hipertensión arterial es una de las patologías que cuenta con una vasta opción de tratamiento efectivo, la falta de adherencia puede resultar una barrera para el óptimo control de los pacientes hipertensos. (8)

la mitad de los pacientes tratados por hipertensión arterial abandona por completo la atención a partir del primer año del diagnóstico y, de los que permanecen bajo supervisión médica, sólo 50% toma al menos 80% de sus medicamentos prescritos. La relevancia de lo anterior estriba en el impacto económico y social, así como 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. De manera que la AT es un tema fundamental para la salud de la población y la propia estabilidad familiar desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía. (9)

El fracaso de la terapia antihipertensiva es común y se relaciona sobre todo con la falta de apego al tratamiento, por lo que es prioritario desarrollar estrategias para determinar cuáles son los factores relacionados con ésta. En este contexto, el paciente con enfermedad crónica 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 apego. (10)

Todo lo anterior demuestra la importancia de gestionar un buen servicio de salud, tratando de disminuir el abandono del tratamiento antihipertensivo, con lo cual prevenir muertes prematuras, disminución de costos, una buena integración social y laboral, para ello es necesario incentivar el apoyo familiar en la adherencia terapéutica ya que la familia constituye la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana. Se pretende estudiar el nivel de adherencia terapéutica que tienen los pacientes hipertensos que acuden a la consulta de medicina familiar en un hospital de tercer nivel y determinar si existe alguna relación con el apoyo que reciben de sus familiares.

CAPITULO 1

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La falta de adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial constituye un problema de salud para la población y afecta a la familia desde la perspectiva de la calidad de vida y la economía, por eso debe destacarse el papel de la familia como red de apoyo social que favorece el cumplimiento de la terapéutica, tanto desde el punto de vista de apoyo afectivo como material. (9)

La adherencia terapéutica es fundamental para la salud de la población y la estabilidad familiar desde la perspectiva de calidad de vida y la economía, por ello se destaca el papel de la familia como proveedora de apoyo social que favorece el cumplimiento de la terapéutica, desde el punto de vista afectivo y material. Sin embargo,

actualmente no se ve con frecuencia una buena adhesión terapéutica en los pacientes. Presentando cada vez más complicaciones secundarias a su enfermedad, generando una carga económica y social para su familia y el estado.

El control de los niveles de presión arterial aumenta la esperanza y calidad de vida de los pacientes, pero los niveles aumentados de presión arterial de manera habitual no producen manifestaciones clínicas relevantes por lo cual el paciente una falsa percepción de que su enfermedad se encuentra controlada. (10)

Los estudios anteriormente citados realizados en otros países buscan la relación existente entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial, en nuestro país no hemos encontrado estudios acerca de la falta de adherencia al tratamiento de la hipertensión ni tampoco su relación con el apoyo familiar por lo cual nos motiva a investigar como estas se relacionan en nuestro medio y si este apoyo familiar contribuye a una mejor adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial. Las preguntas a responder en el estudio planteado son:

¿Qué relación existe entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial?

¿Cómo influye el apoyo afectivo y material brindado por la familia en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial?

¿A qué edad fueron diagnosticados los pacientes como hipertensos y que tiempo llevan de tratamiento?

¿Cuál es la relación entre el nivel de funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica?

¿Cuál es la relación entre el nivel socioeconómico y la adherencia terapéutica?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 General

1. Identificar la relación existente entre el apoyo familiar en la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar.

1.2.2 Especifico

- 1.1 Determinar el nivel del apoyo familiar que reciben los pacientes que presentan una adecuada adherencia terapéutica y compararlas con aquellos que no presentan una adecuada adherencia terapéutica.
- 1.2 Identificar si existe una relación entre adherencia terapéutica, el apoyo familiar con variables sociodemográficas del paciente con hipertensión arterial.

1.3 Determinar si el nivel socioeconómico influye en el nivel de adherencia al tratamiento del paciente.

1.3 JUSTIFICACION

Las investigaciones sobre adherencia terapéuticas son útiles para identificar el nivel de adherencia de los pacientes a los tratamientos principalmente en enfermedades crónicas donde la medicación será de por vida. También ayuda para poder establecer cuales son los factores que influyen en ayudar al paciente a tener una mayor adherencia al tratamiento como también identificar aquellos factores que disminuyen el nivel de adherencia al tratamiento en el paciente.

Es de vital importancia incentivar una buena relación de los pacientes con sus familiares garantizando de esta manera que se pueda lograr una adecuada adhesión terapéutica, tomando a la familia como eje central de sustento, apoyo tanto afectivo como material.

Dentro de las grandes ventajas de tener una buena relación de los pacientes con sus familiares y una adecuada adhesión terapéutica, esta reducir la morbilidad, mortalidad y los gastos económicos destinados a las posibles complicaciones que se puedan presentar si no hay una correcta adhesión terapéutica.

Con esta investigación pretendemos establecer el nivel de adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos de la consulta de medicina familiar ya que no contamos con estudios similares y también poder establecer factores que nos permitan junto al paciente y su familia poder lograr un mayor nivel de adherencia a los tratamientos y a su vez identificar esos factores que influyen negativamente en la adherencia y poder modificarlos.

CAPITULO 2

MARCO TEORICO

1.1 ADHERENCIA TERAPEUTICA

La definición puede resumirse como el grado en el que un paciente cumple con las pautas y la medicación prescritas por el médico. Para que haya una buena adherencia tienen que tenerse en cuenta cinco tipos de factores que pueden afectarla: factores relacionados con el paciente, factores relacionados con la terapia, factores relacionados con el sistema y el personal sanitario, factores relacionados con el estado de la enfermedad y factores relacionados con el nivel socio-económico. (11)

En el año 1978 se comienza a hablar acerca de adherencia bajo el termino medico de origen anglosajón Compliance el cual se refería al acatamiento o seguimiento que hacían los pacientes a las prescripciones médicas. Los franceses por su parte utilizaron el termino observance como termino más incluyente, pues no solo se refería a la actitud del cumplimiento del paciente frente a la prescripción o formula médica, sino también a las creencias, percepciones, hábitos y comportamiento respecto a las recomendaciones y ordenes médicas. (12)

Un estudio realizado por Montejo Cynthia, Vásquez Rosario, López Concepción y Zarracino Efraín por que estudiaba la adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en pacientes con enfermedades hematológicas se observó que en familias funcionales se presentó una moderada adherencia terapéutica y se observó que existe una asociación significativa entre adherencia terapéutica y funcionalidad familiar. (13)

Otro estudio realizado por Helen Lagos Méndez y Néstor Flores Rodríguez titulado Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el Hospital de Puente Piedra-Lima muestra que los pacientes que conforman familias gravemente disfuncionales tienen mayor predisposición a presentar un automanejo inadecuado, siendo que en las moderadamente disfuncionales el automanejo es regular. (14)

El instrumento a utilizar para medir la adherencia terapéutica será el cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martin-Bayarre-Grau), la cual la clasifica en adherencia total, adherencia parcial y no adheridos. Tiene un valor total de 48 puntos, donde los adheridos totales van desde 38 a 48 puntos, adheridos parciales de 18 a 37 puntos y los no adheridos de 0 a 17 puntos. (15)

2.1 FAMILIA

Se define como un conjunto de individuos emparentados ligados entre sí ya sea por la alianza, el matrimonio, sea por la filiación, más excepcionalmente por la adopción (parentesco) y que viven bajo un mismo techo (cohabitación). (16)

2.2 TIPOS DE FAMILIAS

2.2.1 FAMILIA NUCLEAR

Es aquella familia compuesta por los padres y los hijos de ambos. familia nuclear con parientes próximos (en la misma localidad); familia nuclear sin parientes próximos; familia nuclear numerosa; familia nuclear ampliada (con parientes o con agregados). (17)

2.2.2 FAMILIA EXTENSA

Es aquella formada por mama, papa, hijos, tíos, abuelos y otros familiares. Esta va en contraste con la familia nuclear ya que en ella se puede albergar más integrantes no necesariamente consanguíneos. (18)

2.2.3 FAMILIA MONOPARENTAL

Se refiere a las conformadas por un solo progenitor (hombre o mujer), los hijos dependen económicamente de uno de los padres, uno de ellos tiene a su cargo la custodia de hecho o por derecho, la jefatura puede ser masculina o femenina. Las familias monoparentales se originan por viudez, ruptura matrimonial, alejamiento forzado de uno de los padres (trabajo, inmigración, ingreso a prisión, secuestro, desaparición, desplazamiento forzoso, masacre producto del conflicto armado en el país) o por un nacimiento fuera del matrimonio. (19)

2.2.4 FAMILIA RECONSTITUIDA

Es aquella formada por una pareja adulta en la que al menos uno de los conyugues tiene un hijo de una relación anterior. Los puntos de partida de estas familias pueden ser: la muerte de uno de los conyugues, el divorcio previo de uno de los dos miembros de la diada marital, o el abandono de la pareja. (20)

2.2.5 FAMILIA HOMOPARENTAL

Están formadas por padres con orientación sexual homosexual; y si bien no se trata de un fenómeno nuevo, es en la actualidad donde se vive una intensa aceleración a partir del reconocimiento legal del matrimonio entre personas del mismo sexo en muchas naciones. Las familias homoparentales están capacitadas para educar y criar satisfactoriamente a sus hijos e hijas. La orientación sexual de los progenitores no es un indicador que sirva para evaluar la función educadora de los padres y madres. (21)

2.3 APOYO FAMILIAR

La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo, y ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. En este sentido, la familia, como principal fuente de apoyo social aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional a cada uno de sus integrantes. (22)

Para medir la funcionalidad familiar se aplicará el test de funcionalidad familiar FF-SIL que consta de 14 ítems mostrando en cada uno como posibles respuestas: casi nunca, pocas veces, a veces, casi siempre; calificado cada uno con el valor en puntos de: 1,2,3,4,5 en el orden respectivamente mencionado. Esta clasificaría la funcionalidad familiar como: Familia funcional, familia moderadamente funcional, familia disfuncional y familia severamente disfuncional. Tiene un valor total de 70 puntos. Declara funcional un

resultado de 57 a 70 puntos, moderadamente funcional de 43 a 56 puntos, disfuncional de 28 a 42 puntos y severamente disfuncional de 14 a 27 puntos. (3)

2.5 HIPERTENSION ARTERIAL

Es una enfermedad crónica caracterizada por el incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea en las arterias, con valores por encima de 140 mmhg para la presión sistólica y por encima de 90 mmhg para la presión diastólica. (23)

Aproximadamente un 95% de los pacientes hipertensos corresponden a una etiología primaria o esencial, y un 5% pertenece a la causa secundaria. (24)

En la hipertensión arterial primaria o esencial se invoca una contribución de la base genética en interacción con el medio ambiente, mientras que en la secundaria se asocia a afectaciones renales, cerebrales o desequilibrio hidroelectrolítico que provocan alteraciones de los niveles tensionales. (25)

Se estima que aproximadamente 691 millones de persona alrededor del mundo padecen de hipertensión arterial y está asociada a enfermedades circulatorias tales como las enfermedades coronarias y las enfermedades vasculocerebrales las cuales son importantes causas de mortalidad. (26)

En el continente americano alrededor de 140 millones de personas padecen de hipertensión arterial de los cuales un 8% y un 30% pertenecen a América Latina y el Caribe respectivamente. (27)

Los factores de riesgo de la hipertensión arterial se dividen en modificables y no modificables.

Entre los factores de riesgo modificables tenemos la dieta inadecuada, inactividad física, tabaquismo, el consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad. (28)

Los factores de riesgo no modificables son los antecedentes familiares, la edad superior a 65 años y la concurrencia de otras enfermedades como la diabetes mellitus o las nefropatías. (29)

Generalmente suele ser asintomática por esto recibe el nombre de la asesina silente, por esto también su diagnóstico suele ser casual. Principalmente el síntoma más constante es la hipertensión arterial en el 50% de los pacientes que conocen su enfermedad y un 18% en aquellos pacientes que la desconocen. También puede ocasionar palpitaciones, molestia torácica, mareo y aturdimiento. (30)

2.6 ADHESION TERAPEUTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS

La hipertensión arterial está considerada como la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos adultos en las poblaciones de todas partes del mundo. Como todas las afecciones crónicas, requiere de tratamiento para toda la vida, sin embargo, las evidencias científicas demuestran las dificultades que presentan los pacientes hipertensos con la adherencia a estos tratamientos. (15)

La falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo afecta aproximadamente hasta 75% de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica (HTA) en Estados Unidos, los cuales no logran un control óptimo de la presión arterial. La baja o nula adhesión a los fármacos es la principal causa de descontrol de la (HTA). Diversos

estudios han demostrado que, en los países desarrollados, la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónico-degenerativas promedia solo 50%. (31)

La adhesión al tratamiento se entiende como la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente para seguir y cumplimentar adecuadamente su tratamiento; esto es de vital importancia porque es factible considerar que la mayoría de las enfermedades de alta incidencia en la población se podrían prevenir, tratar y curar con un compromiso activo por parte del paciente y por la entidad de salud que lo atiende. (15,31)

Un punto importante para resaltar es que existen asociaciones entre la adherencia y el estado civil de los pacientes, así como con la edad, sexo, escolaridad, actividad física, el vivir acompañado o no, gravedad de la hipertensión, asistencia regular a consultas y el costo de la medicación. (31)

El tratamiento antihipertensivo es crónico, prolongado en el tiempo, lo que provoca en ocasiones reacciones de rechazo por parte del paciente, llevando a la suspensión del mismo. De modo que se hace fundamental identificar las necesidades percibidas de apoyo familiar en este grupo de pacientes y su influencia en el cumplimiento de la adherencia terapéutica. (32)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la no adherencia como un problema prioritario de salud pública, debido a las consecuencias negativas que implica: mayores tasas de hospitalización, aumentos de los costos sanitarios y fracasos terapéuticos, por lo que la medición y la evaluación de la adherencia terapéutica (AT) es fundamental. (33)

La baja o nula adhesión a los fármacos es la principal causa de descontrol de la enfermedad. El incumplimiento del tratamiento antihipertensivo experimenta una tendencia al aumento y se convierte en un "reto terapéutico" durante las prescripciones médicas. (34)

Hay quienes consideran que el término adhesión terapéutica engloba responsabilidad de las "dos partes" (paciente y médico), donde resalta tanto la participación del paciente como la responsabilidad del médico para crear una adecuada comunicación que facilite la toma de decisiones compartidas. (35)

Sin embargo, la familia juega un papel de mayor importancia que el médico en la adhesión terapéutica, debido a que la familia como microsistema, es la principal influencia en la conducta de un individuo principalmente las consideradas como correctas. (36)

A pesar de las transformaciones que ha sufrido la humanidad, la familia constituye la forma más simple de organización en la que dos o más individuos se asocian para compartir metas y funciones. Si queremos conocer acerca de un país o de una sociedad, debemos estudiar cómo vive y actúa la familia, si queremos prever el futuro de una sociedad podemos saber bastante de ella observando las familias, si queremos reflexionar sobre la identidad personal, por qué somos de una forma y no de otra, por qué actuamos de esta manera, por qué nos orientamos en determinado sentido, gran parte de esta respuesta está en la historia familiar de cada uno. (37)

Ante los retos, cambios y demandas que actualmente vive la familia, múltiples son los factores generadores de ansiedad o estrés en el sistema familiar. Ello nos hace

reflexionar acerca de la importancia de la familia para el individuo, para la sociedad y en especial para el proceso de salud-enfermedad. Por tal motivo la adherencia al tratamiento terapéutico comprende el cumplimiento de factores psicológicos y socioambientales como el apoyo familiar, el ejercicio físico, la dieta, el control médico, la higiene y autocuidado. (36,37)

Existen varios factores que son determinantes en la adhesión terapéutica de los pacientes hipertensos como son los que tienen experiencias personales o familiares de eventos cardiovasculares o cerebrovasculares relacionados con la HTA muestran mayor adherencia. La complejidad del régimen terapéutico, el número de medicamentos a tomar, la cantidad de dosis y de tabletas por dosis, también son factores que influyen en la adhesión. Asimismo, los efectos secundarios de los fármacos antihipertensivos, o las interferencias medicamentosas, pueden causar abandono del tratamiento. (38)

2.7 CONTEXTUALIZACIÓN

2.7.1 MODELO DE ATENCION EN SALUD EN REPUBLICA DOMINICANA

El Modelo de Atención establece y describe la forma óptima de organizar las acciones sanitarias, con la finalidad de satisfacer los requerimientos y demandas de la población, centrándose en la vinculación de los usuarios y usuarias con los servicios de salud. (39)

2.7.2 ORGANIZACIÓN DEL MODELO DE ATENCION

En términos generales el Modelo de Atención garantiza la adecuada provisión, como mínimo, de todas las atenciones indicadas en el Plan Básico de Salud y en el Plan de Servicios Preventivos de Carácter General definidos para el Sistema Nacional de Salud. El Modelo prevé dos puertas de entrada, el Primer Nivel de Atención y el Servicio de

Emergencia. Esta segunda, supone únicamente una puerta de entrada ante la necesidad urgente percibida de atención por parte del usuario. La puerta de entrada del Primer Nivel integra los diferentes elementos de atención individual y colectiva y es también el punto de conexión con las actividades intersectoriales. (39,40)

El Modelo de Atención se conformará asistencialmente con un Primer Nivel o Nivel Primario y un Nivel Complementario que actuará como referencia asistencial, con el objetivo de complementar su capacidad de atención con aquellas tecnologías, procedimientos o especialidades que requieran de una mayor concentración y masa crítica, para responder a una cartera de servicios de mayor complejidad dirigida a dar respuestas a problemas de salud puntuales correspondientes a un proceso asistencial concreto que tiene principio y final. (39)

El Nivel de Atención Complementario está vinculado a la atención especializada de alta y mediana complejidad. El Modelo prevé la posibilidad de adaptar de forma continua la oferta de atención complementaria a la que en cada momento y en cada lugar sea más adecuada para responder a las necesidades. El Nivel de Atención Complementario está estructurado en subniveles de complejidad atendiendo a criterios de planificación, economía de escala y masa crítica. Así mismo podrán desarrollarse en este nivel diferentes líneas de servicio en función de las necesidades de cada momento. (40)

2.7.3 PRIMER NIVEL DE ATENCION O NIVEL PRIMARIO

A través del desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud, el Primer Nivel se concibe como la puerta de entrada del Modelo de Atención, pero también como su primer nivel de resolución. (39,40)

El Primer Nivel de Atención integra entre sus funciones la vigilancia, identificación, análisis y el abordaje de los problemas de salud pública y colectiva del territorio en el que se desempeña, en coordinación con las Unidades territoriales desconcentradas. (39)

El Primer Nivel de Atención dispone de las capacidades para desarrollar un conjunto de actividades de gestión de los servicios, administración de los recursos, coordinación de actividades clínicas y asistenciales, disponiendo de los instrumentos necesarios que permiten el adecuado registro y conocimiento de la población y de su población de cobertura. (39)

2.7.4 NIVELES DE ATENCION COMPLEMENTARIOS

Los niveles de atención complementarios en función de la complejidad, economías de escala y masa crítica, se estructuran inicialmente en un segundo y tercer nivel. No obstante, el nivel complementario se adaptará dinámicamente, desde la perspectiva de cartera de servicios, ubicación de los mismos y condiciones de accesibilidad a las necesidades de cada entorno y de cada momento. (39)

El Nivel Complementario proporciona de la forma más eficiente y adecuada posible aquellos servicios y prestaciones que complementen la actividad asistencial del Primer Nivel, tanto de forma urgente como programada. (39,40)

2.7.5 SEGUNDO NIVEL DE ATENCION

El Segundo Nivel de Atención se define como el conjunto de servicios que incluye atención especializada básica y con régimen de internamiento que, articulado con el Primer Nivel de Atención, permiten completar la atención a los beneficiarios de la misma

para todos los casos que no se requiera de una intervención compleja o muy especializada. Le ha de corresponder, como mínimo, atender todos los procesos y procedimientos de salud dirigidas a la persona que estén incluidos en el Plan Básico de Salud que requieren atención especializada o internamiento general. (39)

2.7.6 TERCER NIVEL DE ATENCION

El Tercer Nivel de Atención se define como el conjunto de servicios que incluye atención especializada de mayor complejidad con internamiento, que completa las intervenciones que no corresponden al Segundo Nivel de Atención, completando la atención a los beneficiarios de la misma para todos los casos en que se requiera de una intervención compleja o muy especializada. Su actividad se enfoca en responder de forma efectiva a las necesidades de apoyo de manera que puedan completarse los procesos asistenciales cuando estos necesitan de una atención muy especializada. (39)

CAPITULO 3

DISEÑO METODOLOGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizo un estudio tipo observacional descriptivo de corte transversal con el objetivo de identificar la relación existente entre adherencia al tratamiento y el apoyo familiar en

los pacientes hipertensos que asisten a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital Regional Doctor Marcelino Vélez Santana.

3.2 AREA DE ESTUDIO

Esta investigación tuvo como escenario el área de consulta de medicina familiar el Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana, el cual se encuentra ubicado en el Municipio Santo Domingo Oeste, específicamente en la avenida Isabel Aguiar #141, sector de Herrera.

Es una institución de tercer nivel de atención en salud; Entidad sin fines de lucro creada bajo el decreto del Poder Ejecutivo 148-02 e inició sus operaciones el 12 de enero de 2003.

Desde el inicio de sus operaciones la población mostró gran interés por utilizar los servicios del hospital. Esto debido a que desde un principio fue equipado con los más modernos avances tecnológicos, y que cuenta, además, con un personal altamente calificado. Conjuntamente, es considerado como un modelo de salud innovador por enfocar sus objetivos en los conceptos de Humanización, Calidad, Eficiencia y alta Tecnología.

Se ofrecen servicios de emergencias y hospitalización las 24 horas del día, y los trecientos sesenta y cinco (365), días del año. A nivel ambulatorio se ofrecen los servicios de: Cardiología, Cirugía Cardiovascular, Citología, Endocrinología Gastroenterología, Geriátría, Hematología, Medicina Familiar Y Comunitaria, Medicina Interna, Nefrología. Neumología, Neurología, Oftalmología, Oncología, Otorrinolaringología, Psiquiatría, Urología, etc.

Consto con un universo promedio de aproximadamente de 17,600 pacientes que acuden en dos meses al Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana.

3.3 POBLACION DE ESTUDIO

La población será una cantidad promedio de 730 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial que asisten a la consulta de Medicina Familiar del Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana.

3.4 MUESTRA

Nuestra muestra estuvo conformada por 153 pacientes hipertensos que asistieron a la consulta de Medicina Familiar del Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana durante los meses abril-mayo 2022.

3.5 VARIABLES

3.5.1 VARIABLE DEPENDIENTE

- ADHERENCIA TERAPEUTICA

3.5.2 VARIABLES INDEPENDIENTE

- Apoyo familiar
- Armonía familiar
- Decisiones familiares
- Manifestaciones de cariño
- Intereses y necesidades familiares
- Tiempo de inicio de tratamiento
- Nivel de escolaridad
- Nivel socioeconómico
- Edad
- Sexo

3.6 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Concepto	Indicadores	Escala
Apoyo familiar	Hace alusión a la unión, comunicación, confianza, convivencia y	-Familia funcional (57-70 pts) -Familia moderadamente funcional	Ordinal

	<p>soporte que existe entre los miembros de la familia, incluyendo a los padres, los hermanos, la pareja y los hijos. Se medirá con el instrumento FF SIL que mide el funcionamiento familiar.</p>	<p>(43-56 pts) -Familia disfuncional (28-42 pts) -Familia Severamente disfuncional (14-27 pts)</p>	
Armonía familiar	<p>Significa la capacidad de confiar y apoyar, comunicar las diferencias de forma constructiva y mirar más allá de uno mismo en un panorama más amplio</p>	<p>Casi nunca Pocas veces A veces Muchas veces Casi siempre</p>	Ordinal

<p>Decisiones familiares</p>	<p>Es el proceso mediante el cual se toman decisiones en las que dos o más miembros de la familia intervienen directa o indirectamente</p>	<p>Casi nunca Pocas veces A veces Muchas veces Casi siempre</p>	<p>Ordinal</p>
<p>Manifestaciones de cariño</p>	<p>Inclinación de amor o buen afecto que se siente hacia alguien o algo</p>	<p>Casi nunca Pocas veces A veces Muchas veces Casi siempre</p>	<p>Ordinal</p>
<p>Distribución de las tareas del hogar</p>	<p>Es la elaboración de una lista de todas las tareas del hogar con la cual se le asigna una tarea o varias tareas a cada miembro de la familia</p>	<p>Casi nunca Pocas veces A veces Muchas veces Casi siempre</p>	<p>Ordinal</p>

<p>Intereses y necesidades familiares</p>	<p>Es responsabilidad de la familia satisfacer las necesidades esenciales del ser humano para su subsistencia, alimentación, salud, educación y afecto</p>	<p>Casi nunca Pocas veces A veces Muchas veces Casi siempre</p>	<p>Ordinal</p>
<p>Adhesión terapéutica</p>	<p>Puede resumirse como el grado en el que un paciente cumple con las pautas y la medicación prescritas por el médico. Se medirá con el instrumento para medir adherencia terapéutica MBG.</p>	<p>-Adherencia total (38-48 pts) -Adherencia parcial (18-37 pts) -No adherido (0-17pts)</p>	<p>Ordinal</p>

Tiempo de inicio del tratamiento antihipertensivo	Tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento hasta el momento de la entrevista	Menos de 1 año 1 a 5 años 5 a 10 años Mas de 10 años	Ordinal
Nivel de escolaridad	Ultimo grado de instrucción alcanzado al momento de la entrevista	-Nivel inicial -Nivel básico -Nivel medio -Nivel superior	Ordinal
Nivel socioeconómico	Nivel socioeconómico al que pertenece al momento de la entrevista	-Menos de 5 mil -Entre 5 mil y 15 mil -Entre 15 y 35 mil -Entre 35 y 85 mil -Mayor 85 mil	Cualitativa Ordinal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista	-18-25 -26-34 -35-64 ->65	Cuantitativa continua

Sexo	Viene determinado por la naturaleza de acuerdo a las características de tus genitales y cromosomas	Masculino Femenino	Nominal
------	--	-----------------------	---------

3.7 UNIDAD OBSERVACIONAL

Consulta de medicina familiar.

3.8 UNIDAD DE ANALISIS

Pacientes hipertensos de seguimiento.

3.9 FUENTE DE DATOS

Directa. Para medir la funcionalidad familiar utilizaremos el Test de funcionalidad familiar FF-SIL.

Para medir la adherencia terapéutica utilizaremos el cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martin-Bayarre-Grau).

3.10 CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes de seguimiento recurrente mayores de 18 años.
- Pacientes que permitan ser interrogados y que firmen el consentimiento informado.
- Que hable español y sepa leer.
- Pacientes que estén en capacidad para responder las preguntas

3.11 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial menor a un año.
- Pacientes con discapacidad cognitiva que no les permita responder las preguntas.
- Pacientes que asistan por primera vez al hospital.
- Aquellos pacientes cuyos formularios no fueron completados.

3.12 CONSIDERACIONES ETICAS

A los participantes que serán objeto de nuestra investigación, se les informará la intención de la investigación, mediante la presentación de los objetivos del estudio, justificación y los beneficios que obtendrá como parte de la población en la participación en el estudio. Se les orientara que su participación es voluntaria y que en cualquier momento puede dejar de participar sin que esto afecte su trato en el centro hospitalario. Apegados a las normativas de la ética cada participante debe firmar de manera voluntaria un consentimiento informado.

Los nombres ni otros datos que pueda revelar la identidad de las personas entrevistadas no constaran en la base de dato.

Las entrevistas serán realizadas en el Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana, y los resultados de esta investigación podrán ser presentados en eventos científicos y publicaciones en formato de artículos.

El protocolo de estudio será sometido al comité de ética de la Universidad Iberoamericana, UNIBE y al departamento de investigaciones y enseñanza del Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana. Este estudio será conducido y financiado por los sustentantes de la investigación.

Esta investigación no contempla riesgos, no se trabajará con recolección de muestras de material biológico, ni de informaciones que pueda ocasionar daños en el ámbito físico, psíquico, intelectual, social, cultural o espiritual del sujeto en estudio.

La investigación no contempla posibilidades de daños inmediato o tardío a los individuos ni a la colectividad, sea directo o indirecto consecuente al estudio.

Los participantes no recibirán recompensas económicas ni de otra índole por la participación en este estudio.

Capítulo 4: Resultados

Tabla 1: Característica de la población estudiada

La población estudiada comprendía un grupo de 153 pacientes con un rango de edad de entre 30 años a 91 años de edad con una media y mediana de 57 y 58

respectivamente (SD=13), la mayor proporción esta entre los 50 a 64 años (42.48%). El 50.98% son femenino; en cuanto al nivel de escolaridad nivel básico (52.26%) seguido del nivel medio (18.42%) y el nivel de ingreso mayor fue medio-alto con 36.6%. (ver tabla 1).

Edad

Media 57

Mediana 58

DE 13

Variables	Frecuencia	%
Edad		
30 a 49 años	40	26.14
50 a 64	65	42.48
> 64	48	31.37
Sexo		
Femenino	78	50.98
Masculino	75	49.02
Escolaridad		
Nivel inicial	18	11.84
Nivel basico	84	55.26
Nivel medio	28	18.42
Nivel superior	22	14.47
	152	99.99
Nivel de ingreso		
Muy bajo	12	7.84
Bajo	55	35.95
Medio	30	19.61
Medio-alto	56	36.6

Tabla 2: Relación de la funcionalidad familiar y las características de la población estudiada.

El análisis bivariado para buscar la relación entre la variable dependiente evidencia que que la adherencia terapéutica esta relacionada con el sexo, siendo esto

estadísticamente significativo (0.037). En los funcionales la mayor proporción la obtuvieron los masculinos (53.13%) en tanto los moderadamente funcionales el sexo femenino obtuvo una mayor frecuencia (60%). Los disfuncionales ambos sexos obtuvieron la misma frecuencia mientras que los masculinos obtuvieron la mayor proporción en los severamente disfuncionales (64.29%).

En cuanto a la funcionalidad familiar en relación con la adherencia terapéutica podemos observar que el grupo de 50 a 64 años fueron los de mayor adherencia con una adherencia total de 46.67% y una adherencia parcial de 39.08% y a la vez los de mayor funcionalidad familiar con un 46.88%.

Variables	Funcional		Moderadamente funcional		Disfuncionales		Severamente disfuncional		Total	Valor de p
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Edad										
30 a 49 años	5	15.63	22	29.33	4	18.18	4	28.57	35	0.4327
50 a 64	15	46.88	28	37.33	12	54.55	8	57.14	63	
> 64	12	37.5	25	33.33	6	27.27	2	14.29	45	
Sexo										
Femenino	15	46.88	45	60	11	50	5	35.71	76	0.037
Masculino	17	53.13	30	40	11	50	9	64.29	67	
Escolaridad										
Nivel inicial	4	12.5	5	6.67	6	27.27	3	21.43	18	0.3722
Nivel basico	18	56.25	44	58.67	10	45.45	7	50	79	
Nivel medio	4	12.5	14	18.67	3	13.64	4	28.57	25	
Nivel superior	6	18.75	11	14.67	3	13.64	0	0	20	
Nivel de ingreso										
Muy bajo	1	3.13	6	8	4	18.18	1	7.14	12	0.1493
Bajo	13	40.63	32	42.67	4	18.18	6	42.86	55	
Medio	8	25	10	13.33	6	27.27	1	7.14	25	
Medio-alto	10	31.25	27	36	8	36.36	6	42.86	51	

Tabla 3: Relación de la adherencia terapéutica y las características de la población estudiada.

En el análisis de la adherencia terapéutica y su relación de las demás variables se evidencia que tanto la edad como el nivel de ingreso fueron estadísticamente significativos (0.041 y 0.023) respectivamente.

La adherencia total y parcial fue mayor para el grupo de edad comprendido entre 50 a 64 años con 46.67% y 39.08% respectivamente; igual para los no adherentes el grupo de edad de 50 a 64 años obtuvo un mayor porcentaje con un 66.67%.

La relación de los adherentes totales en cuanto al nivel de ingreso fue más alta para los de ingresos medio-alto (43.48%) mientras que los adherentes parciales con ingresos bajos obtuvieron la mayor frecuencia (43.68%). Los no adherentes tanto los de bajo ingreso como los de ingresos medio-alto obtuvieron igual frecuencia (33.33%).

Variables	Adherente total		Adherente parcial		No adherente		Total	Valor de p
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Edad								
30 a 49 años	12	26.67	21	24.14	5	33.33	38	0.041
50 a 64	21	46.67	34	39.08	10	66.67	65	
> 64	12	26.67	32	36.78	0	0	44	
Sexo								
Femenino	23	51.11	47	54.02	6	40	76	0.3726
Masculino	22	48.89	40	45.98	9	60	71	
Escolaridad								
Nivel inicial	2	4.44	11	12.64	4	26.67	17	0.0788
Nivel basico	21	46.67	53	60.92	7	46.67	81	
Nivel medio	10	22.22	14	16.09	3	20	27	
Nivel superior	12	26.67	8	9.2	1	6.67	21	
Nivel de ingreso								
Muy bajo	0	0	9	10.34	2	13.33	11	0.023
Bajo	12	26.09	38	43.68	5	33.33	55	
Medio	14	30.43	11	12.64	3	20	27	
Medio-alto	20	43.48	29	33.33	5	33.33	54	

Tabla 4. Relación entre adherencia terapéutica entre edad y nivel de ingreso.

Por los resultados obtenidos en la tabla anterior agrupamos los adherentes parciales y los no adherentes obteniendo que solo el nivel de ingreso fue estadísticamente significativo (0.0084).

Obtuvimos que los adherentes totales en relación con los ingresos fueron más frecuentes en los de ingreso medio-alto (43.48%), mientras que agrupando los adherentes parciales y no adherentes obtuvimos que el nivel de ingreso bajo obtuvo una mayor frecuencia (40.19%).

Variables	Adherente total		Ad parcial y N-adh		Total	Valor de p
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Edad						
30 a 49 años	13	28.26	27	25.23	40	0.6525
50 a 64	21	45.65	44	41.12	65	
> 64	12	26.09	36	33.64	48	
Nivel de ingreso						
Muy bajo	0	0	12	11.21	12	0.0084
Bajo	12	26.09	43	40.19	55	
Medio	14	30.43	16	14.95	30	
Medio-alto	20	43.48	36	33.64	56	

Capítulo 5: Discusión.

En la actualidad es preocupante ver como los pacientes con hipertensión arterial tienen una mayor tendencia al abandono del tratamiento antihipertensivo, aunque se mantienen las diferencias entre los patrones de comportamiento en los pacientes, hay una gran similitud en las razones por las cuales abandonan el tratamiento.

La hipertensión arterial es un problema de salud pública a nivel mundial, una de sus causas radica en la baja adhesión al tratamiento. Teniendo esto graves e inquietantes consecuencias sobre la salud de los pacientes, su vida familiar y la posibilidad de representar una carga para sus familiares y el estado.

En el presente estudio medimos la funcionabilidad familiar de los pacientes entrevistados y como influye en la adhesión al tratamiento antihipertensivo de forma positiva. Coincidiendo con Friedemann y con Marín Reyes en su estudio titulado adhesión terapéutica en el cual demostraron que la familia ejerce influencia en todos sus miembros para protegerlos de los cambios amenazan relación directamente proporcional, es decir, entre más apoyo brinden los familiares, se verá reflejado en una mejor adherencia al tratamiento, ya sea de tipo farmacológico o no.

La edad más frecuente es la comprendida entre los 50 a 64 años (42.48%). El sexo fue ligeramente mayor para el sexo femenino (50.98%). La escolaridad fue mayor para el nivel básico (55.26%) seguido del nivel medio (18.42%). El nivel de ingresos más frecuente fue el medio-alto (36.6%) mientras que la menor proporción fue el muy bajo (7.84%).

Estos resultados son diferentes a los encontrados en la investigación de Olvera S. y Salazar T. en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México, en el año 2009, donde se encontró que dentro de los pacientes hipertensos estudiados el sexo masculino fue mayor con un (56.6%). En cuanto a la escolaridad se encontró que el nivel

medio fue mayor con un (47.7%). con relación al nivel de ingresos mas frecuente fue el medio-bajo con un (35.1%).

En cuanto a la adhesión terapéutica los resultados encontrados en este estudio fueron que el (29.42%) de los pacientes tenían adhesión terapéutica, mientras que los pacientes con una adhesión parcial representaron una mayor frecuencia con el (56.86%). Estos datos coinciden con estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde el (50%) de los pacientes aproximadamente tienen una adhesión parcial al tratamiento, de los cuales la mitad abandona el tratamiento durante el primer año de diagnostico y, de los que permanecen bajo supervisión médica, sólo (50%) toma al menos (80%) de sus medicamentos prescritos

Por otro lado, estos resultados encontrados en el presente estudio son diferentes a los obtenidos por la investigación realizada por C. Aguilar-Montejo y col. en el Hospital General de Zona 46 del Instituto Mexicano del Seguro Social en pacientes con enfermedades hematológicas, donde se encontró que los pacientes tenían un (76.2%) de adhesión terapéutica.

Los pacientes con funcionabilidad familiar en el presente estudio representaron solo el (21%), mientras que los moderadamente funcional representaron un (49.1%). Estos resultados son diferentes a los encontrados en la investigación de Olvera S. y Salazar T. en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México, en el año 2009 donde se encontró que el (63.3%) de los pacientes tenia buena funcionabilidad familiar y el resto de los pacientes estudiados eran moderadamente funcional con un (36.7%).

Dentro de los resultados del presente estudio también encontramos pacientes que pertenecían a familias disfuncionales con un (14.4%), seguido de los severamente disfuncionales con un (9.16%) cuya tendencia al abandono terapéutico era mayor que los pacientes con buena funcionabilidad familiar.

Estos resultados coinciden con los resultados obtenidos en la investigación realizada por Helen Lagos Méndez y Néstor Flores Rodríguez titulado Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el Hospital de Puente Piedra-Lima muestra que los pacientes que conforman familias gravemente

disfuncionales tienen mayor predisposición a presentar abandono de tratamiento terapéutico.

En el presente estudio se demostró que aquellos pacientes con una buena funcionabilidad familiar tienen una mayor adhesión terapéutica en los pacientes hipertensos que asisten a la consulta de medicina familiar del Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana.

Como se ha podido comprobar la adhesión terapéutica está directamente influenciada por el apoyo familiar, sin embargo, los pacientes adheridos no llegan a alcanzar ni la mitad de los pacientes en el presente estudio. Lo que nos confirma que debemos de incentivar la unión familiar, tratar de implementar programas y un sistema educativo donde se muestre la importancia de la familia en todos los ámbitos de la vida de un individuo, explicar cómo tener una relación familiar sana, donde cada individuo pueda expresar adecuadamente sus emociones, afectos, con respeto y armonía.

Capítulo 6. Conclusión

No hay duda de que el apoyo familiar es un factor importante para la conservación y fomento de la salud, donde el éxito del tratamiento radica en la adherencia terapéutica, destacando que ni las cuestiones económicas, el nivel académico o la edad actúan como limitantes para ello. Sin embargo, es preocupante que un porcentaje considerable de hipertensos sólo se adhiere parcialmente al cumplimiento del tratamiento en lo concerniente a medicamentos y dieta. lo que reafirma la tarea que desempeña la familia en la vida de estos pacientes.

Es de suma importancia que el personal de salud en especial los médicos de consulta, se involucre en trabajar en programas que promuevan, la unión familiar como soporte para lograr una mayor adhesión terapéutica, promover estilos de vida saludable y que concienticen a las personas acerca de las complicaciones derivadas de la hipertensión arterial en caso de abandonar el tratamiento.

Sin lugar a duda, este estudio deja la posibilidad de realizar nuevas investigaciones para explorar otros posibles factores que influyan en la adherencia terapéutica, acción que será primordial en estos tiempos donde las enfermedades crónico-degenerativas son un problema de salud pública a nivel mundial y como lograr involucrar a la familia en todo este proceso, reafirmando que la familia es el soporte en la vida de todos los individuos.

Capítulo 7. Recomendaciones

Al ministerio de salud pública:

- Se recomienda realizar estudios sobre la adhesión terapéutica de los pacientes hipertensos y su relación con el apoyo familiar.
- Con los resultados de esta investigación queda demostrada la necesidad de implementar herramientas para fortalecer la unión familiar desde sus inicios, lo cual podría realizarse desde la atención primaria de salud mediante campañas y programas para incentivar el apoyo familiar.

Al servicio nacional de salud:

- Tras la identificación de la importancia familiar en la adhesión terapéutica de los pacientes hipertensos recomendamos dar le seguimiento a estos pacientes no solo desde la consulta sino también desde la perspectiva familiar.
- Proporcionar, orientar y brindar ayuda para aquellos pacientes de escasos recursos que estén diagnosticados y deseen adherirse al tratamiento.
- Crear campañas para educar a la población sobre la importancia de la familia y el papel que desempeña en la adhesión terapéutica.
- Recomendamos que involucren a las familias en el seguimiento de los pacientes diagnosticados que estén en tratamiento para que brinden su apoyo y así lograr que los pacientes no abandonen el tratamiento.
- Orientar a las familias y explicar les que mediante su apoyo pueden evitar las complicaciones que suponen una carga económica, emocional y social tanto para la familia como para el estado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Fuentes MM, Rivera Heredia E, Lopez Peñaloza J, Kanan Cedeño G, Rodriguez Orozco A. Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. Salud Mental. 2012 Abril; 35(2).
2. Molero MdM, Perez Fuentes dC, Gazquez J, Sclavo E. Apoyo familiar en mayores institucionalizados. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education. 2011 Octubre; 1(1).
3. Partida ENB, Villegas Galindo C. Funcionalidad familiar en la adherencia. Conamed. 2021; 26(2).
4. Alfonso LM. Acerca del concepto de adherencia terapeutica. Revista Cubana de Salud Publica. 2004 sep-dic; 30(4).
5. Alfonso LM. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Revista Cubana de Salud Publica. 2006 jul-sep; 32(3).
6. Ortiz M, Ortiz E. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. Revista Medica de Chile. 2007 Mayo; 135(5).
7. Formentin m, Carbajales , Medina , Formentin , Formentin. Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos de un consultorio médico perteneciente al Policlínico Universitario “Joaquín de Agüero y Agüero”. Revista Informacion cientifica. 2021 junio; 100(4).
8. Pochuanca-Ancco L, Villacorta , Hurtado Rocca Y. Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de un hospital del seguro social. REVISTA DEL CUERPO MÉDICO HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO, CHICLAYO, PERU. 2021; 14(3).
9. Arreola SO, Salazar Gomez T. Impacto del apoyo familiar en la adherencia. Revista Mexicana de enfermeria cardiologica. 2009 Diciembre ; 17(1-3).
- 10 Reyes FM, Rodriguez Moran. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertension arterial . esencial. Salud Publica de Mexico. 2001 Julio-Agosto; 43(4).
- 11 Rodríguez LL. ADHERENCIA TERAPEUTICA Y DISPOSITIVOS SPD. madrid: UNIVERSIDAD . COMPLUTENSE, farmacia; 2019 abril.
- 12 Dominguez GIM, Martinez Sanchez LM, Lopera Valle JS, Vargas Grisales N. La importancia de la . adherencia terapeutica. Revista Venezolana de Endocrinologia y Metabolismo. 2016 Junio; 14(2).

- 13 Montejo CA, Zapata Vasquez R, Lopez Ramon C, Zarracino E. Adherencia terapeutica y funcionalidad familiar en pacientes con enfermedades hematologicas. Horizonte sanitario. 2018 septiembre-diciembre; 17(3).
- 14 Mendez HL, Flores Rodriguez N. Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes mellitus e hipertension arterial en el Hospital de Puente Piedra-Lima. Cuidado y salud. 2014 julio-diciembre; 1(2).
- 15 Ahmed José Pomares Avalos MAVNESRD. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. finlay. 2017 julio; 7(2).
- 16 Pérez MEB. La familia: Desde lo tradicional a lo discutible. scielo analytics. 2017 jul-dic; 13(26).
- 17 Murga HV. Tipo de familia y ansiedad y depresión. Scielo analytics. 2014 abril; 25(2).
- 18 victoria cabrera garcia mdcdmlmm. Familia y escuela: contextos asociados al inicio de la actividad sexual de los adolescentes colombianos. scielo salud publica. 2018 may-jun; 20(3).
- 19 Mildred Puello Scarpatti MSPASS. Límites, reglas, comunicación en familia monoparental Con hijos adolescentes. scielo analytics. 2014 jul-dic; 10(2).
- 20 carmen susana gonzalez montoya agv. organizaciones familiares diferentes de las familias reconstituidas. revista electronica de psicologia iztacala. 2005 diciembre; 8(3).
- 21 Dr. José Fernando Placeres Hernández DDHOMDGMRMJRUCDSAJB. La familia homoparental en la realidad y la diversidad familiar actual. scielo analytics. 2017 mar-abr; 39(2).
- 22 Gonzáles-Castro P. El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Waxapa. 2011 jul-dic; 2(5).
- 23 Guarnaluses DLJB. Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. scielo analytics (MEDISAN). 2016 nov; 20(11).
- 24 Chaveco MEN, Moya Gonzalez. Roca Goderich Temas de Medicina Interna. 5th ed. Ferran TS, Quesada Pantoja , Mujica Ruiz , Pacheco Perez Y, editors. La Habana: Editorial Ciencias Medicas; 2017.
- 25 Delgado JAS, Sanchez Lara N. Agregación familiar en individuos con hipertensión arterial esencial y factores de riesgo. Revista Finlay. 2020 Diciembre ; 10(4).
- 26 Ledesma ER, Junco Alevaero JV, Flores Martinez M, Fornaris Hernandez A, Ledesma Santiago RM, Afonso Pereda Y. Caracterización clínica-epidemiológica de la hipertensión arterial. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2019 Jul-Sept; 35(3).

- 27 Perez NAA, Reyes Ali , Ramos Labrada , Herrada Cuevas , Garcia Alvarez. Principales factores de riesgo de la hipertensión arterial en trabajadores del Banco de Sangre Provincial "Renato Guitart Rosell". MEDISAN. 2018 Abril ; 22(4).
- 28 Poma J, Carrillo , Gonzalez. Funcionalidad familiar y factores de riesgo modificables para hipertensión arterial. Universitas Medica. 2018 Marzo ; 59(1).
- 29 Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2021 [cited 2022 3 7]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension#:~:text=Entre%20los%20factores%20de%20riesgo,el%20sobrepeso%20o%20la%20obesidad.>
- 30 Ocharan-Corcuera J, Espinosa Furlong MdC. Hipertension arterial. Definicion, clinica y tratamiento. Gaceta medica Bilbao. 2016 Noviembre ; 113(4).
- 31 Ulises Luna-Breceda SdRHVLCUETdJBGDARN. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan Jalisco, México. medigraphic. 2017 abr-may; 24(3).
- 32 Ahmed José Pomares Avalos MBRMAVNRESA. Relación entre la adherencia terapéutica y el apoyo social percibido en pacientes con hipertensión arterial. scielo analytics. 2020 abr-jun; 36(2).
- 33 RODRÍGUEZ JVA. FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL I LUIS ALBRECHT ESSALUD. tesis doctoral. trujillo, peru: UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO, facultad de medicina; 2016.
- 34 Alicia del Rosario Ramírez Pérez JFRPJCBZ. Adherencia terapéutica antihipertensiva y factores asociados al incumplimiento en el primer nivel de atención en Cienfuegos, 2019. revista cubana de farmacia. 2019; 53(1).
- 35 José Juan Ortega Cerda DSHÓARMJMOL. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. scielo analytics. 2018 jul-sep; 16(3).
- 36 Renzo Rivera MCC. Influencia de la familia sobre las conductas antisociales en adolescentes de Arequipa-Perú. scielo analytics. 2016 ener-jun; 30(120).
- 37 Cynthia Aguilar-Montejo RZVCLREZZ. Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en pacientes con enfermedades hematológicas. scielo analytics. 2018 sep-dic; 17(3).
- 38 Santiago A. López Vázquez RCV. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. revista habanera de ciencias medicas. 2016 ene-feb; 15(1).
- 39 Quezada T. ministerio de salud publica. [Online].; 2017 [cited 2022 marzo 11. Available from: <https://www.arapf.org/wp-content/uploads/2018/08/MODELO-DE-ATENCION-EN-SALUD-PARA-EL-SISTEMA-NACIONAL-DE-SALUD.pdf>.

40 Anna Cristina Hernández R. JDRJDdJ. OBSERVATORIO DE POLITICAS SOCIALES Y DESARROLLO.
 . [Online].; 2019 [cited 2022 MARZO 11. Available from:
http://www.opsd.gob.do/media/28817/boletin32-situacion-del-sistema-de-salud_p2.pdf.

APENDICES

ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

CUESTIONARIO

EDAD: _____

SEXO:

a) Femenino b) Masculino

NIVEL DE ESCOLARIDAD:

a) Nivel inicial b) Nivel básico c) Nivel medio d) Nivel superior

INGRESOS MENSUALES:

a) Menos de 5,000 pesos b) 5,000 a 15, 000 pesos c) 15, 500 a 35, 000 pesos
d) 35,000 a 85,000 pesos e) más de 85, 000 pesos

CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Afirmaciones	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
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 los 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 el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos.					

9.Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos.					
10.Utiliza recordatorios que facilitan la realización del tratamiento.					
11.Usted y su médico analizan como cumplir el tratamiento.					

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Afirmaciones	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1.Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2.En mi casa predomina la armonía.					
3.En mi casa cada uno cumple con 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 difíciles.					
8.Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás lo ayudan.					
9.Se distribuyen las tareas de forma que nadie este 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 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado

Por medio del presente documento, de manera libre y voluntaria, encontrándome en perfecto estado mental y goce de mis derechos civiles y políticos, estoy de acuerdo en participar y autorizo a la Dra. Francis Venecia Ramírez Feliz y al Dr. Odalis Enrique Serraty Santana a utilizar la información suministrada, en su proyecto de investigación para optar por el título de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Los cuales realizaran una investigación científica con la finalidad de determinar cual es la relación del apoyo familiar en la adhesión del tratamiento en los pacientes hipertensos que asisten a consulta de medicina familiar y comunitaria del hospital regional doctor Marcelino Vélez santana

Los datos serán obtenidos mediante el llenado de un formulario, con preguntas puntuales de los objetivos y las variables operacionalizadas en esta investigación. Las informaciones recolectadas incluyen: sexo, edad, ingresos económicos, escolaridad, funcionalidad familiar e información acerca del uso del tratamiento utilizado para la hipertensión arterial.

No habrá retribución económica ni de otra índole por la participación en este estudio, pero esta información le podrá beneficiar de manera indirecta mediante los beneficios otorgados a la sociedad en general, por el tipo de investigación que se está llevando a cabo.

La participación en esta investigación es voluntaria y en cualquier momento puede dejar de participar, solo debe informar y no se cuestionará su decisión. Su posición no afectara

su trato como paciente en este centro de salud. Y los beneficios se le otorgaran como a cualquier otro paciente de la sociedad.

Al aceptar participar en esta investigación, entiende que su participación no conlleva ningún riesgo ni beneficio directo y que sus datos (información personal y médica) serán mantenidos en total confidencialidad.

Hecho y firmado de buena fe, en la ciudad de Santo Domingo, municipio Santo Domingo Oeste, a los ____ del mes de _____ del año _____.

Firma

ANEXO 3: CRONOGRAMA

Meses Actividades	Enero	Feb	Marz	Abril	May	Jun	Jul
Realización de anteproyecto	x	x	x				
Aprobación del anteproyecto			x				
Recolección de los datos				x	x		
Sistematización de información				x	x		
Redacción del borrador						x	
Redacción final						x	
Entrega de tesis						x	
Presentación							x

ANEXO 4: PRESUPUESTO

Concepto	Cantidad	Precio por unidad	Precio total
Recursos humanos			
Sustentante	2	0.00	0.00
Profesora	1		
Pago de derecho a tesis	1	10,000.00	10,000.00
Sub-total			10,000.00
Materiales gastables	Cantidad	Precio por unidad	Total
Papel bond	1 resma	500.00	500.00
Lápices	5	5.00	25.00
Bolígrafos	5	10.00	50.00
Borras	1	15.00	15.00
Sacapuntas	1	20.00	20.00
Copias	200	5.00	1,000.00
Cuadernos	1	100.00	100.00
Sub-total			1710.00

Servicio	Cantidad	Precio por unidad	Total
Internet	20 horas	40.00	800.00
Digitación	1	1500.00	1,500.00
Encuadernación	5	50.00	250.00
Sub-Total			2550.00
Otros	Cantidad	Precio por unidad	Total
Tarjeta de llamadas	30	100	3,000.00
Comida	30	150	4,500.00
Transporte	25	100.00	2,500.00
Sub-Total			10,000.00
Total			24,260.00