

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR



ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

ADAPTACIÓN FAMILIAR, ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y CALIDAD DE SERVICIOS EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD SAN CRISTÓBAL, PORTOVIEJO, SEPTIEMBRE - NOVIEMBRE 2016

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DRA. ANCHUNDIA CHÁVEZ MELISSA SAMANTHA

DIRECTOR DE TESIS: DR. JAVIER MENDOZA

DIRECTOR METODOLÓGICO: DR. CARLOS TERÁN

PORTOVIEJO 2016

DEDICATORIA

A mi familia, mi todo, mi fuerza, mi pilar, mi mundo.

AGRADECIMIENTO

A Dios, porque gracias a sus bendiciones he recorrido con parabienes mi camino.

A mi pareja, el amor de mi vida, quien con su apoyo incondicional ha estado en los momentos más difíciles y hemos salido adelante, así como me ha brindado los momentos más felices y hermosos de la vida. Tu eres mi pilar, mi fuerza, mi ancla a la realidad.

A Roberth, quien con su candidez me hace salir a enfrentarme al mundo a diario.

A mi hermana, mi mejor amiga y consejera.

A mis padres quienes me hicieron la persona que soy, son mi alma hecha realidad.

A todos los tutores que guiaron mi vida académica.

A el tribunal que orientó la elaboración de la presente investigación.

A la PUCE por acogerme entre sus estudiantes.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

1 DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Anchundia Chavez Melissa Samantha, C.I 130804372-6, autora del trabajo de titulación: **ADAPTACIÓN FAMILIAR, ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y CALIDAD DE SERVICIOS EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD SAN CRISTÓBAL, PORTOVIEJO, SEPTIEMBRE - NOVIEMBRE 2016**, previa a la obtención del título profesional de **ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA** en la facultad de Medicina:

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca PUCE el referido trabajo de titulación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Portoviejo, enero 2017

Dra. Melissa Samantha Anchundia Chávez

TABLA DE CONTENIDOS

Contenido

1	DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN.....	4
1.1	Introducción.....	12
1.2	Problema	15
1.2.1	Planteamiento del Problema	15
1.3	Justificación	16
2	Capítulo II.....	19
2.1	Revisión Bibliográfica.....	19
2.1.1	Antecedentes.....	19
2.1.2	Familia.....	22
2.1.3	Enfermedades crónicas no transmisibles. Hipertensión arterial	23
2.1.4	Adherencia Terapéutica.....	26
2.1.5	Adaptabilidad Familiar.....	28
2.1.6	Calidad de los servicios de salud.....	30
3	Capítulo III.....	32
3.1	Metodología.....	32
3.1.1	Objetivos.....	32
3.1.2	Hipótesis	32
3.1.3	Tipo de estudio	33
3.1.4	Muestra.....	33
3.1.5	Procedimiento.....	34
3.1.6	Análisis de los datos.....	35
3.2	Aspectos bioéticos	36
3.3	Aspectos administrativos.....	37
3.3.1	Limitaciones	37
4	Capítulo IV.....	38
4.1	Resultados	38
4.1.1	Análisis Univariado	38
4.1.2	Análisis Bivariado	43
5	Capítulo VI.....	45
5.1	Discusión	45

6	Capitulo VII.....	47
6.1	Conclusiones	47
6.2	Recomendaciones	48

Tabla de Abreviaturas

FACES III: Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar

ACIC: Evaluación de cuidados crónicos cliente interno

PACIC: Evaluación de los cuidados crónicos por pacientes

MSP: Ministerio de salud Pública del Ecuador

OMS: Organización Mundial de la Salud

JNC 8: Octavo Comité Nacional Conjunto

OPS: Organización Panamericana de la Salud

RESUMEN

Objetivo: Se identificó la calidad de atención en los servicios de salud y la adaptabilidad familiar en relación a la adherencia terapéutica de las personas con diagnóstico de Hipertensión Arterial en el Centro de Salud de San Cristóbal, de la ciudad de Portoviejo, durante el período de septiembre a noviembre del 2016. **Tipo de estudio:** Corte Transversal. **Muestra:** 58 pacientes adultos con hipertensión arterial en tratamiento con antihipertensivos orales con n=58. **Variable:** Edad, sexo, estado civil, nivel de educación, situación laboral, Hipertensión Arterial; convivencia familiar, adaptabilidad, y calidad de los servicios de salud. **Medición:** Se utilizó los instrumentos; Cuestionario de Moriski Green para adherencia terapéutica, FACE III (Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar) para adaptabilidad Familiar y el Cuestionario de ACIC – PACIC (Evaluación de cuidados crónicos cliente interno - Evaluación de los cuidados crónicos por pacientes) para la calidad de los servicios de salud en pacientes con patologías no transmisibles crónica.

Análisis: Se utilizó el Programa EpiInfo, versión 3.5.2 y la hoja de cálculo Microsoft Excel 2010. **Costo:** \$ 3015.10. **Duración:** Aproximadamente 3 meses desde septiembre a noviembre del 2016.

Resultados: Se obtuvo como resultados, usuarios estudiados entre 45 y 65 años la gran mayoría casados, con un nivel educativo medio alto; por una parte, mientras que la dinámica familiar es adecuadamente buena en núcleos donde hay personas con diagnóstico de hipertensión, lo que da una excelente adherencia terapéutica.

Conclusión: El estudio realizado concluye que la buena adaptabilidad familiar conlleva que el usuario tenga una adherencia terapéutica buena y concordante con la

prescripción médica, pero que es imperativo dar determinación a mejorar la calidad de los servicios de salud según los estándares internacionales y los determinados por el MSP (Ministerio de Salud Pública del Ecuador), ya que estos a pesar de ser analizados desde la visión del usuario como buenos servicios; no son los requeridos según lineamientos establecidos de buena calidad de servicios de salud.

PALABRAS CLAVES: Adherencia Terapéutica; adaptabilidad familiar; hipertensión arterial; atención primaria; familia, dinámica familiar.

ABSTRACT

Objective: To identify the quality of care in the health services and the family adaptation in relation to the therapeutic adherence of people with the diagnosis of Arterial Hypertension in the Health Center of San Cristóbal, in the city of Portoviejo, during the period From September to November 2016. **Type of study:** Cross Section.

Sample: Of 58 adult patients with hypertension with oral antihypertensives with n = 58. **Variable:** Age, sex, marital status, education level, work situation, Hypertension; Family life, adaptability, and quality of health services. **Measurement:** Use the instruments Moriski Verde questionnaire for therapeutic adherence, FACE III for adaptation and family cohesion and ACIC Questionnaire for the quality of health services in patients with chronic noncommunicable diseases.

Analysis: The EpiInfo Program, version 3.5.2 and the Microsoft Excel 2010 spreadsheet will be used. **Cost:** \$ 3015.10. **Duration:** Approximately 3 months from September to November 2016.

Results: It is obtained as users studied between 45 and 65 years in most cases, with a high average educational level; On the one hand, while the family dynamics is adequately good in the nuclei where there are people diagnosed with hypertension, which is not an excellent therapeutic adherence.

Conclusion: The study concludes that the good family adaptation entails that the user has a good therapeutic adherence and agrees with the medical prescription, but that it is imperative to give determination an improvement of the quality of the health services according to the international standards and the results By The MSP, since these have been analyzed from the view of the user as good services; They are not those required by the established guidelines of good quality health services.

KEYWORDS: Therapeutic Adherence; Family adaptability; Arterial hypertension;
Primary care; Family, family dynamics.

1. Capítulo I

1.1 Introducción.

¿Qué es una familia, hoy? En tiempos actuales se deben tomar en cuenta los cambios generacionales y las costumbres sociales, pues en las colectividades modernas, sin excepción de la nuestra, la familia no se limita a la definición que nos da la organización Mundial de la salud que la define como un “Grupo de personas del hogar que tiene cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general, al cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos” (Zurro Martin, 2016); quedando de ésta manera como un término genérico debido a las nuevas conformaciones familiares ya sean por separación, uniones de parejas del mismo sexo o reconstrucciones familiares, entre otras. Sociólogos como Ezequiel Ander Egg conceptualiza el término familia como, “Institución histórica y social, permanente y natural, compuesta por un grupo de personas ligadas por vínculos que emergen en la relación intersexual y de la filiación. Depende de la forma de organización social y de todo el contexto cultura donde se desenvuelva.” (Ander Egg, 2012). Desde el punto de vista sociológico; la familia es el principal agente o factor de la educación por la duración y fijación de sus enseñanzas. La familia puede educar por su influjo o por su rechazo, pero en cualquiera de las dos tendencias su impacto en la socialización es esencial y duradero. (Guevara, 2000)

Al hablar de familia y enfermedades crónicas no transmisibles, es pertinente recordar que al menos uno de cada seis adultos padece alguno de los trastornos crónicos más frecuentes: dolor de espalda lumbar, hipertensión arterial, artrosis, artritis o reumatismo, colesterol elevado y el dolor cervical crónico. La mayoría de los

problemas observados son más frecuentes en mujeres (OMS, 2011) . La evolución de algunos de los principales trastornos crónicos y factores de riesgo muestra una tendencia ascendente: la hipertensión arterial, el colesterol elevado y la diabetes, todos ellos factores de riesgo cardiovascular. Desde 1993, según la encuesta nacional de salud en España, nos reseña porcentualmente; la hipertensión ha pasado del 11,2% al 18,5%, la diabetes del 4,1% a 7,0% y el colesterol elevado de 8,2% a 16,4% (Ministerio de Salud de España, 2011).

Según datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde el año 2010, la adherencia al tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas en los países desarrollados se sitúa en torno al 50%; en los países en desarrollo, las tasas son aun menores. Es innegable que para muchos pacientes es difícil seguir las recomendaciones de tratamiento (OMS, 2011) Algunos estudios aseguran que el porcentaje de incumplimiento puede variar dependiendo del tipo de tratamiento y de la patología. La falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico de base, es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, que afecta especialmente en el tratamiento de las enfermedades crónicas.

Según el “Joint National Committee” JNC 8 que es la guía actualizada del Manejo de hipertensión arterial, indica que la hipertensión arterial es la condición más común que se observa en la atención primaria y podría conducir a un infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal y muerte si no se detecta a tiempo y se trata adecuadamente (James PA, Oparil S, Carter BL, & et al, 2014); motivo por el cual es imprescindible realizar un correcto y oportuno diagnóstico de dicha patología. Es importante establecer un tratamiento y adherencia adecuada con la finalidad de

disminuir las tasas de las complicaciones enumeradas. La adherencia al tratamiento puede tener diversas aristas. Puede conceptualizarse como cumplimiento; acatamiento de órdenes establecidas por el profesional de salud o incluso, llegar a un acuerdo entre médico paciente con la finalidad de que la administración farmacológica y el plan terapéutico sean adecuados a la necesidad de cada uno de los pacientes y sus diagnósticos, y no llegar a complicaciones biológicas en caso de una mala adherencia.(Osterberg & Blaschke, 2005).

El problema de la adherencia a los tratamientos crónicos, puede tener numerosos factores asociados, tales como:

- La frecuencia de dosificación.
- Los conocimientos sobre la enfermedad, su gravedad y consecuencias.
- Las actitudes, creencias y expectativas sobre los tratamientos y sus efectos favorables y adversos.
- La percepción sobre las propias capacidades para lograr cambios de conductas relacionados con buenos resultados (autoeficacia).
- Factores relacionados con el acceso y costo de la atención y tratamiento.
- Factores demográficos como edad, género, estado civil, nivel socioeconómico.
- Factores sociales y culturales como relaciones de apoyo familiar e influencia de normas sociales. (Téllez T, 2004)

La adaptabilidad como tal, es curvilínea, esto implica que puede establecerse en una dimensión disfuncional o no, siendo los niveles moderados los relacionados con un buen funcionamiento familiar; por lo tanto, abarca los siguientes tipos de familias:

familias rígidas (adaptabilidad muy baja), familias estructuradas (adaptabilidad moderada-baja), familias flexibles (adaptabilidad moderada-alta) y familias caóticas (adaptabilidad alta). La comunicación es una dimensión facilitadora, cuya relación con el funcionamiento familiar es lineal; es decir, a mejor comunicación familiar mejor funcionamiento familiar. Entre los conceptos considerados se encuentran: empatía y escucha activa por parte del receptor, habilidades del emisor, libertad de expresión, claridad de expresión, continuidad y respeto y consideración. (Martínez, 2006)

1.2 Problema

1.2.1 Planteamiento del Problema

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje es una maquinaria. La importancia de conocer todas sus características radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad. (Mendoza, 2006)

La falta de adherencia es un hecho recurrente y un problema global, mismo que impide que la morbi-mortalidad asociada a enfermedades crónicas pueda ser evitada. (Carhuallanqui, Diestra-Cabrera, Tang-Herrera, & Málaga, 2010)

Además es importante recalcar que en la actualidad se habla mucho de calidad, todos solicitan productos y servicios de calidad; asimismo, se habla de certificación y acreditación como una forma de garantía de calidad.

Con los antecedentes estadísticos de la unidad operativa es evidente el desconocimiento de que si gran parte de las personas con diagnosticados de hipertensión arterial, llevan un mal control de su enfermedad si no existe una correcta

adherencia familiar a tratamiento requerido, e inclusive si la calidad y nivel de atención medica influye positiva o negativamente en la adherencia terapéutica así como en la buena empatía médico - paciente.

Por tanto se formula la siguiente pregunta

¿Cuáles son las características de adaptación familiar y adherencia terapéutica en relación con la calidad de los servicios de salud de las personas con hipertensión arterial usuarias de la unidad operativa San Cristóbal?

1.3 Justificación

Dentro del espectro de enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial es un problema de salud pública y una de las causas de morbi-mortalidad más alta por padecimientos no transmisibles; por lo tanto es una de las prioridades de salud en el país, y por ende del área de influencia del centro de Salud San Cristóbal. Presentando un gran número de personas que consulta por control de diagnóstico de Hipertensión Arterial. Es así como una de las acciones para lograr su prevención es el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento y determinar que elementos de la dinámica familiar mejoran dicha adherencia, considerando que la incidencia y prevalencia es alta en la atención médica, siendo primordial investigar el grado de influencia familiar y/o apoyo al tratamiento de su enfermedad. El apoyo social de miembros de la familia afecta a los resultados de enfermedades crónicas, así como sus comportamientos. (Rosland, Heisler, & Piette, 2011) Los problemas de cumplimiento, tanto si se producen temprano o tarde en el curso del tratamiento, son clínicamente significativo, ya que la adherencia es un mediador de la evolución clínica. (Lora E Burke, 1997)

Se determinó dentro de ésta investigación que parte de los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial, llevaron un buen control de su enfermedad si existe una correcta adherencia familiar al tratamiento requerido, o que grado de afectación constituye la calidad de los servicios de salud; con el consiguiente aumento del riesgo de secuelas por la enfermedad primaria. Además de presentar efectos psicológicos y sociales importantes tanto para el paciente como para su familia, siendo estas repercusiones de la enfermedad en el individuo posiblemente direccionadas a sentimientos desagradables que perturban las relaciones interpersonales y la interacción familiar por la pérdida de la autoestima, la motivación o la autonomía o bien por la incapacidad de adaptación del sistema familiar.

Parte fundamental en la prevención de la patología antes mencionada y sus secuelas es la adherencia adecuada a los tratamientos farmacológicos como no farmacológicos, determinados por el personal sanitario, por lo que se consideró pertinente conocer la adaptación entre los usuarios diagnosticados con hipertensión arterial y su familia, dentro del área de influencia de estudio ya que no existen estudios previos. La atención primaria contribuye a la prevención y al control de Enfermedades Crónicas no transmisibles mediante la prevención primaria de los factores de riesgo (promoción de la actividad física, disuasión del inicio del tabaquismo), la prevención secundaria de las complicaciones derivadas de factores de riesgo existentes y la prevención terciaria (rehabilitación y prevención de futuras complicaciones derivadas de accidentes cerebrovasculares o la diabetes no controlada) (Macinko James, 2011)

A pesar de la disponibilidad de tratamiento eficaz, y políticas de salud gubernamental, más de la mitad de los pacientes en tratamiento para la hipertensión abandonan la atención farmacológica por completo dentro del primer año de diagnóstico y de los

que permanecen bajo supervisión médica sólo muy pocos continúan con su medicación prescrita, evidenciable en las historias clínicas de las personas que consultan el Centro de Salud San Cristóbal. En consecuencia, debido a la aparente mala adherencia al tratamiento antihipertensivo, una gran mayoría de los pacientes con un diagnóstico de hipertensión no logra el control de la presión arterial óptima.

Los datos de aparente abandono terapéutico, en pacientes hipertensos, hicieron pertinente determinar la estadística real de adherencia terapéutica, calidad de los servicios de salud en nuestros usuarios y los posibles factores influyentes, para realizar las intervenciones requeridas.

2 Capítulo II

2.1 Revisión Bibliográfica

2.1.1 Antecedentes

Según el último reporte de la Organización Mundial de la Salud, OMS uno de los factores de riesgo clave de las enfermedades cardiovasculares es la hipertensión arterial. La misma afecta actualmente ya a mil millones de personas en el mundo, y puede provocar complicaciones tales como infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares. Investigaciones hoy en día calculan que la hipertensión es la causa por la que mueren anualmente nueve millones de personas. (OMS, 2013)

Un reporte parecido de la OMS se resaltan las repercusiones económicas de las enfermedades crónicas: «Esta es una situación muy grave, tanto para la salud pública como para las sociedades y las economías afectadas, y se prevé que el número de víctimas aumente». (Mendoza, 2006)

Las complicaciones de la Hipertensión Arterial (HTA) se relacionan directamente con la magnitud del aumento de la tensión arterial y el tiempo de evolución. El tratamiento temprano de la HTA tiene importantes beneficios en términos de prevención de complicaciones, así como de menor riesgo de mortalidad. (Campos-Nonato et al., 2013)

Entre los factores que se han identificado y que contribuyen a la aparición y origen de HTA, varias investigaciones citan la edad, una alta ingesta de sodio, dietas elevadas en grasas saturadas, tabaquismo, inactividad física y presencia de enfermedades crónicas como obesidad, dislipidemias y diabetes. (Campos-Nonato et al., 2013)

Por otra lado en el momento actual el tema del cumplimiento de los tratamientos médicos; (adherencia terapéutica) tiene gran trascendencia y ello es debido a que una serie de conductas de riesgo y problemas de salud requieren, necesariamente, que la persona ponga en práctica las recomendaciones terapéuticas y/o de salud y médicas que se le han indicado, lo cual no siempre se realiza correctamente. (Martín Alfonso, 2004)

Uno de los problemas que enfrenta, el abordaje de este tema es la definición conceptual del fenómeno de cumplimiento o incumplimiento de las prescripciones. (Martín Alfonso, 2004)

Por otra parte, la diversidad de conceptualizaciones trae confusión e incompreensión o discrepancia, No es poco frecuente observar, incluso entre profesionales de la salud, médicos, enfermeros, técnicos de salud, expresiones de duda o desconocimiento al escuchar el término “adherencia terapéutica”, lo que conduce inevitablemente al cuestionamiento acerca del sistema de acciones que estén realizando para lograr la conducta de cumplimiento adecuado de las prescripciones en sus pacientes. (Martín Alfonso, 2004)

El comportamiento de adherencia a los tratamientos es uno de los indicadores más importantes a evaluar en los usuarios con factores de riesgo para la salud cardiovascular (scv), ya que la mala adherencia terapéutica conduce a mantener altos índices de morbimortalidad, con repercusiones a diversos niveles ya sean, sociales, económicos, individuales y familiares. (Guerra, 2012)

2.1.1.1 Ubicación Geográfica de Sector San Cristóbal

El Sub Centro de Salud San Cristóbal se encuentra ubicado en el sector “a” de la parroquia 18 de octubre del cantón Portoviejo en la provincia de Manabí, cuenta con una superficie de 954.9 Km² limitando al:

Al Norte: Con la ciudadela Municipal.

Al Sur: Propiedades de la Universidad Técnica de Manabí

Al Este: Se encuentra la ciudadela Primero de Mayo

Al Oeste: Terrenos del Parque forestal.

2.1.1.2 División político administrativa

Su ubicación permite que toda la comunidad sea favorecida dando facilidad a las diferentes áreas de afluencia, que conformen la comunidad de San Cristóbal. Sus áreas geográfica corresponden a los sectores de la Ciudadela San Cristóbal, San José, El Maestro, Negrital, Nuevo Paraíso, 12 de Marzo, Ciudadela Universitaria 3 etapa y Cdla Luz de América. Siendo un Sector comercial y en donde se sitúa instituciones públicas.

2.1.1.3 Descripción general del territorio

Su ubicación permite que toda la comunidad sea favorecida dando facilidad a las diferentes áreas de afluencia, que conformen la comunidad de San Cristóbal.

El acceso a la comunidad es a través de la Avenida Reales Tamarindos y 1° de Mayo, por medio de la Cooperativa de Transporte Ciudad del Valle. Además existe otra ruta que es recorrida por los buses de la Cooperativa Portoviejo, cuyo eje de acceso es a través de la Vía Crucita-Portoviejo. Cierta parte de la Población cuenta con vehículos particulares (carro, moto y bicicleta), su terreno es regular. Además, posee otras vías de comunicación con los sitios vecinos en regular estado.

2.1.2 Familia

Desde el punto de vista sociológico se conceptualiza a la familia como la institución histórica y social, permanente y natural, compuesta por un grupo de personas ligadas por vínculos que emergen de la relación intersexual y de la filiación. Depende de la forma de organización social y de todo el contexto cultural donde se desenvuelva. (Social, 2012)

De acuerdo con Friedemann, la familia es una unidad con estructura y organización que interactúa con su medioambiente, es un sistema social, con subsistemas interpersonales definidos por uniones emocionales y responsabilidades comunes, sujeta a cambios que pueden afectar su estabilidad. (Zavala-Rodríguez, Ríos-Guerra, García-Madrid, & Rodríguez-Hernández, 2009)

El núcleo familiar es el principal agente o factor de la educación por la duración y fijación de sus enseñanzas. La familia puede educar por su influjo o por su rechazo, pero en cualquiera de las dos tendencias su impacto en la socialización es esencial y duradero. (Guevara, 2000)

La familia tiene funciones indispensables con impacto en la sociedad como son: la renovación y el crecimiento de la misma, la satisfacción de gran parte de las necesidades básicas del hombre, la socialización y educación como individuos, la adquisición del lenguaje y la formación de los procesos fundamentales del desarrollo psíquico. Así mismo, la familia es el grupo social en el que se satisfacen las necesidades afectivas y sexuales indispensables para la vida social de las personas y donde se protegen las generaciones futuras. Es una unidad básica bio-psicosocial, con leyes y dinámicas propias que le permiten mantenerse en equilibrio, sin perder su identidad como grupo primario de organización social mediante la unidad, la

continuidad en el tiempo y el reconocimiento de la comunidad que lo rodea. (Social, 2012).

2.1.3 Enfermedades crónicas no transmisibles. Hipertensión arterial

Las enfermedades no transmisibles constituyen la principal causa de muerte a nivel mundial, en la actual sociedad globalizada, ya que provocan más defunciones que todas las demás causas juntas, y afectan más a las poblaciones de ingresos bajos y medios. Si bien dichas enfermedades han alcanzado proporciones de epidemia, podrían reducirse de manera significativa combatiendo los factores de riesgo y aplicando la detección precoz y los tratamientos oportunos, con lo que se salvarían millones de vidas y se evitarían sufrimientos indecibles. (OMS, 2011)

Diagnosticamos la HTA cuando las cifras promedio de la presión arterial sistólica (PAS) y/o las de la presión arterial diastólica (PAD), medidas en la consulta, son de forma mantenida iguales o mayores a 140/90 mmHg, respectivamente, en adultos mayores de 18 años o iguales o mayores a las correspondientes al percentil 95 de los niños de su edad en los menores de 18 años. («Guía clínica de Hipertensión arterial», s. f.)

El diagnóstico de HTA se basa en una media de dos o más determinaciones de la PA obtenidas de manera adecuada en cada una de al menos dos visitas efectuadas en la consulta, separadas varias semanas. Si en las visitas iniciales la PAD ≥ 130 mmHg (CHEP, 2013) o la PA $\geq 180/120$ mmHg, dentro del cuadro de una emergencia hipertensiva, se diagnostica HTA y se procede a su tratamiento inmediato.

Para ayudar a establecer el diagnóstico podrían emplearse técnicas complementarias a la toma de la presión en la consulta (PAC), como son la auto medida de la presión arterial (AMPA), efectuada en el domicilio por el paciente o sus allegados, o la

monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA), en la que un dispositivo automático toma la PA al paciente de forma programada durante sus actividades habituales (tabla 1). La técnica más precisa es la MAPA, pero tanto ésta como la AMPA son más representativas de los valores de PA, más reproducibles y presentan una mejor correlación con la afectación de los órganos diana y la mortalidad cardiovascular que la PA medida en la consulta. (Ministerio de salud de México, 2011)

Definiciones de HTA según los valores de la PA en la consulta y fuera de la consulta. (CHEP, 2013; ESH-ESC, 2013)			
Categoría	PAS (mmHg)	y/o	PAD (mmHg)
PA en la consulta (PAC)	≥140	y/o	≥90
MAPA			
• Diurna (o cuando el paciente está despierto)	≥135	y/o	≥85
• Nocturna (durante el descanso)	≥120	y/o	≥70
• PA de 24 horas	≥130	y/o	≥80
AMPA	≥135	y/o	≥85

Fuente: Ministerio de salud de México

2.1.3.1 Clasificación de la hipertensión arterial

La presión arterial según el **Octavo Comité Nacional Conjunto (JNC 8)** clasifica a la presión arterial como OPTIMA si los niveles de presión arterial sistólica es <120 mientras que la diastólica <80; NORMAL, si los niveles se encuentran entre; presión sistólica 120-129 y presión diastólica entre 80-84; NORMAL – ALTA con niveles de presión sistólica 130-139 y presión diastólica de 85-89; se determina como HTA GRADO 1 con presión sistólica de 140-159 y presión diastólica de 90 a 99; HTA GRADO 2 con presión sistólica de 150-179 y presión diastólica de 100 a 109; HTA GRADO 3 con una presión sistólica >180 y presión diastólica >110 y finalmente HTA SISTÓLICA AISLADA cuando la presión sistólica es >140 y presión diastólica >90.

Clasificación de la HTA por sus cifras. (ESH-ESC, 2013)			
Categoría	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
Óptima	<120	y	<80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal-alta	130-139	y/o	85-89
HTA grado 1	140-159	y/o	90-99
HTA grado 2	160-179	y/o	100-109
HTA grado 3	≥180	y/o	≥110
HTA sistólica aislada	≥140	y	<90

Fuente: Ministerio de salud de México

Objetivos de manejo de Hipertensión Arterial:

Las cifras de PA a conseguir para considerar bien controlada la HTA son las siguientes:

- a) En la población general <140/90 mmHg.
- b) PAS: 140-150 mmHg. En ancianos <80 años con buena forma física, se puede considerar alcanzar cifras de PAS <140 mmHg.
- c) En los pacientes ≥80 años con buen estado físico y mental, que tengan PAS inicial ≥160 mmHg:
- d) PAS: 140-150 mmHg.
- e) En pacientes diabéticos (ESH-ESC, 2013): PAS/PAD <140/85 mmHg.
- f) Valores de PAD de 80-85 mmHg son seguros y bien tolerados.

2.1.3.2 Seguimiento del paciente hipertenso

Una vez iniciado el tratamiento farmacológico, se recomienda realizar visitas cada 2-4 semanas para ajustarlo hasta que se consiga el objetivo de la PA.

Los pacientes con una HTA inicial de grado 1 o 2, una vez alcanzado el objetivo de control de la PA, si toleran bien el tratamiento y no presentan repercusión visceral

significativa, pueden ser revisados cada 3-6 meses, por parte de enfermería y una vez al año en la consulta médica.

La frecuencia de los controles podrá incrementarse dependiendo de las circunstancias individuales: cifras de Presión arterial, enfermedades asociadas, grado de riesgo cardiovascular, tolerancia al tratamiento, complejidad y cumplimiento del mismo, etc. Las guías de práctica clínica recomiendan, en general, un seguimiento cada 6 meses o un año. (Sanchis Doménech, González, & Alberto, 2011)

Cuando haya cambios en el tratamiento, es conveniente revisar al paciente a las 2-3 semanas para comprobar la tolerancia y adherencia al mismo.

2.1.4 Adherencia Terapéutica

El cumplimiento terapéutico podría expresarse como el grado de coincidencia entre las orientaciones médico-sanitarias, no limitándose a las indicaciones terapéuticas, de tal forma que incluye asistencia a citas programadas, participación en programas de salud, búsqueda de cuidados y modificación del estilo de vida. El cumplimiento es un concepto dinámico que puede afectar a todas las fases del proceso clínico (Pérez García, 2000)

El incumplimiento terapéutico es especialmente frecuente en las enfermedades crónicas, cuando el paciente se encuentra bien controlado (y puede creer que está curado), en los ancianos, y en aquellos pacientes que tienen prescritos varios tratamientos de forma crónica. Estas tres circunstancias suelen concurrir en pacientes tratados de forma ambulatoria (Pérez García, 2000)

De esta manera investigaciones realizadas en Chile demuestran que la efectividad de los tratamientos de las enfermedades crónicas es un fenómeno complejo y ampliamente estudiado, que todavía está lejos de ser resuelto. Por ejemplo, se ha descrito que no más de 50% de los pacientes hipertensos mantienen el tratamiento indicado y, entre éstos, un tercio lo aplican incorrectamente impidiendo así que se produzca el efecto esperado. Por lo tanto, el problema actual no radica en la eficacia ni en la disponibilidad de los medicamentos, lo que en general se ha logrado, sino más bien en la escasa adherencia a los tratamientos. (Téllez T, 2004)

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. Sin embargo, es un comportamiento humano, modulado por componentes subjetivos, y en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado. (Martín Alfonso, 2004)

Según Sabaté , la adherencia es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco factores, con los cuales los pacientes interactúan: factores socioeconómicos, factores relacionados con los sistemas de salud, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con la terapia y factores relacionados con el paciente. Por otra parte, Vlasnik reporta como factores que intervienen en la falta de adherencia al tratamiento la incapacidad económica para obtener los medicamentos. (Guerra, 2012). La buena comunicación se identifica como un factor que puede potenciar la adherencia.

La familia y su unidad se constituyen un pilar fundamental de muchas decisiones de sus miembros, sobre todo en relación a su salud y todo lo que con ello conlleva. Según estudios realizados por Anderson la conducta de adhesión al tratamiento se ha relacionado entonces con la autoeficacia, la cual se encuentra correlacionada

positivamente con las conductas de salud deseadas. Es importante la convicción de la persona, de ser capaz de realizar con éxito la conducta requerida para producir ciertos resultados. Existe también el modelo de Actitud + Influencia social + Auto-eficacia, donde se propone que un paciente adherente debe tener una actitud positiva hacia el cumplimiento farmacológico, una influencia social que le incite a la adherencia y una autoeficacia suficiente que le permitirá percibirse a sí mismo capaz de tomar la medicación como ha sido prescrita. (Mendoza, 2006)

2.1.5 Adaptabilidad Familiar

La adaptabilidad se define como la posibilidad de cambio en el liderazgo, relación de roles, y normatización de la relación entre los miembros de una familia. Con el propósito de valorar esta dimensión, se han considerado diversos conceptos con fundamento sociológico; de estos conceptos pueden mencionarse: liderazgo (control, disciplina), estilos de negociación, roles, normas para la relación interpersonal y grupal, etc. Debe ser concebida como el balance entre flexibilidad y estabilidad (cambio-no cambio) y la comunicación clara, abierta y consistente. Al igual que la cohesión, la adaptabilidad se ha clasificado en una escala cualitativa ordinal que permite identificar 4 tipos de familias: rígida, estructurada, flexible y caótica. El más bajo nivel de adaptabilidad corresponde a las familias rígidas, el más alto a las caóticas. Los niveles intermedios de esta dimensión clasifican a las familias como estructuradas o flexibles. (Corzo Coello et al., 1998)

En el estudio de la salud familiar, uno de los aspectos que interesa a la medicina contemporánea es la evaluación de la funcionalidad familiar; ésta es el conjunto de funciones que se deben cumplir durante las etapas de desarrollo de la familia

fundamentalmente en los aspectos afectivos, socialización, cuidados, reproducción y estatus familiar conformes a las normas de la sociedad a la cual se pertenece. La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de alguna(s) de estas funciones por alteración en alguno(s) de los subsistemas familiares. Por otra parte, analizando a la familia como sistema, ésta es disfuncional cuando alguno(s) de sus subsistemas se altera(n) por cambios en los roles de sus integrantes. Los subsistemas conyugal, parental, filial y fraternal son dinámicos, interactuantes, con variabilidad inter e intrasistemas y los cambios significativos en ellos pueden ser breves o duraderos repercutiendo en la Funcionabilidad Familiar. (Corzo Coello et al., 1998)

Entre los indicadores más utilizados para valorar la dinámica familiar, podemos señalar los siguientes: la adaptabilidad o flexibilidad, la cohesión, el clima emocional y la comunicación. La adaptabilidad familiar se refiere en primer lugar a la flexibilidad o capacidad de la familia para adoptar o cambiar sus reglas o normas de funcionamiento, roles, etc., ante la necesidad de tener que enfrentar determinados cambios, dificultades, crisis o conflictos por los que puede atravesar la misma en un momento dado. La no presencia de esta flexibilidad impide a la familia hacer un uso adecuado de sus recursos, lo que provoca un aferramiento a esquemas, normas, roles, actitudes, que resultan poco funcionales y dificultan encontrar una solución viable a la problemática de la Situación familiar. (Zaldívar, 2004)

En las familias funcionales y saludables predominan patrones comunicativos directos y claros. Sus miembros suelen expresar de manera espontánea tanto sentimientos positivos como negativos, sus iras y temores, angustias, ternuras y afectos, sin negarle a nadie la posibilidad de expresar libre y plenamente su afectividad. En las familias saludables predomina, igualmente, un clima emocional afectivo positivo (que indica

cómo cada sujeto se siente en relación con los demás y con el grupo en su conjunto), lo cual, unido a los factores antes apuntados, potencia la integración familiar y eleva los recursos de la familia para enfrentar los conflictos, crisis y problemas que pueden presentarse en distintas etapas a lo largo del ciclo vital evolutivo familiar. (Zaldívar, 2004)

2.1.6 Calidad de los servicios de salud

En cuanto al tema de calidad; el organismo internacional de normalización ISO, en su norma 8402, ha definido a la calidad como la totalidad de características de una entidad que le confiere capacidad para satisfacer necesidades explícitas e implícitas. La norma precisa que entidad es una organización, llámese empresa o institución, producto o proceso y los elementos que conforman las necesidades son básicamente: seguridad, disponibilidad, mantenibilidad, confiabilidad, facilidad de uso, la economía (precio) y el ambiente. La definición de calidad ha ido cambiando, de ser el producto el aspecto central, luego el control de los procesos de producción para finalmente llegar al concepto de calidad total. En el mundo actual solo existe un punto central clave para las instituciones: el cliente/usuario, por lo tanto la calidad la definen los clientes/usuarios y solo las instituciones que se centran en los requisitos de sus clientes sobrevivirán en el futuro. (Miyahira, 2001)

La calidad, incluyendo la seguridad del paciente, es una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud. Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos de los Estados Miembros, aún persisten importantes desafíos en materia de calidad tanto en los países más desarrollados

como en los países en vías de desarrollo (OPS, 2007). Por tal motivo se han establecido seis líneas estratégicas de acción para el mejoramiento de la calidad de la atención sanitaria y la seguridad del paciente, con énfasis en los grupos poblacionales más vulnerables.

- Introducir y fortalecer la cultura de la evaluación, la mejora continua y la seguridad del paciente entre los profesionales.
- -Identificar líderes nacionales que actúen de forma proactiva y realicen acciones relativas a la calidad de atención y seguridad del paciente.
- -Involucrar en la calidad a los niveles de gobierno y gerenciales, al mismo tiempo que a los niveles de ejecución.
- -Realizar un trabajo interdisciplinario.
- -Promover la participación activa de los profesionales para la gestión de la calidad.
- -Incorporar la participación del paciente, la familia y la comunidad en la toma de decisiones y en la promoción del autocuidado.

3 Capítulo III

3.1 Metodología

3.1.1 Objetivos

3.1.1.1 Objetivo general

Se determinó las relaciones entre la adaptación familiar y adherencia terapéutica en relación con los servicios de salud ofertados; en personas con hipertensión arterial y se atienden en la unidad operativa San Cristóbal.

3.1.1.2 Objetivos específicos

- Se analizó la percepción de la HTA con adherencia terapéutica que tiene las personas con HTA primaria que acuden a la consulta externa de la unidad operativa San Cristóbal.
- Se analizó la percepción de calidad de los servicios de Salud que tiene los pacientes que padecen de HTA primaria que acuden a la consulta externa de la unidad operativa San Cristóbal.
- Se definió la relación entre la estructura y organización familiar y la influencia en la adherencia terapéutica de las personas con HTA primaria que acuden a consulta externa de la unidad operativa San Cristóbal.

3.1.2 Hipótesis

- ¿La adherencia terapéutica de las personas con HTA mejora según el apoyo y adaptabilidad familiar, con asesoría correcta del equipo de salud?

- Un adecuado control del tratamiento por parte de la familiar favorece la adherencia terapéutica del paciente.

3.1.3 Tipo de estudio

La investigación es de corte transversal, correlacional, con valoración y análisis de tres variables para conocer las interdependencias e influencia posible entre ellas, a partir de los casos representados por las personas con la condición crónica que son atendidas en la unidad de salud seleccionada para el estudio.

3.1.4 Muestra

La población de estudio fueron 58 usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, cuyos datos se tomaron de la matriz electrónica de historias clínicas, los mismos que fueron analizados y categorizados previamente en el Análisis Situacional Integral De Salud, ASIS, elaborado por la unidad operativa asistencial San Cristóbal, que deben cumplir con los criterios de inclusión y exclusión. Se cuenta con una muestra no probabilística, realizando un estudio de casos, correlacional por analizar la asociación de tres parámetros.

3.1.4.1 Criterios de inclusión

- Tener el diagnóstico de hipertensión arterial
- Realizar sus controles médicos en la unidad operativa San Cristóbal,
- Edad entre 45 y 65 siendo estos los grupos de mayor afectación.
- Personas con autonomía

3.1.4.2 Criterios de exclusión

- Tener otra enfermedad crónica (Comorbilidades)
- Población Flotante
- Ser menor de edad
- Edad menor de 45 y mayor de 66 años

3.1.5 Procedimiento

3.1.5.1 Operacionalización de las variables

Tabla 1. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR
Enfermedad crónica no transmisible	Son enfermedades que no se transmiten de persona a persona y son de larga duración.	Cuantitativa	NOMINAL • Diabetes Mellitus • Hipertensión arterial • Cáncer	Diagnóstico Clínico
Inadecuado control de hipertensión Arterial	Condición de salud establecido por los valores de tensión arterial	Cuantitativa	NOMINAL SI NO NO APLICA	No controlado >140/90 (JNC)
Controles de Salud de acuerdo a la norma del MSP	Visita periódica al primer nivel de atención a largo plazo	Cuantitativa	NOMINAL SI NO	Cada 30 días
Sexo	Característica Biológica que define a un ser humano como masculino o femenino	Cuantitativa	NOMINAL Masculino Femenino	Caracteres sexuales secundarios
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la actualidad en años cumplidos.	Cuantitativa	NOMINAL <40 años 45- 66 años >66 años	Edad cumplido en años
Estado Civil	Situación de las personas determinada por sus relaciones de familia.	Cualitativa	NOMINAL Soltero Casado. Unión libre. Viudo. Separado/Divorciado	Estado de relación familiar
Nivel de educación	Jerarquización de los tramos educativos	Cualitativa	Sin estudio. Básico. Bachillerato.	Años Estudiados

			Superior.	
Situación laboral	Situación de dependencia, en donde por un servicio se recibe una remuneración	Cualitativa	Si Trabaja No Trabaja	Dependencia laboral
Adaptación familiar	Son las relaciones que se dan en el interior del sistema de familia	Cuantitativa Continua	Rígida: 10 a 19 Estructurada: 20 a 24 Flexible: 25 a 28 Caótica: 29 a 50	Funcionalidad Familiar
Adherencia Terapéutica	Grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida	Cuantitativa	Adecuada adherencia Inadecuada adherencia	Toma de medicamentos según prescripción
Calidad de cuidados crónicos desde el servicio de salud	Ausencia de deficiencias del servicio de salud prestado a un grupo etario determinado	Cuantitativa	Eficiente Deficiente	Normativa de Cuidados y servicios de salud

3.1.6 Análisis de los datos

3.1.6.1 Procedimiento de recolección de información

En la base de datos e historias clínicas de la unidad de salud, se seleccionaron las familias que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, definiendo así la población a estudiar. Se organizó la administración de una encuesta estructurada a las personas seleccionadas, previa la obtención del consentimiento de los participantes (OMS, 2016). Se realizó visitas domiciliarias donde se obtuvieron los datos mediante encuesta directa al paciente a través de un cuestionario estructurado. Para determinar la adaptabilidad familiar, se utilizó el instrumento de ESCALA DE EVALUACIÓN

DE LA COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR (FACES III) (Apéndice A); la adherencia farmacológica será valorada con el test de Morinsky-Green (Apéndice B). En cuanto a la medición de los servicios de salud se hizo a través del cuestionario de EVALUACIÓN DE CUIDADOS CRÓNICOS CLIENTE INTERNO (ACIC) (Apéndice C). Los cuestionarios estructurados tuvieron preguntas planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert y presentaron el modelo de validación de constructo. (Ponce Rosas, Gómez Clavelina, Terán Trillo, Irigoyen Coria, & Landgrave Ibáñez, 2002)

3.1.6.2 Plan análisis de datos

El análisis de los datos de la adherencia al tratamiento, a partir del historial clínico, se hizo mediante el programa de EPI INFO, al igual que la información de la aplicación del instrumento de escala breve de análisis del funcionamiento familiar a partir del instrumento FACES III, para explicación de la solución de conflictos, ambiente familiar y perspectiva de la enfermedad.

La asociación y significancia a tomar como referencia es 1, significando el <1 como factor de protección y el >1 es factor de riesgo.

3.2 Aspectos bioéticos

Se obtuvo el consentimiento informado, validado y aprobado por la Organización Mundial de la Salud; obteniendo un genuino consentimiento informado de los participantes en la investigación como un proceso de intercambio de información, luego debe dar su consentimiento individual de participar en un formulario de

consentimiento informado (ICF) desarrollado específicamente para el proyecto de investigación.

3.3. Aspectos administrativos

3.3.1 Limitaciones

- Tiempo reducido para realizar la investigación
- Poca formación educativa de los participantes
- Poca participación del familiar acompañante
- Poca experiencia en temas de investigación

4 Capítulo IV

4.1 Resultados

4.1.1 Análisis Univariado

Un total de 58 pacientes fueron incluidos en el estudio; 44 (75.9%) fueron mujeres y la media (DE) de edad de los pacientes fue de 59 (6) años. 40 de ellos, es decir 68.9% era casado y el 19% tenía educación superior y a la vez el mismo porcentaje no presentaba estudios, llama la atención que el 75% de los usuarios atendidos no tenían relación laboral estable (Tabla 2).

Tabla 2. Características sociodemográficas de 58 usuarios

<i>Características sociodemográficas</i>	<i>Pacientes n= 58</i>
Edad (años), M (DE)	59 (6)
Sexo	
Mujer, n (%)	44 (75.9%)
Hombre, n (%)	14 (24.1%)
Estado civil	
Soltero, n (%)	4 (6.9%)
Casado, n (%)	40 (68.9%)
Divorciado, n (%)	6 (10.3%)
Viudo, n (%)	8 (13.9%)
Escolaridad	
Sin escolaridad, n (%)	11 (19.0%)
Educación básica, n (%)	20 (34.4%)
Educación de bachillerato, n (%)	16 (27.6%)
Educación superior, n (%)	11 (19.0%)
Relación Laboral	
Si trabaja, n (%)	14 (24.14%)
No trabaja, n (%)	44 (75.85%)

Notas: M, media; DE, desviación estándar; n, número total

Fuente: Datos Investigación

Elaborador por: Dra. Samantha Anchundia

En la tabla 3 evidenciamos como la población estudio es altamente cumplidora de sus controles médicos en periodos mensuales con un 93.1%, representando esto una adecuada dispensarización de la atención médica. Y de dichos usuarios el 21% no tiene control correcto de la presión arterial. Los pacientes con buena adherencia terapéutica corresponden al 59%.

Tabla 3. Características médico clínicas

Características médico clínicas	Pacientes n= 58
Presión arterial	
Controlada <140/90 n (%)	46 (79%)
No controlada >130/90 n (%)	12 (21%)
Controles Médicos	
Periódicamente (mensual), n (%)	54 (93.1%)
Esporádicamente, n (%)	4 (6.9%)
Adherencia Terapéutica	
Cumplidor, n (%)	34 (59%)
No cumplidor, n (%)	24 (41%)

Fuente: Datos Investigación
Elaborador por: Dra. Samantha Anchundia

En la tabla 4 se evidencia como el 53% de los usuarios se originan de familias que tienen una adaptación moderada alta a las diversas situaciones.

Tabla 4. Evaluación del tipo de familia según la adaptabilidad familiar

Tipo de Familia según su adaptabilidad	Pacientes n= 58
Familia flexible (Adap. Moderada Alta), n (%)	15 (25.86%)
Familia Caótica (Adap Alta), n (%)	31 (53.45%)
Familia Estructurada (Adap Moderada Baja), n (%)	10 (17.24%)
Familia Rígida (Adap muy baja), n (%)	2 (3.45%)

Fuente: Datos Investigación
Elaborador por: Dra. Samantha Anchundia

El **Grafico 1** nos representa como hay un porcentaje levemente mayor de usuarios que tienen buena adherencia terapéutica, es decir son usuarios considerados cumplidores de las indicaciones médicas, correspondiendo este al 59% de personas según los resultados del test de Morisky Green.

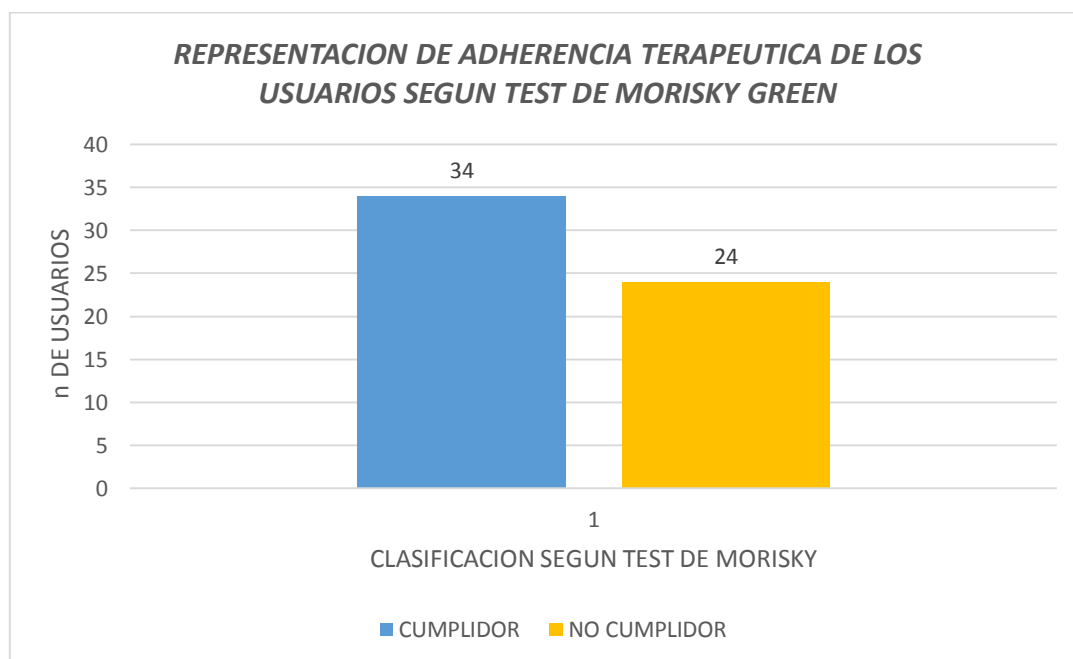


Grafico 1
Representación de la adherencia terapéutica

Fuente: Datos Investigación
Elaborador por: Dra. Samantha Anchundia

En el **Grafico 2** se refleja que la unidad operativa objeto de estudio presta servicios de calidad de NIVEL BÁSICO a los usuarios-as con enfermedades crónicas, en este caso, hipertensión arterial; lo que podría ser entendible por el escaso manejo sus fondos propios y otros recursos; bien sean económicos como administrativos para las mejoras de las atención al usuario. Además, se puede deber a la falta de aplicación de protocolos nacionales o internacionales de atención a personas con condiciones crónicas.

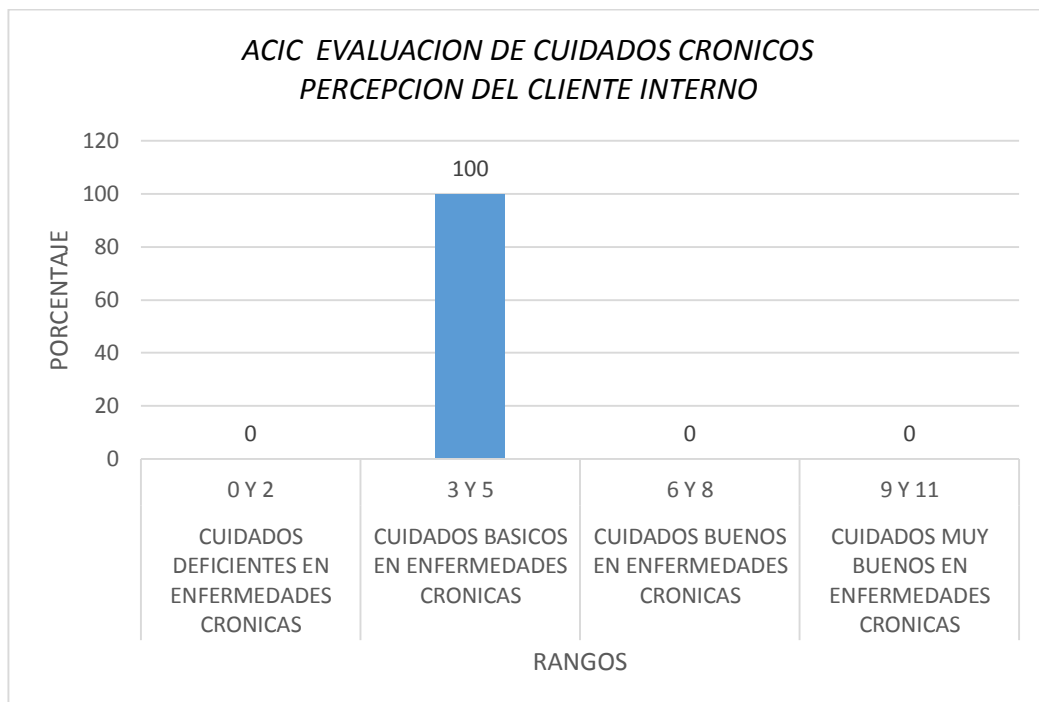


Grafico 2

Nivel de calidad de Cuidados Crónicos desde la percepción del personal de salud aplicando el instrumento estandarizado ACIC (OPS-OMS)

Fuente: Datos Investigación
Elaborador por: Dra. Samantha Anchundia

En cuanto a la percepción de los servicios de salud el **Grafico 3** nos representa; en el componente de *activación de paciente*, de la encuesta de EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS CRÓNICOS POR PACIENTES (PATIENT ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS CARE, PACIC, por sus siglas en inglés), se observó cómo el 50 % de los usuarios sienten que alguna vez, existió una interacción directa entre el paciente, el personal médico y la patología

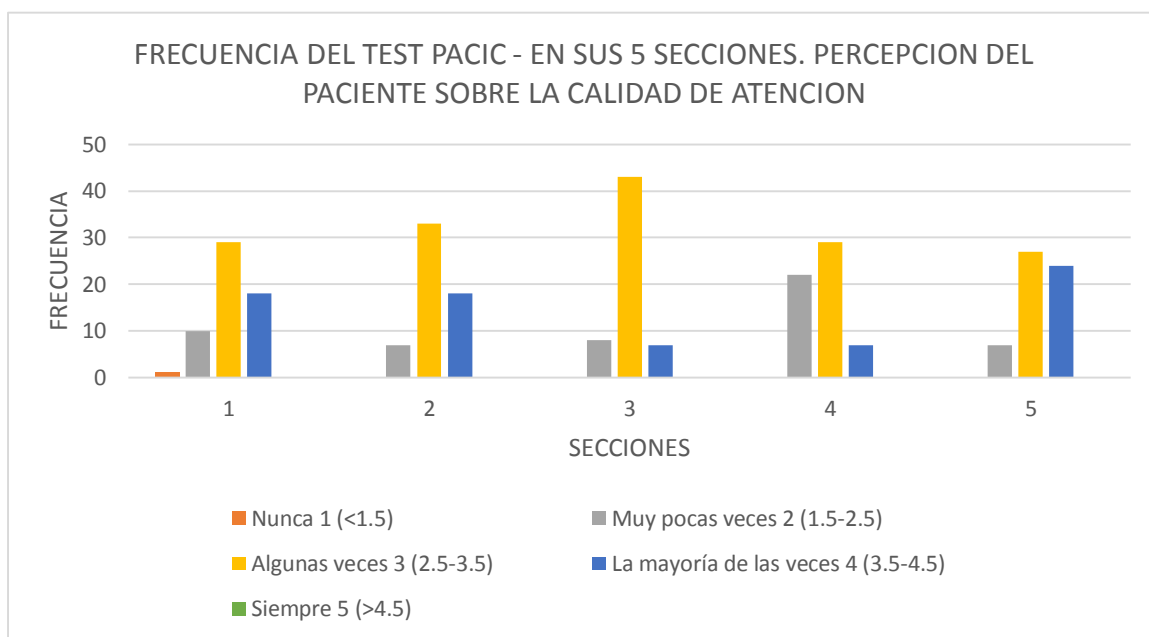
El segmento 2, correspondiente a la *Ayuda de Decisión* presenta un alto porcentaje de la opción alguna vez (57%) y en segunda opción la mayoría de veces de como el personal de salud ayuda al usuario en sus las decisiones de su salud.

Por su lado el segmento 3 que trata de *Fijación de Objetivo*, analizamos como porcentualmente la ayuda que provee el profesional de salud a los usuarios en cuanto

a la determinación de objetivos y metas del manejo de su enfermedad crónica; es muy baja, ya que algunas veces lo realiza, representado por el 74%.

Lo que corresponde al segmento 4 de **Resolución de Problema** observamos cómo la perspectiva de los usuarios para la resolución de problemas por parte del proveedor de salud es baja bordeando entre algunas veces y muy pocas veces. Siendo esta representación del 50% y del 38 % respectivamente.

Finalmente en el segmento 5 de **Seguimiento y coordinación** observamos cómo es alta la incidencia de seguimiento al paciente aunque no es la esperada. Pero porcentualmente es marcada hacia la mayoría de veces, con un 41%



SECCIONES DE PACIC: *Criterio 1. Activación del Paciente; Criterio 2. Ayuda de Decisión; Criterio 3. Fijación de Objetivos; Criterio 4. Resolución de Problema; Criterio 5. Seguimiento y coordinación*

Grafico 3

Frecuencia de las secciones del test PACIC.

Fuente: Datos Investigación

Elaborador por: Dra. Samantha Anchundia

4.1.2 Análisis Bivariado

La adaptabilidad Familiar si presenta significancia con el control de la Presión Arterial ($p=0.019$), así como la evidencia de significancia entre adherencia terapéutica y control de presión arterial, ($p=0.20$). Confirmándose nuestra hipótesis como verdadera

Tabla 4. Asociaciones entre HTA con el tipo de familia y la adherencia terapéutica

<i>Variables</i>	n	HTA no controlada n= 12	HTA Controlada n= 46	p- valor
Tipo de Familia	58	-	-	0.019
Familia flexible (Adap. Moderada Alta), n (%)	15	3 (5%)	12 (21%)	
Familia Caótica (Adap Alta), n (%)	31	9 (16%)	22 (38%)	
Familia Estructurada (Adap Moderada Baja), n (%)	10	-	10 (17%)	
Familia Rígida (Adap muy baja), n (%)	2	.	2 (3%)	
Adherencia Terapéutica	-	-	-	0.020
Cumplidor, n (%)	34	8 (14%)	26 (45%)	
No cumplidor, n (%)	24	4 (7%)	20 (34%)	

En la correlación de variables se usó Chi cuadrado

Fuente: Datos Investigación
Elaborador por: Dra. Samantha Anchundia

Al analizar la correlación entre el tipo de familia, en su forma de cómo se adapta como núcleo, y la adherencia terapéutica se determina como significativa de la hipótesis elaborada. Las familias con alta adaptabilidad, o familias caóticas según la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES III se adaptan adecuadamente proyectándose una buena adherencia terapéutica según el estudio realizado ($p= 0.001$).

Al tratarse de una tabla de análisis con una muestra mayor a 50 no se requiere corrección de Yates, ni el estadístico de Fisher.

Lo valores p inferiores a 0,05 significan que hay una asociación o correlación entre el tipo de familia y la adherencia terapéutica, así como entre el control de la HTA y el tipo de familia.

Tabla 5. Asociación entre el tipo de familia y la adherencia terapéutica

<i>Variables</i>	n	(MALA ADHERENCIA) No cumplidor n= 12	(BUENA ADHERENCIA) Cumplidor n= 46	Chi cuadrado - valor	p-valor
Tipo de Familia	58	-	-	-	-
Familia flexible (Adap. Moderada Alta), n (%)	15	7 (12%)	8 (14%)	1.1	0.001
Familia Caótica (Adap Alta), n (%)	31	12 (20%)	19 (33%)	1.0	0.001
Familia Estructurada (Adap Moderada Baja), n (%)	10	5 (9%)	5 (9%)	2.0	0.022
Familia Rígida (Adap muy baja), n (%)	2	.	2 (3%)	2.1	0.020

En la correlación de variables se usó Chi cuadrado

Fuente: Datos Investigación
Elaborador por: Dra. Samantha Anchundia

5 Capítulo VI.

5.1 Discusión

Existen un sin número de estudios a nivel mundial acerca del tema de adaptabilidad familiar, adherencia terapéutica y calidad de los servicios de salud, aunque en el Ecuador el porcentaje de estudio de este tema es marcadamente bajo. Así es como Soria R, et al., concluyen en su estudio como “la presencia de un enfermo crónico altera a todos los miembros de la familia; en particular, la persona que lo cuida enfrenta sobrecarga de trabajo y niveles intensos de estrés. Este sujeto es muy importante en la vida del paciente, pues constituye un gran apoyo para que éste se adhiera a su tratamiento.” (Trujano, López, Valero, & Quiroz, 2012). Este estudio nos demuestra cómo es imperativo que el núcleo familiar, o los familiares cercanos según el caso constituye uno de los pilares de la adherencia a los diversos tratamientos médicos-farmacológicos y otros, determinando con una significancia de hipótesis como la relación entre una familia altamente adaptable y la adherencia en terapéutica conllevan a un paciente bien manejado en su patología de hipertensión arterial

La presente investigación se propuso como objetivo evaluar la adherencia terapéutica de enfermos crónicos y el apoyo o adaptabilidad de las personas que los asisten y encontró que los núcleos familias altamente adaptables como las familias flexibles presentan mejores controles de su presión arterial ($p= 0.019$) y consecuentemente mejores adaptaciones terapéuticas.

En estudios acerca de las repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente, realizados por Alonso, L. nos recalca que “se observa que las dificultades en la adherencia terapéutica no se refieren sólo al consumo de

medicamentos, pero este ocupa un lugar muy importante, si se tiene en cuenta el tiempo y los recursos que se invierten en su producción así como en los estudios de su eficacia y seguridad. Cada año se gasta mucho dinero en investigaciones relacionadas con medicamentos pero se dedican pocos recursos al hecho de saber que hacen los pacientes con estos esfuerzos.” (Libertad Martin, 2016)

Ratificando la certificación de investigar y determinar cuál es o cuáles son los factores para que exista una buena o mala adherencia terapéutica y no solo la administración de medicamentos.

En el año de 2012, el Gobierno de Chile, en conjunto con su Ministerio de Salud, estableció una estrategia de atención a personas con enfermedades Crónicas que aspira a que las personas cuenten con una atención integral e integrada, con continuidad de cuidados, con capacidad de innovación y adaptación a las necesidades del entorno, garantizando la calidad de la atención y la eficiencia. (Vargas Irma, 2012)

Así mismo el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad nos recuerda como el modelo poblacional de Kaiser Permanente se centra en la minimización de la utilización y la prestación de servicios en el nivel de atención más coste-efectivo para mejorar la salud poblacional. Las barreras tradicionales entre niveles se difuminan y surge un modelo de atención integrada con soluciones innovadoras, donde se potencia al máximo la capacidad resolutoria en el nivel de Atención Primaria (AP) y se presta especial atención a la minimización de las hospitalizaciones que son vistas como un “fallo del sistema” (Ministerio de Salud de España, 2013), lo que nos orienta e indica como es imperativo mejorar la atención desde el primer nivel, determinar que la calidad de los servicios de salud sean de primera.

6 Capítulo VII

6.1 Conclusiones

El estudio realizado concluye que la buena adaptabilidad familiar conlleva que el usuario tenga una adherencia terapéutica buena y concordante con la prescripción médica, pero que es imperativo dar determinación a mejorar la calidad de los servicios de salud según los estándares internacionales y los determinados por el MSP, ya que estos a pesar de ser analizados desde la visión del usuario como buenos servicios; no son los requeridos según lineamientos establecidos de buena calidad de servicios de salud.

- El usuario diagnosticado con Hipertensión Arterial presenta una buena percepción en relación a la calidad que oferta la unidad operativa objeto de estudio. Desde la perspectiva de escoger en conjunto; usuario. Médico, los objetivos tanto médicos, nutricionales, dietéticos, etc., que en el presente estudio se refleja con un 74% de satisfacción por parte del usuario
- La calidad de la atención del equipo de salud a pesar de haber sido calificado –por el mismo personal de salud- apenas como nivel básico en la provisión de cuidados a crónicos, muestra que la mayor parte de las personas con hipertensión crónica mantienen controlados sus niveles de presión arterial.

Recordando que un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales, situación que no están en su completo funcionamiento dentro del

sistema de salud, pero que en la medida de los alcances el personal trata de dar una atención adecuada.

- La adaptabilidad familiar está ampliamente relacionada de manera estadística con la calidad de vida en los pacientes con diagnóstico e hipertensión arterial, presentando el antecedente de otros estudios a nivel mundial que nos remarca como la familia es el pilar fundamental de la calidad de sus miembros. Demostrado en el presente estudio, que la adaptabilidad de las familias analizadas es buena para determinar la calidad de vida y adherencias terapéuticas. Teniendo como fortaleza desde el sistema de salud esta simbiosis, teniendo que tratar de incentivar esta pilar.

6.2 Recomendaciones

- Entre las recomendaciones a seguir para la institución mejorar la preparación y actualización de conocimiento y manejo de patologías crónicas no transmisibles que en los perfiles epidemiológicos se reflejan en los primeros lugares. De estas actualizaciones del personal de salud realizar continuamente evaluación del conocimiento y administración de las mismas. Además se debería incentivar la ejecución de programas como el club de diabético e hipertensos no solo para entrega de medicamentos, sino para personalizar la atención de cada usuario, mejorando la autonomía de este grupo.
- Es recomendable realizar el seguimiento del presente estudio en la unidad operativa para fortalecer el gran pilar que se tiene como es el apoyo familiar y colaboración de los miembros de estas familias. Recalcando que no es fácil la convivencia diaria con usuarios con diagnóstico de HTA que en la mayoría de

los casos como refleja el estudio afecta a adultos mayores, que podrían llegar a tener otras morbilidades y que podría llegar a ser una debilidad para la correcta adherencia terapéutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anndere Ezequiel. (2012). términos de diccionario ezequiel annder. Recuperado 4 de mayo de 2016, a partir de zotero://report/items/0_8Z28WEH4/html/report.html
- Campos-Nonato, I., Hernández-Barrera, L., Rojas-Martínez, R., Pedroza, A., Medina-García, C., & Barquera-Cervera, S. (2013). Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. *Salud Pública de México*, 55, S144-S150.
- Corzo Coello, M. T., Pérez López, S., Flores Huitrón, P., Ponce Rosas, E. R., Gómez Clavelina, F. J., González Quintanilla, E.,... Dickinson Bannack, M. A. (1998). Determinantes sociales en la cohesión y adaptabilidad familiar. *Atención Primaria*, 275-282.
- Guerra, E. H. (2012). Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. *Avances en Enfermería*, 30(2), 67-75.
- Guevara. (2000). Tema 1: CONCEPTOS BÁSICOS DE SOCIOLOGÍA: DEFINICIÓN DE SOCIOLOGÍA - Tema4.pdf. Recuperado 9 de mayo de 2016, a partir de http://www.ugr.es/~aguevara/SOCIOLOGIA_archivos/Tema4.pdf
- Guía clínica de Hipertensión arterial. (S. f.). Recuperado 6 de diciembre de 2016, a partir de <file:///C:/Users/Dra.%20Anchundia/Documents/POSTGRADO/LIBROS%20Y%20GUÍAS/fisterra1/Gu%C3%ADa%20cl%C3%ADnica%20de%20Hipertensi%C3%B3n%20arterial.html>
- James PA, Oparil S, Carter BL, & et al. (2014). 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the eighth joint national committee (jnc 8). *JAMA*, 311(5), 507-520. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.284427>

- Libertad Martin. (2016). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Recuperado 19 de diciembre de 2016, a partir de http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu13306.htm
- Lora E Burke. (1997). 000.png (Imagen PNG, 738 × 955 píxeles) - Escalado (43 %). Recuperado 28 de noviembre de 2015, a partir de <http://static-content.springer.com/lookinside/art%3A10.1007%2FBF02892289/000.png>
- Macinko James. (2011). ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. Recuperado 28 de noviembre de 2015, a partir de <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=36651944>
- Martín Alfonso, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(4), 0-0.
- Martínez, et al. (2006). Carlos Sierra FIN - ijchp-180.pdf. Recuperado 28 de noviembre de 2015, a partir de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-180.pdf
- Mendoza, et al. (2006). Redalyc.Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria - 50780104.pdf. Recuperado 29 de noviembre de 2015, a partir de <http://www.redalyc.org/pdf/507/50780104.pdf>
- Ministerio de salud de México. (2011). HIPERTENSION_EVR_CENETEC.pdf. Recuperado 18 de diciembre de 2016, a partir de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/076-GCP__HipertArterial1NA/HIPERTENSION_EVR_CENETEC.pdf
- Ministerio de Salud de España. (2011). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Portal Estadístico del SNS - Sistema de Información Sanitaria: Portal Estadístico del SNS - Encuesta Nacional PORCENTAJE EN ESPAÑA. Recuperado 20 de marzo de 2016, a partir de

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>

Ministerio de Salud de España. (2013). Estrategia-de-pacientes-cronicos-comunidad-de-madrid-ASACO-cancer-ovario-marzo-2014-texto.pdf. Recuperado 19 de diciembre de 2016, a partir de <http://www.asociacionasaco.es/wp-content/uploads/2014/03/Estrategia-de-pacientes-cronicos-comunidad-de-madrid-ASACO-cancer-ovario-marzo-2014-texto.pdf>

Miyahira. (2001). CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD. Recuperado 17 de marzo de 2016, a partir de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/download/2386/2336>

OMS. (2011). INFORME SITUACIÓN MUNDIAL CRONICAS NO TRANSMISIBLES. Recuperado 17 de marzo de 2016, a partir de http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf

OMS. (2013). OMS | Información general sobre la hipertensión en el mundo. Recuperado 5 de diciembre de 2016, a partir de http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/es/

OMS. (2016). Microsoft Word - Consentimiento-Clinical.doc - Consentimiento-Clinico.pdf. Recuperado 26 de noviembre de 2015, a partir de <http://www.puce.edu.ec/documentos/Consentimiento-Clinico.pdf>

OPS. (2007). Microsoft Word - CSP27-16 Calidad de la atención _Esp._.doc - Calidad y seguridad del paciente.pdf. Recuperado 7 de diciembre de 2016, a partir de

<http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Calidad%20y%20seguridad%20del%20paciente.pdf>

Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication. *New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-497. <https://doi.org/10.1056/NEJMra050100>

Pérez García, et I. (2000). COMO DIAGNOSTICAS EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA. Recuperado 28 de noviembre de 2015, a partir de <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/numero%201/013-19.pdf>

Ponce Rosas, E. R., Gómez Clavelina, F. J., Terán Trillo, M., Irigoyen Coria, A. E., & Landgrave Ibáñez, S. (2002). Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Atención Primaria*, 30(10), 624-630.

Rosland, A.-M., Heisler, M., & Piette, J. D. (2011). The impact of family behaviors and communication patterns on chronic illness outcomes: a systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(2), 221-239. <https://doi.org/10.1007/s10865-011-9354-4>

Sanchis Doménech, C., González, V., & Alberto, L. (2011). Cumplimiento terapéutico y seguimiento del paciente hipertenso en atención primaria. *Medicina Clínica*, 126-130. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.11.020>

Social, T. (2012, febrero 25). Términos Definidos por Trabajo Social CONCEPTO DE FAMILIA. Recuperado a partir de <http://diccionariodetrabajosocialcolombia.blogspot.com/>

Téllez T, A. (2004). Prevención y adherencia: Dos claves para el enfrentamiento de las enfermedades crónicas. *Revista médica de Chile*, 132(12), 1453-1455. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872004001200001>

Trujano, R. S., López, D. I. Á., Valero, Z. V., & Quiroz, C. N. (2012). Estrés familiar y adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. *Alternativas en Psicología*, 16(26), 78-84.

Vargas Irma. (2012). irma_vargas.pdf. Recuperado 19 de diciembre de 2016, a partir de http://minsal.uvirtual.cl/documentos/archivo/irma_vargas.pdf

Zaldívar. (2004). Funcionamiento familiar saludable - funcionamiento_familiar.pdf.

Recuperado 7 de diciembre de 2016, a partir de

http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/funcionamiento_familiar.pdf

Zavala-Rodríguez, M. del R., Ríos-Guerra, M. del C., García-Madrid, G., & Rodríguez-Hernández, C. P. (2009). Family Functionality and Anxiety in Adult Patients with Chronic Disease. *Aquichán*, 9(3), 257-270.

Zurro Martin. (2016). Atención familiar y salud comunitaria - Martin-Zurro.pdf. Recuperado 30 de enero de 2017, a partir de

<http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/bibliografia/Martin-Zurro.pdf>

(s. f.). Recuperado 29 de noviembre de 2015, a partir de

<http://www.fac.org.ar/1/revista/05v34n1/hta/ingaramo.pdf>

Apéndice 1.- Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del investigador principal:

Dra. Melissa Samantha Anchundia Chavez. / 0984941456/ msamantha1982@gmail.com

Dr. Javier O. Mendoza García/ 0967707789 / javier.omega11@gmail.com

Dr. Carlos Terán Puente/ 0996153134 / caminant7@gmail.com

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a hombres y mujeres con Hipertensión Arterial que son atendidos en la consulta del Centro de Salud de San Cristóbal y que se les invita a participar en la investigación sobre la “ADAPTACIÓN FAMILIAR, ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD SAN CRISTÓBAL.”

Nombre del Investigador Principal: Dra. Melissa Samantha Anchundia Chavez.

Nombre de la Organización: Centro de Salud San Cristóbal.

Nombre del Patrocinador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Nombre de la Propuesta y versión: “ADAPTACIÓN FAMILIAR, ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD SAN CRISTÓBAL, PORTOVIEJO, 2016”.

PARTE I: Información

Introducción.

Yo soy la Dra. Samantha Anchundia Chavez, trabajo en el Centro de Salud San Cristóbal como Médico Postgradista de Medicina Familiar y Comunitaria. Estamos investigando sobre la enfermedad de Hipertensión Arterial, que es muy común en este país. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me comunica para darme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme a mí, o al miembro del equipo.

Propósito.

Las personas Hipertensas tienen síntomas individuales y requieren de tratamientos no médicos que están influenciados por las familias. Una de las funciones esenciales de la familia la constituye el prestar apoyo a los miembros que la integran. En el caso de aparición de una enfermedad crónica como la Hipertensión Arterial, adquiere singular importancia, tanto desde el punto de vista físico como emocional y gracias a ella se pueden resolver situaciones conflictivas que influirán en el correcto control de la misma.

Tipo de Intervención de Investigación.

Esta investigación incluirá la contestación de 3 instrumentos para la recolección de datos.

Selección de participantes.

Estamos invitando a todos los adultos hombres y mujeres en las edades comprendidas entre 45 y 65 años que son atendidos con la enfermedad de Hipertensión Arterial.

Participación Voluntaria.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en el centro de salud y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en la investigación sobre adaptación familiar, adherencia terapéutica y calidad de servicios de salud en personas con hipertensión arterial usuarias del centro de salud san Cristóbal. Entiendo que me van a realizar 3 instrumentos a los cuales tengo que contestar. He sido informado de que los riesgos no son probables. Sé que puede que no haya beneficios para mi persona. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante:

Firma del Participante:

Fecha:

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador:

Firma del Investigador:

Fecha:

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado (iniciales del investigador/asistente): _____.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Apéndice A

**Escala FACES III (D H Olson, J Portner e Y Lavee).
Versión en español (México) C. Gómez y C. Irigoyen**

Nombre. _____

Edad. _____

Sexo. _____

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado:

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

Describe a su familia:

- 1. Los miembros de nuestra familia se apoyan entre sí.
- 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
- 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
- 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
- 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.
- 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
- 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
- 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
- 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
- 10. Padres e hijos se ponen en acuerdo en relación con los castigos.
- 11. Nos sentimos muy unidos.
- 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
- 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.
- 14. En nuestra familia las reglas cambian.
- 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.
- 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
- 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.
- 18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.
- 19. La unión familiar es muy importante.
- 20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar.

Nombre: _____

Sexo: M ___ F ___ Peso: _____ talla: _____ IMC _____

Tipo de familia: estructura () Desarrollo () Integración () Demografía () Ocupación ()

Edad: _____ Estado civil: casad@ () Solter@ () Unión libre () Viud@ ()

Religión: _____ Tensión Arterial 1° _____ 2° _____ 3ª _____

Padecimientos: HTA _____ DM _____ Dislipidemia _____ Colesterol _____

Triglicéridos _____ Ac. Úrico _____ I.R.A. _____ Apego al tratamiento: siempre: ()
algunas veces () nunca ()

Medicamento (s) que consume para su tratamiento:



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Integrantes de la Familia

Nombre, parentesco, edad.

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____
- 6.- _____
- 7.- _____
- 8.- _____

Apéndice B. - Test de Morisky Green

CUESTIONARIO DE MORISKY-GREEN (TRADUCIDO)

- ¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento?
 - ¿Toma la medicación a la hora indicada?
 - Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?
 - Si alguna vez se sienta mal, ¿deja de tomar la medicación?
-



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Apéndice C. Cuestionario de ACIC

Área 1. **Organización del Sistema de Salud.** El manejo de la diabetes puede ser más efectivo si el sistema de salud está Organizado para controlar mejor las enfermedades crónicas y sus complicaciones.

Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
Organización y liderazgo para la atención de la diabetes	...no existe o hay poco interés.	...están reflejados en la visión del sistema de salud y en los planes de la organización, pero no hay recursos disponibles.	...están reflejados en la dirección de alto nivel y hay fondos y recursos humanos dedicados para la iniciativa.	...forma parte de la estrategia a largo plazo, recibe recursos necesarios, y hay recursos humanos específicos que son responsables de la iniciativa.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Metas organizacionales para la atención de la diabetes	...no existen o son limitadas.	...existen pero no son revisadas regularmente.	...existen y son revisadas regularmente.	...son cuantificables, se revisan sistemáticamente y están incorporadas en los planes para el mejoramiento.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Estrategias de mejoramiento para la atención de la diabetes	...son informales y no están organizadas; no tienen un apoyo permanente.	...utilizan enfoques informales para resolver problemas que surgan.	...utilizan estrategias de mejoramiento para resolver los problemas imprevistos.	...incluye estrategias previamente validadas que se utilizan activamente para alcanzar las metas institucionales.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Incentivos que incluye reconocimiento para el trabajador de la salud y regulaciones para la atención de la diabetes	...no se usan para influir en las metas de mejoramiento clínico.	...se usan para influir en la utilización y costos del cuidado de la diabetes.	...se usan para apoyar las metas de los pacientes.	...se usan para motivar y facultar a los trabajadores de la salud para que apoyen las metas de la atención de la diabetes.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Líderes influyentes dentro del sector salud como de otros ministerios con poder de decisión	...no promueven la atención de la diabetes.	...no le dan prioridad a la atención de la diabetes.	...promueven los esfuerzos para mejorar el cuidado de la diabetes.	...abiertamente participan en los esfuerzos de mejoramiento de la atención de la diabetes.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Beneficios relacionados con la educación del paciente para el auto cuidado de la diabetes	...no promueven el auto cuidado del paciente o los cambios del sistema de salud.	...ni promueven ni NO promueven el auto cuidado del paciente o los cambios del sistema de salud.	...promueven el auto cuidado del paciente o los cambios del sistema de salud.	...hay asignación específica para la promoción y cuidado de la diabetes.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Puntuación Total de la organización del sistema de salud: ____ Puntuación promedio (puntuación de la organización del sistema de salud/6) ____				



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Área 2: **Cooperación Comunitaria:** Cooperación entre el sistema de salud y organismos comunitarios (o prestadores de servicios) y recursos comunitarios que desempeñan un papel importante en el manejo de la diabetes.

Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
Disponibilidad de recursos comunitarios para las personas con diabetes	...no hay ó no están organizados sistemáticamente.	...esta limitada a una lista de recursos comunitarios en una forma que es accesible.	...es realizada a través de una persona que es responsable de asegurarse que los equipos de salud y las personas con diabetes usen al máximo los recursos comunitarios.	... es realizada a través de la coordinación activa entre el sistema de salud, los organismos de servicio comunitarios y las personas con diabetes.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Cooperación/coordinación con organismos comunitarios tales como La Asociación de Diabetes, casas farmacéuticas, organizaciones religiosas, etc.	...no existen.	...están todavía considerándose pero no están implementadas.	...se forman para desarrollar programas y políticas de apoyo.	...se buscan activamente para desarrollar programas y políticas de apoyo para todo el sistema.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Planes Regionales y/o Locales de Salud	...no hay coordinación de guías/normas clínicas ni planes de salud, las medidas ni los recursos para la atención a la diabetes en la práctica médica.	...considera en algún grado la coordinación de guías/normas clínicas, medidas estandarizadas, o los recursos para el cuidado en la práctica médica, pero todavía no se han ejecutado los planes.	...coordina el uso de guías/normas médicas, las medidas o los recursos para el cuidado en la práctica médica en una o dos enfermedades crónicas concomitantes con la diabetes.	... coordina el uso de guías/normas médicas, las medidas estandarizadas ó recursos en la práctica medica para la mayoría de las enfermedades crónicas.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Puntuación total de la cooperación comunitaria _____ Puntuación Promedio (puntuación de la cooperación comunitaria total/3) _____				



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Área 3: **Auto-cuidado de la Diabetes:** Programas efectivos de apoyo para el auto-cuidado de la diabetes para ayudar a las personas con diabetes y a la familia para adaptarse y aceptar los retos de vivir y manejar la diabetes y reducir síntomas y complicaciones

Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
Evaluación y documentación de las necesidades y actividades del <u>auto cuidado</u> de la diabetes	...no se han hecho.	...se espera hacerlas.	...son completadas estandarizadamente.	...se evalúan y documentan regularmente en forma estandarizada relacionadas a un plan de tratamiento disponible para el equipo de salud y para las personas con diabetes.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Apoyo al auto cuidado de la diabeteses limitado a la distribución de información (folletos, trifoliales)	...esta disponible a través de referencia a clases de auto cuidado o a educadores especialistas en diabetes.	...lo proporcionan educadores clínicos entrenados y que están designados para apoyar el auto cuidado, coordinados con clínicas que ven a los pacientes referidos.	...se ofrece a través de educadores clínicos, entrenados en apoyar pacientes con enfermedades crónicas y enseñarles técnicas para resolver problemas.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Apoyar las inquietudes de los pacientes y familiares	...no es hecho sistemáticamente.	...se proporciona a pacientes y familiares a través de referencias medicas.	...es promulgado a través de grupos de apoyo, o apoyo individual y programas para educadores.	...es una parte integral de la atención de la diabetes que incluye la evaluación sistemática y rutinaria incluyendo grupos de apoyo, apoyo individual, y/o programas de consejería.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Cambios del comportamiento y apoyo de grupo	...no hay o no están disponibles.	...están limitados a la distribución de folletos, plegables, trifoliales y otros tipos de nota escrita.	...están disponibles solamente a través de referencias de centros especializados.	...están disponibles y forman una parte integral de la atención de la diabetes.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Puntuación Total del apoyo para el auto-cuidado de la diabetes __ Puntuación Promedio: (puntuación del apoyo del auto-cuidado/4) _____				

Área 4: **Normas de atención de la Diabetes.** El manejo efectivo de la diabetes asegura que el equipo de salud tenga acceso a información médica basada en evidencias para la atención y soporte de personas con diabetes.

Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
Guías/ normas de diabetes basadas en evidencias medicas	...no hay o no están disponibles.	...hay pero no están integradas en la atención de diabetes.	...hay y son apoyadas por la educación ofrecida a través de los equipos de trabajadores de la salud.	...hay y apoyan al equipo de salud y son parte de la atención a personas con diabetes a través de recordatorios y otros métodos para cambios del comportamiento.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Participación de los <u>especialistas</u> dentro del sistema de salud para el mejoramiento de la <u>atención primaria</u> de la diabetes	...se ofrece primariamente a través de la referencia tradicional.	...se logra a través de especialistas para mejorar la capacidad global para implementar las guías/normas de manejo.	...incluye influyentes especialistas así como designados a proveer entrenamiento al equipo de salud de atención primaria.	... incluye influyentes y especialistas que están designados a mejorar la atención primaria de la diabetes.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Educación al <u>equipo de salud</u> de atención de la diabetes	...se proporciona esporádicamente.	...se proporciona sistemáticamente mediante los metodos tradicionales.	...se proporciona usando métodos optimizados (Ej. Cursos acreditados o calificados).	... incluye el entrenamiento de todos los equipos asistenciales incluyendo manejo de poblaciones de personas con diabetes y apoyo de auto cuidado.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Informar a las <u>personas con diabetes</u> acerca de guías/normas medicas	...no se proporciona información.	...se hace por petición o a través de publicaciones.	...se hace através de materiales educativos específicos para cada guía/norma clínica.	...incluye materiales específicos desarrollados para los pacientes donde se describen sus funciones en el logro y cumplimiento de las guías/normas.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Puntuación total del diseño del sistema de atención de diabetes: _____ Puntuación promedio (puntuación del diseño del sistema /4) _____

Área 5: **Apoyo técnico:** La evidencia sugiere que un manejo efectivo de la atención de DM incluye algo más que simplemente agregar más intervenciones al sistema actual, que es basado en la atención de enfermedades agudas. Podría requerir cambios de la práctica en la organización que repercutan en la prestación de la atención.

Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
Funcionamiento del equipo de salud	...no se aborda.	...se aborda asumiendo que están disponibles individuos con un entrenamiento en los elementos claves de atención a la diabetes.	...está garantizado por reuniones periódicas del equipo para abordar las normas, las funciones y los problemas en el cuidado de atención a la DM.	...el equipo se reúne regularmente y han definido claramente las funciones, incluyendo la educación, el auto cuidado, el seguimiento preventivo y la coordinación con otros recursos.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Liderazgo del equipo de salud	...no es reconocido localmente ni por el sistema.	...es reconocido por la organización que se localiza en un lugar específico en el organigrama de funciones.	...está garantizado mediante el nombramiento de un líder de equipo, pero su función no está definida con respecto a la DM.	...existe el nombramiento de un líder de equipo que asegura de que las funciones y responsabilidades en la atención a la DM se definan claramente.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Sistema de Cita	...puede usarse para programar las visitas de atención preventivas o de descompensación agudas.	...garantiza la atención oportuna para las personas con diabetes.	...es flexible y puede incluir innovaciones tales como visitas personalizadas sin tiempo definido o visitas de grupo.	...incluye la organización de la atención, la cual facilita que los pacientes puedan ver múltiples proveedores de salud en una sola visita.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Citas de seguimiento	... es programado por los pacientes o los proveedores en una manera caso por caso.	...es programado mediante la práctica en conformidad con las guías/normas.	...es garantizado por el equipo de salud mediante monitoreo de pacientes.	...es de acuerdo con las necesidades del paciente, varía en intensidad y metodología (teléfono, personal,) y se asegura usar una guía/norma.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Visitas flotantes o por demanda espontánea del paciente	...no se hacen.	...se hacen ocasionalmente para los pacientes complicados.	...son opciones para pacientes interesados.	...se llevan a cabo para todos los pacientes e incluyen la evaluación periódica, las intervenciones preventivas y el apoyo al auto cuidado.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Continuidad en el cuidado de la diabetes	...no es una prioridad.	...depende de la comunicación escrita entre los proveedores de atención primaria, los especialistas y los gestores de casos.	...es prioridad entre proveedores de atención primaria, especialistas y otros proveedores pero no se lleva a cabo sistemáticamente.	...es prioridad y todas las intervenciones para la DM incluyen una coordinación activa entre la atención primaria, los especialistas y otros grupos pertinentes.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Puntuación total del apoyo técnico asistencial: _____ Puntuación promedio (puntuación del apoyo técnico asistencial: /6) _____				

Área 6: **Sistema de información de la Diabetes:** Un aspecto muy importante para la atención y programas de la diabetes es tener la Información oportuna y útil acerca de los pacientes y las poblaciones de pacientes con diabetes.

Componentes	Nivel D	Nivel C	Nivel B	Nivel A
Registros (listas de personas con diabetes)	...no hay.	...incluye los nombres, el diagnóstico, información de una persona que sirva de contacto, ya sea en <u>papel</u> o en la <u>computadora</u>	...permite clasificar pacientes con prioridades clínicas.	...esta ligada a guías/normas medicas las que proveen recordatorios y alertas acerca de los servicios necesarios.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Recordatorios para el equipo de salud (Ej. recordatorios de cita con el nefrólogo, laboratorio, cita a oftalmología, etc.)	...no hay.	...incluyen notificaciones generales para la atención de la diabetes, pero no describen los servicios necesarios al tiempo de una visita.	...incluyen indicaciones necesarias para grupos de pacientes con diabetes mediante notificación periódica.	...incluyen información específica para el equipo acerca de la observación de guías/normas clínicas con relación a la información médica.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
retroalimentación	...no hay o no es específica para el equipo de trabajadores de salud.	...se proporciona a intervalos infrecuentes y se comunica de una manera impersonal.	...se da a intervalos suficientemente frecuentes para monitorizar la calidad y es específica para el equipo de salud que da atención al paciente con diabetes.	...es oportuna, específica para el equipo de salud y es transmitida personalmente y sistemáticamente por un líder para mejorar el desempeño del equipo.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Información acerca de los subgrupos de pacientes que requieren servicios especiales	...no hay.	...solo puede obtenerse con esfuerzos especiales o programación adicional.	...se puede obtenerse bajo solicitud, pero no se facilita sistemáticamente.	...se proporciona sistemáticamente al equipo para ayudarlos a prestar la asistencia planificada.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Protocolos y planes de tratamientos	...no se espera que haya.	...se logran mediante un enfoque estandarizado.	...son establecidos en forma coordinada e incluyen el auto cuidado así como metas clínicas.	... se establecen de manera coordinada e incluyen el auto cuidado y cuidado clínico. Se lleva a cabo un seguimiento que guía/norma de la atención.
Puntuación	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Puntuación total de los sistemas de información: _____ Puntuación promedio (puntuación de los sistemas de información /5) _____				



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Sumario del Escore (Traga los puntajes promedias de cada una de las secciones anteriores para esta página)

Total Organización del Sistema de Salud _____
Total Cooperación Comunitaria _____
Total Auto-cuidado de la Diabetes _____
Total Normas de atención de la Diabetes _____
Total Apoyo técnico _____
Total Sistema de Información Clínica _____
Puntaje Total del Programa en el Servicio/Unidad (Suma de todos los puntajes) _____
Puntaje Promedia del Servicio/ Unidad (Total anterior /6) _____



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**