



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA**

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR ANTE LA CRISIS NO
NORMATIVA DEL TERREMOTO 16A, Y SU INFLUENCIA EN LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL EN LA COMUNIDAD DE ANDRÉS DE VERA - PORTOVIEJO.
JULIO A SEPTIEMBRE 2016”**

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

AUTORAS:

**DRA. RODRÍGUEZ MEJÍA ELISA MONSERRATE
DRA. VALENCIA PACHAY YESENIA KATERINE**

DIRECTOR DE TESIS: DRA. RITA PAOLA BRIONES ALCIVAR

TUTOR METODOLÓGICO: DR. JOSÉ SOLA

QUITO, 2017

**“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR ANTE LA CRISIS NO
NORMATIVA DEL TERREMOTO 16A, Y SU INFLUENCIA EN LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL EN LA COMUNIDAD DE ANDRÉS DE VERA - PORTOVIEJO.
JULIO A SEPTIEMBRE 2016”**

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de tesis a las personas más importantes en mi vida, las que han hecho posible con su ayuda, apoyo incondicional, tiempo, paciencia, tolerancia, amor y respeto a que este proceso de aprendizaje y culminación se hayan llevado con éxito.

*A **mi esposo**, por haber estado a mi lado en cada momento, por su amor, paciencia, y por haberme demostrado que es un excelente padre y compañero de vida.*

*A **mis hijos**, les dedico cada momento de mi vida, cada mirada, cada respiro,*

*A **mis padres y hermanos** por su apoyo incondicional.*

Sin ustedes no hubiera sido posible este éxito.

Elisa Rodríguez

DEDICATORIA

*A mi **ángel Mario, mi Padre**, quien me enseñó con sus sabios consejos creer en mi capacidad, afrontar las adversidades y nunca desmayar, luchar por mis objetivos y superación tanto en mi vida espiritual, familiar y profesional, sé que estarías orgulloso al verme culminar este etapa muy importante y desde el cielo me acompañarás y compartirás esta alegría que embarga mi corazón.*

*A mi **Madre** por ser ese apoyo incondicional, mi fortaleza de cada día y estar siempre en los momentos más difíciles de mi vida, eres mi ejemplo a seguir.*

*A mi **Esposo**, por su amor, su paciencia, por acompañarnos y emprender nuevos retos para un mejor futuro.*

*A mis dos bellas hijas: **Emily y Adaía**, testimonios fiel de la existencia de Dios, son mi fuente de motivación, la alegría de cada mañana, las detonantes de mi felicidad y añoranza de lo mejor de la vida para ustedes.*

*A mis **hermanos y familiares**, que aportaron con su apoyo, confianza y oraciones para que todo bajo la voluntad de Dios culmine con éxito.*

Gracias a todos...

Yesenia

AGRADECIMIENTO

*Nuestras gracias infinitas a **Dios** por sus bendiciones en cada uno de nuestros pasos,
por llenarnos de fortaleza y saber guiarnos con sabiduría y amor.*

*Agradecemos de manera especial a nuestras familias, padres, madres, esposos, hijos
por haber respetado nuestras decisiones, por compartir con ellos cada momento, por
habernos perdido de muchos días y tiempo con ustedes, sacrificio que se hizo con el fin
de lograr la culminación con éxito esta meta trazada.*

*Para las personas que hoy ya no están con nosotros pero que su recuerdo nos
acompaña cada día y que fueron el empuje para ingresar y continuar en este duro
camino*

*Gracias de forma infinita a los organizadores del posgrado de Medicina Familiar y
Comunitaria PUCE, por haber confiado en nosotros, y salir victoriosos en este proyecto
que se obro con mucho cariño.*

Elisa y Yesenia

CONTENIDO

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	5
LISTA DE TABLAS	10
RESUMEN	1
SUMMARY	2
INTRODUCCIÓN	3
PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	6
CAPÍTULO II	8
2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	9
2. 1. FAMILIA	9
2.1. 1 Familia y actitud en equipo	10
2.1.2. Funciones de la familia.....	11
2. 1. 3. Tipología familiar.....	13
2.2 CRISIS FAMILIARES	16
2.2.1 Crisis	17
2.2.1.1 Crisis transitorias.....	18
2.2.1.2. Crisis no transitorias	18
2.2.1.3 Crisis no esperadas – Desastres Naturales	18
2.3 AFRONTAMIENTO FAMILIAR ANTE LAS CRISIS	19
2.4. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO - ESCALA F-COPES.....	22
2.5 ADHERENCIA TERAPÉUTICA	25
2.5.1. Definición.....	25
2.5.2 Factores que afectan a la adherencia del tratamiento farmacológico	27
Ilustración N. 1 Adherencia al Tratamiento	27
2.5.3. Adherencia farmacológica en enfermedades crónicas – hipertensión arterial.....	30
2.5.4. Adherencia farmacológica y la influencia del apoyo familiar.....	36
2.5.5. Evaluación de la adherencia terapéutica	37
CAPÍTULO III.....	40
3.1. OBJETIVOS.	41
3.1.1 Objetivo General	41
3.1.2. Objetivos específicos:.....	41

3.2. HIPÓTESIS.....	42
3.2.1 Hipótesis alternativa.....	42
3.2.2. Hipótesis Nula.....	42
CAPÍTULO IV	43
4. METODOLOGÍA	44
4.1. Tipo de estudio.....	44
4.2. Universo.....	44
4.3. Muestra	44
4.3.1. Criterios de inclusión.....	44
4.3.2. Criterios de exclusión.....	45
4.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	46
4.5. Procedimientos de recolección de información	48
4.6. Plan de análisis de datos.....	49
4.8. ASPECTOS BIOÉTICOS	50
CAPÍTULO V.....	51
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	52
5.1.1. Características demográficas de la población	52
5.1.2. Características generales de los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Andrés de Vera- Portoviejo. Julio a Septiembre 2016	53
5.2.1. Distribución de las estrategias internas de afrontamiento familiar de los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo. Julio a Septiembre 2016	54
5.2.2. Distribución de las estrategias externas de afrontamiento familiar de los pacientes con hipertensión arterial de la comunidad Andrés de Vera – Portoviejo. Julio a Septiembre 2016	55
5.3. Afrontamiento familiar de los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo. Julio a Septiembre 2016	56
5.4.1. Asociación entre las características demográficas y familiares de la población con hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento en la comunidad de Andrés de Vera- Portoviejo. Julio a Septiembre 2016.....	57
5.4.2. Asociación entre las estrategias internas de afrontamiento familiar y la adherencia al tratamiento de los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo. Julio a Septiembre 2016.....	59

5.4.3. Asociación entre las estrategias externas de afrontamiento familiar y adherencia al tratamiento de los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad Andrés de Vera – Portoviejo. Julio a Septiembre 2016.....	60
5.5.1. Asociación entre las estrategias internas de afrontamiento familiar y tipo de familia de los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad Andrés de Vera – Portoviejo. Julio a Septiembre 2016.....	61
5.5.2. Asociación entre las estrategias externas de afrontamiento familiar y tipo de familia de los usuarios con hipertensión arterial en la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo. Julio a Septiembre 2016.....	62
5.8. Asociación entre adherencia terapéutica y afrontamiento familiar de los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad Andrés de Vera-Portoviejo. Julio a Septiembre 2016	66
CAPÍTULO VI	67
6.1 DISCUSIÓN	68
CAPÍTULO VII	75
7.1 CONCLUSIONES	76
7.2 RECOMENDACIONES	80
BIBLIOGRAFÍA	82
ANEXOS	89
ANEXO 1	90
ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.	90
Recursos humanos, materiales y presupuesto.....	90
ANEXO 2	92
CRONOGRAMA DE TRABAJO.....	92
ANEXO 3	93
Escala de valoración personal del funcionamiento familiar en situaciones de crisis F-COPES	93
ANEXO 4	95
Test De Morisky Green.....	95
ANEXO 5	96
CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLARACIÓN DEL ESTUDIO	96
EQUIPO DE INVESTIGACIÓN	96
DECLARACIÓN DE LOS INVESTIGADORES:	97
ANEXO 6	100

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE	100
ANEXO 7	102
FÓRMULA	102
DISTRIBUCION DE LA MUESTRA	102
ANEXO N° 8	103
TABLA N° 1	103
Distribución de la edad de los pacientes hipertensos de la comunidad Andrés de Vera – Portoviejo julio a septiembre 2016.....	103
ANEXO 9	105
Gráfico de edad y sexo en los pacientes con hipertensión arterial de la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo julio a septiembre de 2016.	105
ANEXO 10	106
Gráfico de edad y adherencia en los pacientes con hipertensión arterial de la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo julio a septiembre de 2016.	106

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Edad de los pacientes de la comunidad de Andrés de Vera.....	104
Tabla 2. Características generales de los pacientes hipertensos de la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo julio a septiembre 2016.....	53
Tabla 3. Distribución de las estrategias internas de afrontamiento familiar de los pacientes con hipertensión arterial de la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo 2016.....	54
Tabla 4. Distribución de las estrategias externas de afrontamiento familiar de los pacientes con hipertensión arterial de la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo julio a septiembre 2016.....	55
Tabla 5. Distribución del afrontamiento familiar de los pacientes con hipertensión arterial de la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo julio a septiembre 2016.....	56
Tabla 6. Asociación entre las características demográficas y familiares de la población de hipertensos y la adherencia al tratamiento de la comunidad Andrés de Vera – Portoviejo julio a septiembre 2016.....	58
Tabla 7. Asociación entre las estrategias internas de afrontamiento familiar y la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos de la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo julio a septiembre 2016.....	59
Tabla 8. Asociación entre las estrategias externas de afrontamiento familiar y la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos de la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo julio a septiembre 2016.....	60
Tabla 9. Asociación entre las estrategias internas de afrontamiento familiar y tipo de familia de los pacientes hipertensos de la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo julio a septiembre 2016.....	61

Tabla 10. Asociación entre las estrategias externas de afrontamiento familiar y tipo de familia de los pacientes hipertensos de la comunidad de Andres de Vera – Portoviejo julio a septiembre 2016.....	62
Tabla 11. Asociación entre las características demográficas de la población de hipertensos y la capacidad de afrontamiento familiar de la comunidad Andrés de Vera – Portoviejo julio a septiembre 2016	64
Tabla 12. Asociación entre el tipo de familia y afrontamiento familiar de los pacientes hipertensos de la comunidad Andrés de Vera-Portoviejo julio a septiembre 2016.....	65
Tabla 13. Asociación entre la adherencia al tratamiento y afrontamiento familiar de los pacientes hipertensos de la comunidad Andrés de Vera – Portoviejo julio a septiembre 2016.....	66

RESUMEN

Las familias son un sistema complejo que están expuesta a diversas situaciones que alteran la dinámica familiar, conocidas como crisis, en éste estudio toma como relevancia del desastre natural, terremoto del 16 de abril del 2016, afectando a las familias de la comunidad Andrés de Vera de la ciudad de Portoviejo, provocando pánico y diferentes respuestas de accionar de las familias conocidas como estrategias de afrontamiento familiar, con el fin de proteger a sus integrantes, abastecerse de recursos básicos, mantener la salud y tratamientos a los pacientes con enfermedades crónicas.

Objetivo: Determinar las estrategias de afrontamiento familiar ante la crisis no normativa del terremoto 16A y establecer su influencia en la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con hipertensión arterial. **Métodos:** se realizó un estudio de corte transversal analítico, participaron 209 familias con un integrante con hipertensión arterial, seleccionados mediante muestreo probabilístico aleatorio simple, se aplicó: **Escala de F-COPES** para establecer las estrategias de afrontamiento usadas por las familias y el **test de Morisky Green** que valorara el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial. Se utilizó el programa EPI-INFO7 para análisis de datos. **Resultados:** Las familias monoparentales tienen mayor riesgo de no adherirse al tratamiento ($p= 0,000$), en cuanto al sexo los hombres tienen más riesgos de no adherirse al tratamiento ($p= 0,013$) al igual que las personas que no tienen parejas ($p= 0,00005$). **Conclusiones:** Las estrategias que permitieron mantener la adherencia fueron reestructuración y apoyo social ($p=0,00000$), las familias que presentaron un bajo afrontamiento tienen un mayor probabilidad (OR 17) de no mantener la adherencia al tratamiento al enfrentar una crisis ($p= 0,00000$).

PALABRAS CLAVES: Estrategias de afrontamiento; crisis no normativa; desastre natural (terremoto); adherencia al tratamiento en hipertensos.

SUMMARY

Families are exposed to a variety of situations, which can alter the family dynamics, also known as crisis, this study takes as relevant a natural disaster, the earthquake that took place on April 16, 2016, which impacted the families within the Andrés de Vera community in Portoviejo, causing panic and a variety of responses and actions from known families such as strategies of family coping, in order to protect its members, supply basic needs, maintain health and provide treatment to patients with chronic diseases. **Objective:** Determine family coping strategies when facing the earthquake non-normative crisis 16A and establishing its influence in the adherence to pharmaceutical treatment in patients with arterial hypertension **Methods:** Analytical cross-sectional study, 209 families with one member suffering from arterial hypertension participated in the study. Applied: **F-COPES Scale** determines family coping strategies and the **Morisky Green Test** values medication compliance in patients with arterial hypertension. The program EPI-INFO7 was utilized to the analyze data. Results: Single-parent families are at higher risk of not adhering to treatment ($p = 0.000$); in terms of sex, men are more at risk of not adhering to treatment ($p = 0.013$) as are persons without pairs ($p = 0.00005$).

Conclusions: The strategies that allowed adherence to be maintained were social restructuring and support ($p = 0.00000$), families with low coping were more likely to maintain adherence to treatment in the face of a crisis ($p = 0.00000$).

KEYWORDS: Coping strategies; non-normative crisis; natural disaster (earthquake); adherence to treatment in patients with hypertension.

INTRODUCCIÓN

Los seres humanos están expuestos a situaciones o catástrofes naturales a una escala sin precedentes, considerando desastre a cualquier emergencia que sobrepase las capacidades de una repuesta local, obligando a solicitar apoyo (Figuroa A, 2010), lo que deduce que un desastre es la consecuencia del impacto de un determinado fenómeno natural o relacionado a la tecnología que afectan la dinámica o funcionamiento de una sociedad o comunidad, ocasionando una gran cantidad de pérdidas e impactos humanos, materiales, económicos y ambientales que exceden la capacidad de la comunidad, la familia, o el hombre afectando las esferas bio-psicosocio-ecológicas, colocando a la población en una situación de crisis no normativa, volviéndolos vulnerables para afrontar tal situación mediante el uso de sus propios recursos.

Estas crisis o situaciones difíciles se pueden volver fuentes de estrés crónico, pues la dificultad para manejar el suceso tiene que ver con la forma en que la individuo recibe el evento o estresor, así su modo de afrontamiento del individuo dependerá de los medios del cual dispone, creencias, motivación, habilidades, recursos benéficos y los recursos materiales, con mayor énfasis en el pilar familiar como un sistema de interacción para movilizarse y poner en acción medidas que actúan sobre los cambios haciendo de éstos, estrategias de búsqueda para obtener sus necesidades y afrontar una situación en particular generadora de estrés, como se presenta después de un desastre natural, los éxodos de la población a lugares donde las casas de salud no puedan atender la situación o en donde la catástrofe puede destruir la infraestructura local de los servicios

de salud, que podrían no responder ante la emergencia, alterando la atención primaria y de seguimiento de prevención, como en las enfermedades crónicas no transmisibles, entre las más prevalentes de morbilidad: la hipertensión arterial y diabetes.

A nivel mundial las enfermedades crónicas, entre ellas las cardiovasculares son las responsables cerca de 17 millones de muertes por año, y las complicaciones por hipertensión arterial provocan 9,4 millones de muertes anualmente (Lim ss, 2012) , por lo que la hipertensión se ubica como la tercera causa de años de vida potencialmente perdidos/ajustados por discapacidades, es la causa de al menos 45% de los fallecimientos, riesgo aumentando en 3 a 4 veces para cardiopatía isquémicas y 51% de muertes por accidentes cerebrovasculares, es decir 2 a 3 veces el riesgo cardiovascular en general (OMS, 2013).

En Ecuador las enfermedades hipertensivas, cardiopatías isquémicas, y cerebrovasculares representaron en el año 2011, 10.325 defunciones, 16,6% el total de muertes del país en todos los grupos de edad. Estas cifras reflejan una deficiente adherencia a los tratamientos cuyos factores de riesgos se producen por el escaso compromiso del paciente y la familia por lo que es imperioso fomentar la importancia de la adherencia para evitar los altos costos individual, familiar y gubernamental evitando así sus complicaciones a largo plazo.

En Ecuador no existen datos estadísticos o estudios realizados sobre las estrategias de afrontamiento familiar en situaciones de crisis no normativas causadas por desastres naturales. El terremoto de 7,8 en la escala de Richter, cuyo epicentro se reportó en el

norte del Ecuador, provincia de Manabí, cantón Pedernales, a las 18:58, considerado entre los 10 más fuertes de América Latina y 20 veces más potentes que el terremoto de Japón, trajo a la población angustia, tristeza, desamparo, incertidumbre, dejando grandes daños materiales, económicos y pérdida humanas irreversibles. Este acontecimiento quedó grabado en la memoria de los que vivieron esta tragedia, que marco la vida, formas de proceder y porvenir de muchas familias. Es el motivo por el cual se realizó este trabajo investigativo para determinar la actuación y organización de las familias en situaciones estresantes no esperadas para poder mantener el tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas y evitar así sus consecuencias.

La importancia del presente trabajo de investigación es identificar las diferentes conductas, habilidades o estrategias de afrontamiento que emplean las familias cuando se encuentran expuestas a situaciones de crisis no normativa como el terremoto 16^a, su afectación en la población de hipertensos y su adherencia al tratamiento farmacológico.

El presente trabajo investigativo busca un empoderamiento del profesional de salud en especial al Médico Familiar, sobre la adherencia terapéutica en la Hipertensión Arterial con la aplicación de un test fácil y sencillo que permite conocer de una manera subjetiva sus causas, teniendo como aliado al paciente como un ser biopsicosocial con redes de apoyo familiar para obtener con éxito, la continuidad terapéutica a largo plazo, excelentes controles metabólicos, evitar sus consecuencias y efectos secundarios, permitiendo una disminución de la incidencia de estas enfermedades crónicas que son una problemática a nivel mundial.

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Herrera afirma que la familia en su evolución puede verse conmocionada por circunstancias que introducen cambios en su funcionamiento y organización, debido a la exposición no programada de eventos que originan desorganización familiar, y estos dependen de las exigencias del medio, como la forma de percibir de las familias (Herrera Santi P. G., 2002) La vivencia de esta crisis va a estar establecida por el significado que el grupo familiar le asigne al evento vital. Para encontrar la mejor solución a los problemas se requiere enfrentarlos con el reajuste familiar, la adaptación de los miembros familiares, apoyo gubernamental, de amigos y familia extensa (García Martínez, 2014).

A pesar de estas circunstancias difíciles, las familias nunca estarán preparadas para adoptar de la mejor forma las estrategias de afrontamiento tanto internas como externas, y además conociendo la inestabilidad que ocasionó el terremoto en todo sentido, sin dejar de lado a los pacientes de la comunidad Andrés de Vera que cursan con diagnóstico de hipertensión arterial y que fueron afectados por esta crisis no normativa, que provocó caos a nivel de todos los sistemas público y privado, encargados de provisión de la medicación continua.

Reconociendo que el incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura (OMS, 2004 II) y por la asociación de los múltiples factores externos que condicionan la mala o nula adherencia

a los tratamientos por parte del enfermo, son el motivo principal para aumentar la prevalencia de enfermedades cardiovasculares, discapacidad y muerte, por la presencia de este problema el planteamiento y pregunta para desarrollar el tema de tesis es:

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento familiar ante la crisis no normativa del terremoto 16A, y su influencia en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial?

CAPÍTULO II

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2. 1. FAMILIA

Al trascender en el tiempo, las familias han sufrido múltiples cambios y se plantearon varias definiciones, debido al modernismo actual en que se incluye la sociedad, donde la ocupación laboral de los progenitores, el poco tiempo compartido, la pérdida de valores, la poca comunicación y la integración de nuevos géneros, ha transformado a la familia tradicional, que por ser parte fundamental de la sociedad, el estado debe velar por ella y mantener el bienestar en todas sus esferas para que cada miembro familiar se convierta en persona útil para la sociedad. Depende de cómo las familias se organicen estructuralmente para poder conseguir ese fin ya que nacer y crecer en el seno de una familia afianza los lazos de seguridad y confianza de cada individuo.

Desde el punto de vista biológico

Según De la Revilla, una de las funciones de vital importancia de las familias es mantener la especie humana, por medio de la unión de dos personas de diferente sexo para concebir un nuevo ser que representará la perpetuidad de la especie humana y al que se le transmitirá las culturas y tradiciones de sus respectivos progenitores. Además en el ámbito biológico las familias son el primer contacto de amor con ese vínculo inseparable de madre y su hijo, y donde se fundamentan las primeras sensaciones de placer y se aprende a diferenciar los roles asignados. (De la Revilla, 2009)

Desde la psicología

Como afirma Oliva, las familias están compenetradas desde su inicio, y se forman con el fin de incrementar los lazos entre dos personas que han elegido libremente vivir unidas afianzando su compromiso de amor, confianza, reciprocidad, para compartir una vida juntos, aceptando su personalidad y enriqueciéndose de las experiencias compartidas. (Oliva Gomez, 2013). La familia desde este punto de vista es el apoyo principal para la formación de la identidad de los nuevos seres procreados, además se crea un compromiso entre cada miembro de la familia que otorga fuertes sentimientos tanto de reciprocidad o de dependencia y se convierte en la cuna de valores como la responsabilidad, afecto, adaptabilidad, confianza, competencia e independencia, para transmitir al mundo y a la sociedad dichas actitudes aprendidas en el hogar (Malde Modino, 2012).

2.1. 1 Familia y actitud en equipo

Desde tiempos remotos el hombre siempre estuvo viviendo en grupo donde encontraba protección y paz, al ir evolucionando se acostumbró a la compañía y a darse cuenta que el trabajo en equipo asegura el éxito, por esta razón a la familia se la considera el grupo primario de formación, porque dentro de ella, el individuo desde muy pequeño desarrolla experiencias y habilidades que le servirán en la identificación de su temperamento y de valores para gozar de bienestar y actitud ante la vida.

Como afirma Álvarez la familia es un grupo humano unido por sus vínculos afectivos, sanguíneos o adoptivos, que a través de la comunicación e interacción facilita la

estabilidad, cohesión interna, y progreso evolutivo dependiendo de los conflictos o etapas que curse cada uno de sus integrantes y está en dependencia del ciclo vital del sistema familiar (Álvarez González, 2003).

La familia tiene como objetivo formar íntegramente a sus miembros, educándolos y exteriorizar todo su potencial humano para que se conviertan en elementos útiles y que aporten a la sociedad con sus conocimientos y actos, mejorando los estilos de vida y rendimiento productivo. La manera como una familia pueda realizar todas sus actividades y funciones está determinado por el ambiente y contexto sociocultural en el que se ve inmersa, de las características particulares, la conformación básica, su manera de relacionarse e interactuar, su efectiva comunicación, y la responsabilidad con que se lleve a cabo cada una de los deberes asignados desempeñándolos con responsabilidad y respeto.

2.1.2. Funciones de la familia

Para que toda familia funcione los miembros tienen un rol asignado, este es el papel de cada familiar en la esfera social, y que cumple con una actitud, comportamiento y afecto adecuado para el correcto desenvolvimiento del papel que en ese momento se le conceda y depende de la etapa del ciclo vital que se encuentre, va condicionado con reglas y límites. Cada miembro familiar a su vez puede tener varios roles es decir en la familia sus miembros pueden ubicarse en el puesto de padre, madre, hijo, hermano, abuelo.

El funcionamiento familiar se ve beneficiado cuando los roles son comunicados claramente y la normativa de conductas queda bien definida, de manera que se reducen las incertidumbres y ambigüedades, esto ayuda a identificar cual es el verdadero desenvolvimiento del rol. (Herrera Santi P. , 2010). Al existir un correcto funcionamiento de los roles se facilita el funcionamiento y dinámica familiar, entregando a cada uno de los miembros una parte esencial para la unión familiar, se ayuda a establecer la identidad personal, sus privilegios y responsabilidades.

Entre los roles más desempeñados tenemos:

- **Rol conyugal:** designado a la pareja en medio de una comunicación efectiva y fluida, con tolerancia y respeto, exponiendo claramente las estrategias y normas que deben de cumplir como equipo, compartiendo tiempo juntos sin intervención de los hijos, sin olvidar su privacidad, su espacio y tiempo como individuos.
- **Rol parental:** este rol es desempeñado por la pareja (madre – padre) sus funciones son proporcionar cuidado, protección, alimentación, cobijo, cariño, respeto, seguridad, el ser madre tiene una función más emocional, otorga un entorno para la afluencia y control de las expresiones para aprender a canalizar de la mejor manera los sentimientos. El hecho de ser padre otorga una función más racional, es el formador del carácter y de las decisiones.
- **Rol filial:** desempeñada por los hijos, su función es cultivarse, crecer y desplegarse.

- **Rol fraternal:** limitada a los hijos, pero esta vez entre ellos, donde se aprende a ser apoyo verdadero, donde se afianzan la complicitad, donde hacen su propio espacio para poder hablar y tratar temas concernientes a su edad.

El equilibrio entre los roles que desempeña cada familia, la coordinación y el buen ambiente que logran formar proporciona a las familias estabilidad y fuerza en su organización estructural lo que originará habilidades y capacidades para que las familias puedan adaptarse a los cambios evolutivos a los que podrían estar expuestas.

En condiciones adecuadas e ideales el rol establecido y el desempeñado son equivalentes, pero puede haber discrepancias y esto ocasionan serios conflictos y disfunciones familiares. En aquellas familias que no se adaptan y que no toman con compromiso sus roles llevan al mal funcionamiento del circulo y dinámica familiar lo que genera rigidez funcional y emocional, o pueden ser ignorados e incumplidos, llevando a serios problemas dentro de la familia y no poder tener la suficiente fuerza de unión y adaptabilidad para enfrentar los cambios o crisis.

2. 1. 3. Tipología familiar

Como comparte Agudelo, la composición familiar no es un fenómeno estático, es un proceso que se encuentra en cambio constante y depende del momento por el cual el individuo y la familia estén cursando, de sus logros, metas y crisis. (Agudelo, 2005)

A lo largo del tiempo se descubre a las familias como un sistema heterogéneo que está siempre en interacción con los múltiples entornos tanto histórico, social, cultural y económico, lo que nos refleja que su integración puede ser muy variada, tanto sus características, su forma de organización dentro del hogar y familiar son de diferentes tipos dependiendo de las transformaciones demográficas, socioculturales y económicas por las que han tenido que enfrentar.

En una revisión, Membrillo Luna describe los siguientes tipos de familia:

Según el desarrollo de la familia

- **Familia Moderna:** se encuentra en niveles socioeconómicos más altos y hace referencia a la familia donde la madre y padre trabajan en iguales condiciones para satisfacer las necesidades de los miembros, al igual que se da en familias monoparentales en las el progenitor a cargo de los hijos es el encargado a laborar para llevar el sustento al hogar. También son consideradas familia moderna aquella cuyo integrante deslinda de cualquier lazo afectivo y abandona a sus progenitores y demás familiares.
- **Familia Tradicional:** generalmente la encontramos en la mayoría de las familias de clase media y tienen como característica principal la transmisión de modelos socioculturales como las tradiciones familiares, valores sociales y estilos de vida que establecen la perpetuación de las características a las nuevas familias. Su principal rasgo es que el único proveedor y sustento de la familia es el padre, ya que la madre se dedica al hogar y a los hijos.

Según el lugar de asentamiento

- **Familia Rural:** son las familias que se asientan en las zonas del campo, no cuentan con los servicios básicos intradomiciliarios y son las familias con mayor riesgo de enfermedades o de mayor vulnerabilidad.
- **Suburbana:** ubicadas en zonas marginales o límites entre área rural y urbana
- **Urbana:** se conoce con este apelativo a las familias que se radican en el área urbana de la ciudad, donde existe en muchos casos mejor organización municipal y cuentan con todos los servicios básicos.

De acuerdo a la composición

- **Integrada:** donde en la misma casa conviven los dos conyugues, sus hijos y cada miembro cumple con su rol y función asignada.
- **Semi integrada:** cuando uno de los dos cónyuges no desempeña a cabalidad su función, y esto lleva a la familia a ser muy frágil.
- **Desintegrada:** son las familias en que el vínculo conyugal terminó y cada uno vive su tiempo lejos del hogar.

Por su estructura

- **Nuclear:** formada por los esposos (hombre y mujer) con o sin hijos.
- **Monoparental:** conformada por un solo progenitor (padre o madre) e hijos.

- **Extensa:** comprenden las familias que se encuentran en mayor proporción en nuestra población predomina el matriarcado y junto a ella viven casi todos sus hijos con conyugues y nietos.
- **Extensa compuesta:** familias numerosas que además acogen en su hogar personas que no son consanguíneas (compadres, amigos)

Por las complicaciones que pueden enfrentar

- **Interrumpida:** en las familias que han pasado por crisis no normativas como la separación o divorcio, trayendo con ellas complicaciones.
- **Contraída:** cuando uno de los padres o cónyuges fallece de forma esperada o no.
- **Reconstruida:** se da por la unión de una pareja que ya ha venido de otra relación y se da la oportunidad de volver a formar una familia para mantenerse protegidos (Membrillo Luna, 2005)

2.2 CRISIS FAMILIARES

A lo largo de la existencia, las familias siempre han estado expuestas a experimentar una serie de cambios críticos en diferentes momentos del ciclo evolutivo, lo que conlleva a reorganizaciones individuales y familiares constituyendo una etapa de crisis. Durante estas crisis se adoptan nuevos roles, que traen consigo inestabilidad, desorganización, nuevos aprendizajes, nuevas reglas y es lo que se conoce como crisis evolutivas. (Gonzales Benitez, 2000) Ya que estos cambios están determinados por cambios biológicos, psicológicos, y sociales, que instalan un desarrollo cada vez más

complejo y diferente al anterior, lo que otorga en muchos casos la habilidad de evolucionar y aprendizaje de las familias lo que da lugar al crecimiento y desarrollo de la familia.

2.2.1 Crisis

Crisis es una palabra que tiene un significado negativo, pero con el desarrollo de las nuevas concepciones sobre las crisis evolutivas, se ha modificado el concepto a una perspectiva positiva, pues de estas crisis se pueden obtener nuevos aprendizajes y formas de adaptación ante las adversidades y hacer a cada individuo más fuerte para enfrentar las dificultades, ayudando a la evolución y maduración de la persona.

Cohen define la crisis como una situación vital que incluye cambios, incertidumbre, que ocasionan inestabilidad particular, se pueden originar en cada etapa vital como la pubertad, gestación, vejez; o situaciones no esperadas como un accidente automovilístico, incendio o desastre natural como los terremotos. (Cohen R, 1989)

En un estudio realizado en familia en crisis por separación de los padres con hijos adolescentes (Kirchner, 2003)), determinó que aquellas familias que pasaron por esta desintegración no esperada tuvieron cambios negativos y alteraciones en la salud psicológica y afectiva de los hijos pero que con el uso de habilidades, recursos y elementos bio-psico-sociales se logró superar y enfrentar la situación que produce la separación (Jimenez M, 2012).

2.2.1.1 Crisis transitorias

Las crisis transitorias también conocidas como normativas son relacionadas con la situaciones esperadas en el desarrollo de una familia, generan tensión o conflictos, marcando el cambio de una etapa a otra del ciclo familiar y que son puntos importantes de transición y reflejan la evolución y aprendizaje familiar. (Ramirez A, 2004)

2.2.1.2. Crisis no transitorias

Conocidas como para-normativas o no normativas conciernen a sucesos accidentales o no esperados y no guardan relación con las etapas del ciclo vital. Pueden ser temporales o definitivas, dentro de ellas encontramos a los desastres naturales que traen consigo otras crisis no normativas.

2.2.1.3 Crisis no esperadas – Desastres Naturales

Los desastres naturales son consecuencia de las grandes pérdidas humanas, patrimoniales causadas por los sismos, tormentas tropicales, tsunamis, inundaciones, erupciones volcánicas, deforestaciones y contaminación ambiental que han ocurrido a lo largo de la historia humana. Los sismos siempre desencadenarán caos y pánico colectivo pues se convierten en catástrofe cuando superan un límite de normalidad, y su intensidad es representada en la escala de Richter.

Los efectos de un desastre pueden incrementarse debido a la mala ubicación de las estructuras arquitectónicas, y malos rellenos del suelo, o por la presencia de fallas

geológicas, sectores inundables y la rápida industrialización de los países en vías de desarrollo, lo que sugiere la posibilidad de futuros desastres catastróficos y millones de damnificados, sumado a esto la falta de medidas de seguridad, y la poca preparación antes estas emergencias que no son exitosas en el momento y que en muchos casos provocan caos cuando la población no está preparada. (Gaston M., 2005)

El terremoto ocurrido en Ecuador el 16 de Abril del año 2016, a las 18:58, con epicentro entre las parroquias Pedernales y Cojimíes de la provincia costera de Manabí con una magnitud de 7,8 M_w , (Instituto Geofísico de la Escuela Politécnica Nacional, 2016) marcó un precedente de incertidumbre y desesperanza en la historia de la población por la gran cantidad de personas fallecidas, barrios devastados, familias desamparadas y pérdida de gran parte de la economía de muchas ciudades del Pacífico ecuatoriano causados por la inclemencia de la naturaleza, originan un profundo impacto en los sobrevivientes (Cohen R., 2008) observando en primera instancia temor generalizado, angustia y estado de hiperalerta, conductas que conciernen a respuestas de adaptaciones normales a una realidad extrema. (Vázquez C., 2009) La permanencia de estas conductas en el tiempo así como su intensidad, las hace poco adaptativas y nocivas, entorpeciendo las relaciones interpersonales y la capacidad de la persona para manejar las dificultades de la vida así lo afirman (Fernández G., 2013).

2.3 AFRONTAMIENTO FAMILIAR ANTE LAS CRISIS

Cada familia viene formada desde sus bases con fuertes lazos de unión, de perseverancia y protección de todo su grupo familiar que marcan a cada familia como la unidad básica de la humanidad, al encontrarse durante toda la etapa de la formación de la familia siempre estará sometida a cambios esperados e inesperados que marcan a cada individuo en su forma de ser y de comportarse, pero que lo llevan a lograr esfuerzos o habilidades para hacer frente a las diversas circunstancias a la que se exponen y poder aprender de ellas y encontrar los mecanismos y apoyos necesarios para superar la crisis es a esto lo que se conoce como afrontamiento familiar , y que detrás de cada crisis hay un aprendizaje por eso también se la considera una forma de resiliencia de los grupos familiares y poblaciones.

Hernández define el afrontamiento como el transcurso para alcanzar armonía en el sistema familiar que facilite la unión y la organización, y origine así el crecimiento y progresión individual. (Hernández A., 2001) Mc Cubbin define el afrontamiento ante el estrés como el hábitat que ejecutan todos los miembros de un grupo familiar ante un escenario crítico y como afirma (McCubbin H., 1981) las actuaciones al afrontamiento ayudan a encontrar soluciones a las condiciones estresantes, disminuir el nivel de nerviosismo, angustia familiar y preservar la unión y armonía al afrontar las tensiones.

En un estudio realizado en crisis familiar por separación de los padres con hijos adolescentes (Kirchner, 2003) se observó que ésta crisis generó un impacto perjudicial en la familia y para la salud de los hijos y gracias a las estrategias permite enfrentar el

estrés que generó el proceso de divorcio y el impacto que produce la disociación familiar (Jimenez M, 2012).

De acuerdo al conocimiento sobre las fortalezas que tienen las familias en la dificultades, estudios sobre el entorno familiar, en especial aquellos que acogen aspectos integrales, destacan la calidad de la percepción que cada miembro familiar tiene en el sistema familiar y el empoderamiento atribuido a la situación como instrumento ventajoso para valorar de manera precisa las relaciones familiares (Meléndez J, 2004). La capacidad de resistencia puede estar relacionada con el conocimiento de la situación y de las contingencias del sistema familiar para continuar con el progreso.

El afrontamiento familiar ante la presencia de una o varias crisis puede enfrentarse de formas diferentes: que sea óptimo cuando se realizan cambios constructivos donde se ajustan los roles, se flexibilizan las normas y se busca el apoyo social y familiar; que no sea óptimo cuando se hacen cambios de ajustes conjunto familiar y no se hace una adecuada reestructuración de la situación que los aqueja. El afrontamiento a las crisis que realiza la familia incluye el tiempo de duración de la misma y va de la mano con los recursos internos y externos que posea cada familia.

Dentro de los recursos internos contamos con las experiencias previas de afrontamiento ante otras situaciones de crisis así como el funcionamiento familiar y la situación socioeconómica del grupo familiar. Y los recursos externos hacen referencia al apoyo

social como a recurrir a vecinos, amigos, familiares, instituciones gubernamentales y grupos de apoyo comunitarios. (Louro I, 2002)

2.4. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO - ESCALA F-COPES

Las estrategias de afrontamiento son todas aquellas acciones, pensamientos conductuales que cada miembro de la familia o el individuo desarrolla con el objetivo de encontrar una posible solución ante cualquier situación generadora de estrés para afrontar de manera emocional o alterar aquel problema para adaptarnos y sobrellevar la crisis y mantener la funcionalidad familiar. Aunque estas estrategias de afrontamiento depende a la vez de los recursos que disponga cada individuo de sus creencias, compromisos, motivaciones recursos y habilidades, debido que no se crean inmediatamente sino que se forman y modifican en el tiempo, y dependen de la intensidad y severidad de la crisis o del agente estresor y de las perturbaciones que acarrea al sistema familiar. (Jimenez M, 2012)

A nivel familiar las estrategias se presentan en dos dimensiones: una dimensión que comprende la realidad subjetiva de la familia considerando a la familia como una entidad grupal y una segunda dimensión que comprende la naturaleza internacional del afrontamiento en la familia que va junto con la dinámica familiar.

Funciones de las estrategias

Las funciones de las estrategias de afrontamiento son:

1. Conservar las condiciones internas como la comunicación y la organización familiar
2. Suscitar la independencia y autoestima de sus miembros
3. Fomentar y desarrollar el apoyo social con la comunidad (Galindo B, 2003)

Clasificación de las estrategias de afrontamiento.

Las estrategias de afrontamiento son: internas y externas.

Internas.

- **Reestructuración:** cualidad que tienen los individuos de una familia para redefinir las situaciones no esperadas de forma que puedan ser manejables y aceptadas, lo fundamental en esta estrategias es la confianza en la capacidad de manejar los problemas que aporta cada miembro familiar
- **Evaluación Pasiva:** existen familias que ante una crisis reaccionan débilmente, tienen comportamientos menos activos ante esta situación de estrés donde minimizan y la iniciativa de enfrentar las dificultades, es decir son familias que se mantienen en una actitud pesimista.

Externas

- **Apoyo Social.** Habilidad del grupo familiar de conseguir recursos en fuentes ajenas a la familia como amigos, vecinos, familia externa, para poder mantener su estabilidad.

- **Indagación Apoyo Espiritual.** Destrezas familiares para obtener ayuda espiritual
- **Movilización familiar para conseguir y aceptar apoyo:** Pericia o capacidad de los miembros familiares de buscar recursos en la comunidad de aceptar ayuda no solo de entidades sociales sino también de profesionales

Escala de valoración personal del funcionamiento familiar en situaciones de crisis

Esta escala fue desarrollada por Mc Cubbin, H., Larsen y Olson cuyo fin fue de identificar las destrezas conductuales y de resolución de problemas que utilizan las familias en situaciones de crisis, la misma que está compuesta por cinco subescalas, asociadas en dos tipos:

1. **Estrategias internas:** valoran el manejo interno de la familia en situaciones en crisis, estas son reestructuración y evaluación pasiva.
2. **Estrategias externas:** identifican las formas como la búsqueda de ayuda externa fuera de su círculo familiar y comprenden: Apoyo Social, pesquisa de apoyo espiritual y movilización familiar.

Este instrumento tiene una confiabilidad del 87% entre las subescalas fluctúan entre 62 y 95%. Para el uso de las variables del estudio se utilizaron respuestas dicotómicas.

2.5 ADHERENCIA TERAPÉUTICA

2.5.1. Definición

El significado de “cumplimiento” se inició en los años sesenta con la excusa de buscar si los pacientes hipertensos tomaban o no adecuadamente los fármacos que el galeno les había señalado y poder compararlo con su progreso clínico. La misma definición continuó en los años setenta y ochenta con la introducción de diferentes patologías con otros planes terapéuticos concretos, como antibióticos, antiasmáticos, etc.

En los años noventa donde se inició el tratamiento antirretroviral contra el virus VIH cambió la definición y surge el término “adherencia”, el cual toma preeminencia hasta límites insospechados.

La palabra adherencia es una traducción literal de la palabra inglés “adherence” al castellano, concepto originado por algunos grupos de apoyo y asociaciones de enfermos de VIH de EE.UU, con intención de escudriñar una terminología mucho más considerada hacia el paciente, a divergencia de la anterior que se pensaba considerablemente examinadora o controladora. Con esto se busca por primera vez la colaboración, aprobación y responsabilidad del paciente frente a la terapia antirretroviral. Por lo que a partir de este momento se consideró más procedente manejar el término “adhesión” que el de “cumplimiento”. (Ferrer, 1995), términos que difieren por ser la adherencia, la conformidad del paciente respecto a las recomendaciones médicas.

Ortego - Lorente define a la adherencia terapéutica como la disposición o una gran variedad de actitudes del paciente que coincide con la prescripción médica, permitiendo

la correcta continuidad del medicamento y consiguiendo un buen régimen terapéutico hasta desarrollar conductas de salud e identificando las conductas de riesgos. (Ortego-Lorente, 2004)

La OMS considera a la adherencia como: “la conducta de una individuo (consumir el medicamento, mantener un régimen alimentario y establecer cambios en el condición de vida) frente a las recomendaciones pactadas con el prestador de salud”. Esto representa una responsabilidad mayor de parte del cliente más allá de tomarse los medicamentos prescritos. (OMS, 2004 II)

Varela con fines de evaluación e injerencia afirma que adherirse al tratamiento es un fenómeno ininteligible que comprende un orden de procedimientos cotidianos, los cuales deben coincidir y ser afines con los convenios pactados y las recomendaciones contenidas y admitidas en la interacción con los profesionales de la salud que lo asisten en la consulta médica, mostrando una participación importante y activa del paciente en el control de su enfermedad. (Varela, 2009) Las conductas de adherencia hacen reseña a la agregación o sostenimiento de costumbres en el estilo de vida, la modificación o identificación que puedan actuar como factores de riesgos desarrollando habilidades para controlar situaciones de estrés, ansiedad o crisis ya que manejar los estados emocionales influyen en los niveles de presión arterial que puedan afectar los objetivos terapéuticos.

Sin interesar qué término se prefiere usar, está claro que el beneficio de una terapia medicamentosa sólo va a ser alcanzada por aquellos usuarios que continúen los

tratamientos señalados en forma correcta y su participación activa a largo plazo, permitiendo una buena comunicación, usuario y prestador de salud como un requisito esencial para una práctica clínica efectiva.

2.5.2 Factores que afectan a la adherencia del tratamiento farmacológico

La adherencia a la terapéutica es un problema frecuente en la práctica médica, fenómeno multidimensional determinado por factores de acuerdo a la (OMS, 2004 II) los reconoce como cinco dimensiones:



Ilustración N. 1 Adherencia al Tratamiento

- **Factores Socioeconómicos.** Aunque no está determinado como un factor predictivo independiente en países en desarrollo el sector económico pone al usuario en posición de elegir prioridades direccionadas en gran mayoría a

satisfacer las necesidades de otros miembros familiares, o la pérdida económica debido al ausentismo laboral secundario a las complicaciones de las enfermedades crónicas y los gastos adicionales que representan en reingresos hospitalarios o pruebas complementarias (Tapias L., 2014).

La raza constituye un factor predictivo de la adherencia independientemente si los miembros familiares viven en su lugar de origen, las creencias culturales las cuales se mantienen constantes a lo largo del tiempo y tienen sus propias representaciones cuando aquello podría significar una amenaza para la salud, no expresada al prestador que está brindando la atención médica, entre las creencias que se debería indagar son: motivación, severidad, autoeficacia, vulnerabilidad y las metas esperadas en el tratamiento.

La edad tiene una influencia en la adherencia de manera irregular, debe evaluarse según características del paciente o por el grupo de edad. En los niños y adolescentes es de 43 a 100% determinado por el autocuidado del padre para seguir con el tratamiento, en los ancianos por déficit cognitivos aumenta el riesgo de una adherencia deficiente.

Entre otros factores socioeconómicos están: analfabetismo, bajo nivel educacional, desempleo, falta de redes de apoyo social, disfunción familiar, situaciones ambientales variantes, lejanía del centro de salud y el costo de los medicamentos.

- **Factores relacionados al tratamiento.** Entre estos de mayor influencia están dados por: duración, cambio, efectos adversos del tratamiento, la complejidad y apoyo del médico para tratar la enfermedad, confianza en la efectividad del mismo sobre todo en los cambios de estilos de vida. Por tanto las intervenciones para una buena adherencia que deben adaptarse a las necesidades del paciente para optimizar recursos y lograr una terapéutica eficaz es incorporando a la familia como participantes activos, necesarios como apoyo incondicional y solidaridad de sus miembros.
- **Factores relacionados con el paciente.** Entre estos se encuentran: la disponibilidad del paciente, conocimientos, percepciones, creencias, expectativas, motivación, destreza y confianza para apoderarse en el cumplimiento terapéutico. Los siguientes factores influyen en la adherencia aunque no se comprende cómo interactúan con ésta, tenemos: estrés psicosocial, angustias por efectos adversos, falta de percepción del riesgo y necesidad del tratamiento así como la incredulidad o negativa del diagnóstico, no continuar con las consultas subsecuentes por temor de dependencia de otros o ser estigmatizado por la enfermedad, una buena comunicación en la información adecuada reduce la angustia, permitiendo una mejor y rápida recuperación y colaboración a largo plazo en la terapéutica.
- **Factores relacionados con la condición de la enfermedad.** Estos se relacionan a la enfermedad que aqueja al paciente, conocimiento, su gravedad, abandono, tiempo de evolución y consecuencia a una discapacidad ya sea física,

psicológica, social y vocacional, la progresión de la enfermedad y la disponibilidad de medicamentos, lo que depende de la prioridad que el usuario le dé a la enfermedad. Los factores mencionados permiten un cambio de paradigma y el paciente ingrese como parte activa a un plan terapéutico. (Del Duca M., 2013)

- **Factores relacionados con el sistema de salud y la atención médica.** Hay escasas investigaciones en relación de este factor y la adherencia terapéutica sin embargo tiene su importancia. Una buena relación médico-paciente puede mejorar la adherencia, los factores son: el efecto negativo o deficiente de los servicios médicos, ausencia de conocimientos del personal o profesionales sobre el manejo de enfermedades crónicas sobre todo en la conducta a la adherencia al tratamiento, falta de accesibilidad a los medios para el diagnóstico, discrepancia terapéutica o interacción entre la prescripciones de alimentos y medicamentos, escaso personal de salud, o recargados de trabajos, poca capacidad del sistema para educar al paciente y proporcionar seguimiento, falta de motivación para la participación activa de la comunidad y de autocuidado y las intervenciones eficaces para mejorar y continuar con una buena adherencia. (Diaz Porto M., 2014)

2.5.3. Adherencia farmacológica en enfermedades crónicas – hipertensión arterial

En contraposición a las enfermedades agudas, las crónicas contagiosas (VIH; tuberculosis) como no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes, depresión)

requerirán el mismo tipo de atención, definiendo a éstas de acuerdo al proyecto sobre adherencia terapéutica (OMS, 2004 II): a “ Las enfermedades con una o más de las siguientes particularidades: ser permanentes, dejen discapacidad, sean causadas por una alteración anatomopatológicas definitivas, requieran instrucción especial del paciente para la rehabilitación o cabe pronosticar que requieran un periodo largo de supervisión, análisis o cuidado”.

Estos padecimientos crónicos requieren de tratamientos a largo plazo para su adecuado control y evaluación, manteniéndose de manera sistémica durante toda la vida y exige un comportamiento persistente y responsable lo que contribuye a la búsqueda de estrategias que permitan el adecuado control de éstas por lo que es de gran importancia de que los usuarios, pacientes cumplan con las prescripciones médicas.

Las enfermedades crónicas son prevalentes en los países en desarrollo representan el 46% de la carga total y se estima que aumenten a 56% para el 2020 (OMS, 2004 II), lo que determina que vivimos en un ambiente que cambia rápidamente sobre la salud humana que anudado a los factores de urbanización acelerada, modos de vida malsanos, el envejecimiento de la población en países ricos o pobres, han provocado cambios más notables en las enfermedades crónicas como principales causas de mortalidad en el mundo a diferencia de las enfermedades infecciosas.

A nivel mundial las enfermedades crónicas, entre ellas las cardiovasculares son las responsables cerca de 17 millones de muertes por año, y las complicaciones por la hipertensión arterial provocan 9,4 millones de muertes anualmente (Lim ss, 2012) , es

decir la hipertensión se ubica como tercera causa de años de vida potencialmente perdidos/ajustados por discapacidades, es la causa de al menos 45% de los fallecimientos, riesgo aumentando en 3 a 4 veces para cardiopatía isquémicas y 51% de muertes por accidentes cerebrovasculares, es decir 2 a 3 veces el riesgo cardiovascular en general (OMS, 2013).

En Ecuador las enfermedades hipertensivas, cardiopatías isquémicas, y cerebrovasculares representaron en el año 2011, 10.325 defunciones, 16,6% del total de muertes del país en todos los grupos de edad, ocupando los dos primeros lugares como causantes de muerte en el país en las provincias de Guayas, los Ríos en la región de la Costa, y Tungurahua y Azuay en la Sierra. En 2012 la prevalencia de hipertensión arterial medida según la ENSANUT en la población de 18 a 59 años fue de 9,3% siendo de 7,5% en las mujeres y 11,2% en los hombres, con 37,2% de prehipertensos con una frecuencia de 27,1% en las mujeres y 48% en los hombres. (OPS/OMS, 2014)

La enfermedad hipertensiva arterial, es un problema significativo de salud pública a nivel universal, es una enfermedad crónica en los pacientes adultos, es silenciosa, se la define como la presión arterial mayor a 140/90 mmHg, en etapas tempranas rara vez provoca síntomas, y en muchos casos no se establece, pero es un signo de alerta muy importante que requieren cambios urgentes y significativos del estilo de vida, modificando así los factores de riesgos (dieta, sedentarismo, abuso de alcohol y tabaco).

Una detección precoz, un tratamiento apropiado, controles médicos consecutivos y una buena adherencia farmacológica, producen importantes beneficios sanitarios y

económicos ya que el tratamiento de las complicaciones o comorbilidades (diálisis, re permeabilidad miocárdica, endarterectomía carotídea) de la hipertensión, generan discapacidades que deterioran la calidad de vida del enfermo y de su familia, esto conlleva un costo elevado para el estado agotando el presupuesto gubernamental e individual y familiar.

Promover el empoderamiento público es clave, aunque complejo, demandan la colaboración interdisciplinaria, gobierno, sociedad, instituciones académicas y empresas privadas de alimentos y bebidas. La prevención es menos costosa y más segura para los pacientes que aquellas intervenciones invasivas como la cirugía de revascularización miocárdica o la diálisis, que a veces son necesarias cuando la enfermedad no se identifica a tiempo.

Sin embargo los estudios revelan que en muchos países menos del 25% de la población hipertensa logran una presión arterial óptima, la adherencia al tratamiento es del 50% y en un 40% consumen la medicación en una manera errónea y aproximadamente un 80% fracasan en las limitaciones alimentarias, ejercicios y otros factores de riesgos como el alcohol y tabaco. (Varela M., 2010)

Esta deficiencia a la adherencia puede patrocinar diversas formas: dificultad para iniciar un tratamiento, apatía o incumplimiento, indicaciones insuficientes, inasistencias a las citas médicas, permitiendo que el paciente no obtenga el beneficio del tratamiento médico con resultados pobres en su bienestar y reducción de su calidad de vida lo que incrementa el uso de recursos hospitalarios (Van Dulmen S, 2007).

Es la adherencia al tratamiento la causa del pobre control de las enfermedades crónicas y en el caso de la hipertensión su pobre control de la tensión arterial, provocando una repuesta terapéutica generadora de retrasos, dosis elevadas, cambios de medicamentos o el uso de multidrogas que pueden generar efectos secundarios y complicaciones. Por otro lado puede provocar pérdidas en la vida personal, social y familiar, el usuario puede cargar sufrimiento físico y psicológico, que dan resultado desfavorable a su ambiente laboral o familiar afectando su vida económica o interferir con la interacción de sus roles, responsabilidades con ellas, familiares o amigos. (Martin L., 2014)

Se ha reconocido la no adherencia como la causa principal de la falta de control de la hipertensión, por lo tanto la adherencia al tratamiento se ubica como una variable medidora de gran importancia en el logro de los objetivos terapéuticos, que se presenta en todos los países independientemente de su nivel de desarrollo, como lo determinan los siguientes estudios:

Un meta-análisis que relacionó la adherencia con los resultados clínicos indicó que la adherencia al tratamiento comparada con la no adherencia reduce el 26% el riesgo de un resultado clínico pobre o nulo y de tener un buen resultado clínico es casi tres veces la oportunidad si el paciente es adherente. (DiMatteo m, 2002)

En la investigación analizó la adherencia al tratamiento y evaluación del control de la tensión arterial que determinó que el 48,15% de su población de estudio fue adherente y

el 51,85% no-adherente. Los no adherentes tuvieron una mayor inexactitud de control (60%), no significativa. (Ingaramo R, 2005)

En un estudio de impacto del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos, se asoció la adherencia terapéutica y el apoyo familiar. Un 73% de la población tenía adherencia y 63.3% con alto apoyo familiar. (Olvera S., 2009)

En una revisión sistémica sobre pacientes con enfermedades crónicas, la mala adherencia fue de 20 al 50%. En otro estudio usando el test de Morisky-Green como medida de adherencia fue de 82%. Otro estudio sobre la adherencia a la terapéutica prescrita tras el alta hospitalaria, en enfermos crónicos pluripatológicos, ancianos la tasa de adherencia fue de 8,6%. (Martin, 2011)

En un estudio sobre adherencia al procedimiento terapéutico en pacientes hipertensos de un hospital general en donde se determinó la adherencia en un 37,9% con control de la presión arterial en un 62,1% de los pacientes. (Carhuallanqui R, 2010)

Maldonado demostró que la prevalencia de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos usando el cuestionario Martin – Bayarre-Grau, encontró que 39% tenían adherencia al tratamiento, 59% estaba parcialmente adherido y 2% no adherido; el 62,4% de los pacientes tenía menos de 10 años con hipertensión y los grupos de edad con mayor adherencia estuvieron entre los 50 a 69 años de edad. (Maldonado F, 2016)

En el estudio del grado de adherencia al tratamiento en personas con riesgo cardiovascular, se obtuvo como resultado un 67% para adherencia un 29% en peligro a no adherirse y un 4% de no adherencia, determinando la importancia de la relación

médico paciente en el grado de adherencia de los pacientes enfatizando el autocuidado con apoyo, acompañamiento y orientación a las características individuales de las personas con enfermedades crónicas. (Ortega S, 2014)

Un trabajo de intervención destinado a educar y fomentar la adopción de hábitos cardiovasculares en pacientes hipertensos que demostró ser eficaz al lograr las metas del tratamiento en un 81% incrementando significativamente los niveles de adherencia terapéutica en un 15,19 % y el conocimiento sobre la enfermedad destacando como factor desfavorable el factor socioeconómico para el control de la enfermedad. (Ferrera N, 2010) Estos resultados encuentran apoyo en investigaciones que demuestran la efectividad de los programas biopsicosociales para el control y manejo de la HTA mejorando significativamente la adherencia terapéutica y como en otras enfermedades crónicas como son cáncer, diabetes y VIH/SIDA.

2.5.4. Adherencia farmacológica y la influencia del apoyo familiar

Como tema fundamental la adherencia es primordial para la salud de la población y estabilidad familiar desde la perspectiva de la calidad y economía de la sociedad, los múltiples estudios sobre la problemática de la baja adherencia terapéutica determina otros factores: familia como punto de soporte social desde el punto de vista de apoyo afectivo como material, lo que favorece el cumplimiento farmacológico y no farmacológico se ha observado que aquellos sujetos que viven solos tienen o son más

propensos de sufrir de hipertensión severa en comparación con los que viven con familias extensas. (Olvera S., 2009)

La familia ejerce mucha influencia en sus miembros para protegerlos de los cambios, estrés o amenazas relación proporcional entre más apoyo realicen los familiares se verá reflejado en una mayor adherencia terapéutica o no farmacológica, determinada por aquellas familias nucleares o extensas con un miembro familiar con hipertensión tienen mayor apoyo emocional, económico y de vigilancia (Marin Rf, 2001). A diferencia, la ausencia del apoyo familiar aumenta los trastornos psicológicos en los usuarios o pacientes, constituyéndose en uno de los predictores más relevantes en la baja adherencia terapéutica. (Diaz Porto M., 2014).

2.5.5. Evaluación de la adherencia terapéutica

Actualmente no existe un método único que permita la medición de la adherencia, sino que deben utilizarse varios de ellos para paliar las insuficiencias que poseen. Es importante en la práctica médica identificar el cumplimiento o no de la terapéutica como actividad diaria en la consulta, dirigiéndose a todos los pacientes para un buen control de su enfermedad.

Entre los métodos existentes están: métodos objetivos directos e indirectos y los subjetivos.

Para el presente estudio se utilizó el método subjetivo, con el cuestionario de Morisky – Green por lo que se comentara del mismo.

Métodos Subjetivos

Son métodos sencillos, económicos, y son los más adecuados cuando la población de estudio es mayor, determinan la conducta y conocimientos de la enfermedad y manejo que poseen los pacientes aunque son pocos objetivos debido a la información directa al paciente, familiar o del médico lo que provoca una sobrestimación sobre la adherencia al tratamiento.

Test de Morisky- Green

Larrea valora al paciente si adopta las actitudes correctas en relación con el fármaco para controlar su enfermedad asumiendo que si esas decisiones son correctas el enfermo es cumplidor de la medicación, no es útil en prescripciones a demanda. (Larrea P, 2004)

Este test esta validado para las diferentes enfermedades crónicas, por Morisky Green y Levine en 1986 estimando el acatamiento del tratamiento en pacientes con hipertensión arterial y posteriormente fue aprobado en su versión española por Val Jiménez y cols. Utilizado también para otras enfermedades crónicas como SIDA y osteoporosis. (Morisky D A. A.-W., 2008)

Originalmente fue realizado con el objetivo de revisar las propiedades psicométricas, validez recurrente y predictiva de una medida de auto reporte a la adherencia al tratamiento. La fiabilidad del cuestionario fue de 0,61; la sensibilidad, de 0,81; la especificidad, de 0,44; (Morisky D G. L., 1986)

El test es económico, breve y muy fácil de realizar y poco requisito de nivel sociocultural para su comprensión; presenta una desventaja de subestimar al buen

cumplidor y sobreestimar el no cumplimiento y su ventaja al suministrar información sobre las causas del incumplimiento.

Está compuesto por cuatro ítems o preguntas con respuestas dicotómicas SI/NO, reflejando la conducta del paciente con respecto al cumplimiento, si las cualidades son erróneas el paciente es incumplidor. Se deben realizar el test de forma cordial entremezcladas con la conversación, las preguntas se encuentran en el (Anexo 4)

Si las repuestas son No/Si/No/No determina al paciente como cumplidor. Para nuestro estudio se utilizó la variante de Val Jiménez donde se modifica la segunda pregunta ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas?, permitiendo que la repuesta sea negativa lo que ayuda y determina buen cumplidor cuando las repuestas son No/No/No/No (Val Jimenez A, 1992),

Este test modificado constituye un instrumento eficaz para revelar dificultades de adherencia en pacientes crónicos, por lo cual, se recomienda a los profesionales de la salud para ser adjunto en la experiencia clínica cotidiana como técnica de tamizaje permanente.

CAPÍTULO III

3.1. OBJETIVOS.

3.1.1 Objetivo General

Determinar las estrategias de afrontamiento familiar ante la crisis no normativa del terremoto del 16 de abril y su influencia en la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con hipertensión arterial.

3.1.2. Objetivos específicos:

- ✓ Determinar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial.

- ✓ Establecer las principales estrategias de afrontamiento familiar internas y externas ante la crisis no normativa.

- ✓ Relacionar las estrategias de afrontamiento familiar ante la crisis con la adherencia al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial.

3.2. HIPÓTESIS

3.2.1 Hipótesis alternativa

Las estrategias de afrontamiento familiar de Reestructuración y Apoyo Social, durante la crisis no normativa del terremoto 16A permitieron la continuidad en la adherencia al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial.

3.2.2. Hipótesis Nula

Las estrategias de afrontamiento familiar de Reestructuración y Apoyo Social, durante la crisis no normativa del terremoto 16A no permitieron la continuidad en la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensión arterial.

CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio

El tipo de estudio es corte trasversal analítico.

4.2. Universo

La población de la comunidad Andrés de Vera cuenta aproximadamente con 6.940 familias, y en ellas se reportan 1613 personas con hipertensión arterial.

4.3. Muestra

Conociendo que la prevalencia de hipertensión arterial es de un 23%, para poder realizar el estudio, se encuestó a 260 familias que tengan por lo menos una persona con HTA. Aplicando la fórmula que se describe en el (Anexo 7).

El tipo de muestreo es aleatorio estratificado, al momento de ejecutar los criterios de inclusión y de exclusión, se redujo a 209 familias.

4.3.1. Criterios de inclusión

- Adultos de 30 años de edad en adelante con diagnóstico de hipertensión arterial que acudan a la consulta externa del Centro de Salud Andrés de Vera que tomen fármacos antihipertensivos de manera continua por más de un año, controlados por el departamento de farmacia, que estuvieron expuestos al terremoto el 16 de Abril del 2016 en la ciudad de Portoviejo.
- Hipertensos que vivan dentro de un círculo familiar

- Pacientes que sean mentalmente competentes.
- Personas que expresaron su deseo de participar a través de la firma del consentimiento informado.

4.3.2. Criterios de exclusión

- Personas adultas menores de 30 años
- Pacientes con enfermedades graves como insuficiencia renal crónica terminal. VIH – SIDA y oncológicas.
- Personas con deterioro funcional o cognitivo, enfermedad psiquiátrica.
- Pacientes que se negaron a participar expresando su voluntad en el consentimiento informado.

4.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR
VARIABLE DEMOGRÁFICAS				
Edad	Tiempo en años que ha vivido una persona desde el nacimiento hasta la actualidad	Cuantitativa Discreta	Menores de 55 Mayores de 55 años	Medidas de tendencia central Diagrama de cajas
Sexo	Condición de tipo orgánica que diferencia anatómicamente a hombres y mujeres	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino	Proporción
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Con pareja Sin pareja	Proporción
Nivel de instrucción	Años de estudio	Cualitativa Ordinal Dicotómica	Hasta primaria Desde secundaria	Proporción
Tipo de familia	Composición de familia	Cualitativa Nominal Dicotómica	Monoparental Otras	Proporción
VARIABLE DEPENDIENTE				
Adherencia al tratamiento en hipertensos	Conductas que adquiere el paciente ante un tratamiento y que le permite continuar y desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, y acudir a las citas con los profesionales de salud	Cualitativa Dicotómica	Si No	Proporción

VARIABLE INDEPENDIENTE				
Estrategias de afrontamiento familiar ante la crisis	Son conductas individuales y familiares que se usan para afrontar un problema o crisis y restaurar el equilibrio entre demandas y recursos.	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración familiar • Evaluación pasiva • Apoyo social • Apoyo espiritual • Movilización familiar 	Proporción

4.5. Procedimientos de recolección de información

Para obtener la información del presente estudio investigativo, se procedió a identificar a los pacientes con hipertensión arterial que asistieron a la consulta externa del Centro de Salud Andrés de Vera, quienes llevaban un control de medicación continua, registrado en la base de datos del área de farmacia en el primer semestre del 2016, se realizó mediante visita domiciliaria datos, conformación familiar (criterios de inclusión), y se aplicó en primera instancia el test de Morisky Green para determinar su adherencia al tratamiento haciendo énfasis en el cumplimiento de este antes del terremoto. A los pacientes seleccionados se los citó a una **reunión** y previa información sobre los objetivos y procedimientos a seguir en la investigación. Se aplicaron los siguientes instrumentos: **1) Escala de evaluación individual y familiar del funcionamiento familiar en situaciones de crisis (F-COPES):** esta prueba fue desarrollada por McCubbin, Larsen y Olson, con el fin de identificar la efectiva solución de problemas y estrategias conductuales utilizadas por las familias en dificultades o situaciones problemáticas. Esta escala tiene una confiabilidad de 0.87, y la de las subescalas fluctuó entre 0.62 y 0.95, el cuestionario consta de 29 ítems con respuestas dicotómicas SI o NO, que identifican las dos estrategias de afrontamiento familiar, que son: a) las estrategias internas constituidas por la reestructuración familiar y evaluación pasiva, y b) las estrategias externas que comprende apoyo social, apoyo espiritual y movilización familiar. Esta escala fue aplicada al individuo con hipertensión arterial. (Anexo 3).

2) Test de Morisky Green Levine: cuestionario que sirve para valorar el cumplimiento de la medicación de los pacientes con enfermedades crónicas entre ellos la hipertensión arterial. El test consiste en cuatro preguntas con respuestas dicotómicas SI / NO las mismas que reflejan la conducta del paciente en relación al cumplimiento (adherencia) de su tratamiento, definiéndose como adherente al tratamiento, al paciente con hipertensión arterial que responde NO a las cuatro preguntas del test, y como no adherente al que responda SI, en al menos una de las preguntas del test. (Anexo 4).

Con una fiabilidad de 61% la sensibilidad, de 0,81; la especificidad, de 0,44; el valor predictivo positivo fue 0,75, y el valor predictivo negativo 0,47. (Morisky D G. L., 1986)

En cuanto al aspecto ético la participación de los pacientes y familias fue voluntaria firmando el consentimiento informado, manteniendo la confidencialidad de la información.

4.6. Plan de análisis de datos

La información se procesó en una base de datos con las respuestas adquiridas mediante la aplicación de los cuestionarios validados, usando el programa informático EPI- INFO 7. Se analizó por medio de técnicas estadísticas descriptivas como distribución de frecuencias relativas, absolutas, y medidas de tendencia central (mediana); y su análisis inferencial usando las pruebas no paramétricas para validación de hipótesis y

significancia estadística (OR odds ratio y valor de p) El informe de investigación se elaboró a partir de tablas univariantes, bivariantes asociadas y gráfico explicativos.

4.8. ASPECTOS BIOÉTICOS

De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki se considera a esta investigación sin riesgo para la salud de los participantes y se desarrollara conforme a los siguientes criterios como así lo establece la ley:

- a) Concordar y exponer concisamente los principios éticos que explican la investigación, anunciar visiblemente los conflictos y las precauciones de seguridad que se ofrece a los participantes.
- b) Disponer con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación, establecer que la investigación se llevará a cabo cuando se obtenga la certificación del representante legal del organismo investigador y de la entidad donde se ejerce la investigación y el consentimiento del proyecto por parte del comité de ética e investigación de la institución.
- c) El estudio no involucra ningún riesgo a la salud ni la integridad de participantes. Para la obtención de los datos se solicitó consentimiento informado de cada paciente con el modelo propuesto por la OMS, donde se aclara que puede abandonar la investigación en el momento que desee sin ser sujeto de represalias. (Anexo 5)

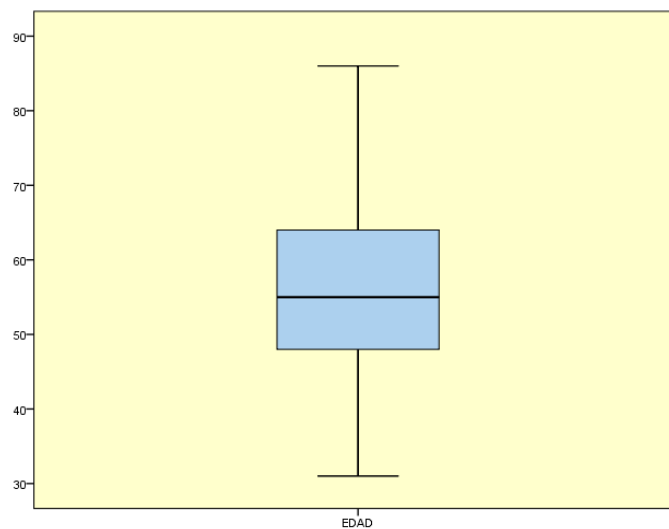
CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

5.1.1. Características demográficas de la población

De los 209 participantes, el 50% presentó 55 años o menos, con individuos en edades entre 31 y 86 años. El 25% de los hipertensos tuvo 64 años y más.

Gráfico N° 1. Distribución de edad de los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo. Julio a Septiembre del 2016



	Obs	Mean	Min	25%	Median	75%	Max	Mode
EDAD	209	55,4	31	48	55	64	86	55

Fuente: Estudio “Estrategias de afrontamiento familiar ante la crisis no normativa del terremoto 16A, y su influencia en la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo Julio a Septiembre 2016.

Elaboración: Rodríguez E; y Valencia Y.

5.1.2. Características generales de los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Andrés de Vera- Portoviejo. Julio a Septiembre 2016

Del total de la población estudiada, 113 (54,07%) personas tuvieron una edad menor de 55 años. El sexo que presentó mayor frecuencia fue femenino con 122 (58,37%) individuos. Las personas con pareja fueron 139 (66,51%). El nivel de instrucción primaria encontrado en la población fue de 90 (43,06%) personas. La tipología familiar de mayor proporción fue el de categorías Otras 162 (77,51%) y los de mayor adherencia a la terapéutica fueron 140 (66,99%).

Tabla 2. Características generales de los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Andrés de Vera- Portoviejo. Julio a Septiembre 2016

Variable	Categoría	Valor	Porcentaje	IC _{95%}
Edad	< de 55 años	113	54,07	47,36 - 60,75
	> de 55 años	96	45,93	39,23 – 52,63
Sexo	Femenino	122	58,37	51,67 - 65,07
	Masculino	87	41,63	34,92 – 48,32
Estado civil	Con pareja	139	66,51	59,80 - 72,72
	Sin pareja	70	33,49	27,27 – 40,19
Nivel de instrucción	Hasta primaria	90	43,06	36,36 - 49,76
	Desde secundaria	119	56,94	50,23 – 63,63
Tipo de familia	Monoparental	47	22,49	16,74 – 28,22
	Otros	162	77,51	71,77 – 83,25
Adherencia	Si	140	66,99	60,76 – 73,20
	No	69	33,01	26,79 - 39,23

IC 95% Intervalo de confianza

Fuente: Estudio “Estrategias de afrontamiento familiar ante la crisis no normativa del terremoto 16A, y su influencia en la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo Julio a Septiembre 2016.

Elaboración: Rodríguez E; y Valencia Y.

5.2.1. Distribución de las estrategias internas de afrontamiento familiar de los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo. Julio a Septiembre 2016

De los 209 pacientes que fueron parte del estudio, los que realizaron reestructuración familiar fueron 150 (71,77%) que refleja la capacidad de confianza en resolver los problemas, por otro lado los que optaron por la estrategia interna de evaluación pasiva se encontró a 59 (28,23%) familias que indica una actitud pesimista ante situaciones de crisis.

Tabla 3. Distribución de las estrategias internas de afrontamiento familiar de los pacientes con hipertensión arterial de la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo. Julio a Septiembre 2016

Estrategias Internas	Categoría	Valor	Porcentaje	IC 95%
Reestructuración Familiar	Si	150	71,77	65,55 – 77,99
	No	59	28,23	22 – 34,44
Evaluación Pasiva	Si	59	28,23	22 – 34,44
	No	150	71,77	65,55– 77,99

IC_{95%} intervalo de confianza

Fuente: Estudio “Estrategias de afrontamiento familiar ante la crisis no normativa del terremoto 16A, y su influencia en la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo Julio a Septiembre 2016.

Elaboración: Rodríguez E; y Valencia Y.

5.2.2. Distribución de las estrategias externas de afrontamiento familiar de los pacientes con hipertensión arterial de la comunidad Andrés de Vera – Portoviejo. Julio a Septiembre 2016

En esta tabla se observa que las familias usaron varias estrategias externas, la de mayor opción fue la búsqueda de apoyo social en 120 (57,89%) familias lo que demuestra que activaron las redes de apoyo para solucionar los problemas, la movilización familiar fue usada por 81 (38,75%) familias lo que refleja bajo compromiso entre sus miembros y, el empleo de apoyo espiritual se observó solo en 65 (31,10%) familia.

Tabla 4. Distribución de las estrategias externas de afrontamiento familiar de los pacientes con hipertensión arterial de la comunidad Andrés de Vera – Portoviejo. Julio a Septiembre 2016.

Estrategias externas	Categoría	Valor	Porcentaje	IC 95%
Apoyo social	Si	121	57,89	51,19 – 64,59
	No	88	42,11	35,40 - 48,80
Apoyo Espiritual	Si	65	31,10	24,88 - 37,32
	No	144	68,90	62,67 – 75,11
Movilización familiar	Si	81	38,75	32,05 – 45,45
	No	128	61,24	54,54 – 67,94

IC 95% intervalo de confianza

Fuente: Estudio “Estrategias de afrontamiento familiar ante la crisis no normativa del terremoto 16A, y su influencia en la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo Julio a Septiembre 2016.

Elaboración: Rodríguez E; y Valencia Y.

5.3. Afrontamiento familiar de los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo. Julio a Septiembre 2016

De las 209 familias participantes se encontró que en 138 (66,03%) de ellas tuvieron un alto afrontamiento familiar para adaptarse y buscar la solución a los problemas, en relación a las 71 (33,97%) familias que tuvieron un bajo afrontamiento y presentaron dificultades para salir de la crisis.

Tabla 5. Afrontamiento familiar de los pacientes con hipertensión arterial de la comunidad Andrés de Vera – Portoviejo. Julio a Septiembre 2016.

Afrontamiento familiar	Valor	%	IC 95%
Alto	138	66,03%	59,33 – 72,24
Bajo	71	33,97%	27,75 – 40,66

% porcentaje, IC_{95%} intervalo de confianza

Fuente: Estudio “Estrategias de afrontamiento familiar ante la crisis no normativa del terremoto 16A, y su influencia en la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo Julio a Septiembre 2016.

Elaboración: Rodríguez E; y Valencia Y.

5.4.1. Asociación entre las características demográficas y familiares de la población con hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento en la comunidad de Andrés de Vera-Portoviejo. Julio a Septiembre 2016

En esta tabla se observa una asociación entre tener mayor de 55 años y no adherirse al tratamiento para la hipertensión arterial pero esta relación no es significativamente estadística (OR 1,73; IC_{95%} 0,9-3,09; p= 0,062). Por otro lado el pertenecer al sexo masculino tiene mayor probabilidad de no adherirse al tratamiento (OR 2,08; IC_{95%} 1,15 - 3,73; p= 0,013).

Además se observó en los pacientes con hipertensión arterial que no tiene pareja, una asociación significativa a no adherirse al tratamiento en relación a los sujetos que si tenían pareja (OR 3,42; IC_{95%} 1,8 - 6,2; p=0,000058). En relación al nivel de instrucción en este estudio no se encontró asociación significativa. Otro resultado importante se encontró en aquellos pacientes que tenían familia monoparental tuvieron mayor riesgo de no adherencia al tratamiento y esta asociación fue estadísticamente significativa (OR 10,98; IC_{95%} 5,15 - 23,4; p= 0,00000)

Tabla 6. Asociación entre las características demográficas y familiares de la población con hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento de la comunidad Andrés de Vera-Portoviejo. Julio a Septiembre 2016.

Características de la población	Adherencia				OR	IC 95%	X ₂	Valor =p
	No		Si					
	Valor	%	Valor	%				
Edad								
Mayor de 55 años	38	39,58	58	60,40				
Menor de 55 años	31	27,43	82	72,57	1,73	0,9 - -3,09	3,46	0,062
Sexo								
Masculino	37	42,53	50	57,47				
Femenino	32	26,23	90	73,77	2,081	1,15 - 3,73	6,1007	0,01351
Estado Civil								
Sin pareja	36	51,43	34	48,57				
Con pareja	33	23,74	106	76,26	3,4	1,8 - 6,26	16,13	0,000058
Nivel de instrucción								
Hasta primaria	30	33,33	60	66,67				
Desde secundaria	39	32,77	80	67,23	1,025	0,57 - 1,8	0,0073	0,932
Tipo de familia								
Monoparental	35	74,47	12	25,53				
Otros	34	20,99	128	79,01	10,98	5,1 - 23,4	47,11	0,00000

OR Odds ratio, **IC** 95% intervalo de confiabilidad, **X₂** Chi- cuadrado, **Valor=p** probabilidad

Fuente: Estudio “Estrategias de afrontamiento familiar ante la crisis no normativa del terremoto 16A, y su influencia en la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo Julio a Septiembre 2016.

Elaboración: Rodríguez E; y Valencia Y.

5.4.2. Asociación entre las estrategias internas de afrontamiento familiar y la adherencia al tratamiento de los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo. Julio a Septiembre 2016

Las estrategias interna de mayor empleo por parte de las familias que permitieron mantener la adherencia al tratamiento fue la reestructuración familiar con 132 (88%), en relación a los 51 individuos que no usaron esta estrategia y que tienen una asociación significativa para no adherirse al tratamiento antihipertensivo durante la crisis no esperada (OR 46,75; IC 95% 19,13–114,22; p=0,0000). Y las familias que optaron por evaluación pasiva presentaron mayor asociación de no adherirse al tratamiento (OR 8,78; IC 95% 4,4 – 17,3; p=0,0000) lo que es estadísticamente significativo.

Tabla 7. Asociación entre las estrategias internas de afrontamiento familiar y la adherencia al tratamiento de los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo. Julio a Septiembre 2016.

Estrategias Internas	Adherencia				OR	IC 95%	X2	Valor p
	No		Si					
	Valor	%	Valor	%				
Reestructuración Familiar								
No	51	86,44	8	13,56	46,75	19,13–114,2	106,1	0,0000
Si	18	12	132	88				
Evaluación Pasiva								
Si	40	67,80	19	32,20	8,78	4,4 – 17,33	44,97	0,00000
No	29	19,3	121	80,67				

OR Odds ratio, **IC 95%** intervalo de confiabilidad, **X2** Chi- cuadrado, **Valor=p** probabilidad

Fuente: Estudio “Estrategias de afrontamiento familiar ante la crisis no normativa del terremoto 16A, y su influencia en la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo Julio a Septiembre 2016.

Elaboración: Rodríguez E; y Valencia Y.

5.4.3. Asociación entre las estrategias externas de afrontamiento familiar y adherencia al tratamiento de los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad Andrés de Vera – Portoviejo. Julio a Septiembre 2016.

De las tres estrategias externas de afrontamiento familiar de mayor proporción y que permitieron una continuidad de la adherencia terapéutica fue el apoyo social 105 (86,78%) en relación a los usuarios hipertensos que no utilizaron ésta estrategias tienen 9 veces más probabilidad de no adherirse al tratamiento asociación estadísticamente significativo (OR 9,93; IC_{95%} 5,04 – 19,8; p= 0.0000). No existe asociación significativa con las estrategias de apoyo espiritual ni movilización familiar.

Tabla 8. Asociación entre las estrategias externas de afrontamiento familiar y adherencia al tratamiento de los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad Andrés de Vera – Portoviejo. Julio a Septiembre 2016.

Estrategias Externas	Adherencia				OR	IC _{95%}	X ²	Valor p
	No		Si					
	Valor	%	Valor	%				
Apoyo Social								
No	53	60,23	35	39,77	9,93	5,04 – 19,56	50,8	0,0000
Si	16	13,22	105	86,78				
Apoyo Espiritual								
No	49	34,03	95	65,97	1,16	0,61 – 2,17	0,215	0,64
Si	20	30,77	45	69,23				
Movilización Familiar								
No	37	28,91	91	71,09	0,622	0,34 – 1,11	2,52	0,112
Si	32	39,51	49	60,49				

OR Odds ratio, **IC** 95% intervalo de confiabilidad, **X²** Chi- cuadrado, **Valor=p** probabilidad

Fuente: Estudio “Estrategias de afrontamiento familiar ante la crisis no normativa del terremoto 16A, y su influencia en la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo Julio a Septiembre 2016.

Elaboración: Rodríguez E; y Valencia Y.

5.5.1. Asociación entre las estrategias internas de afrontamiento familiar y tipo de familia de los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad Andrés de Vera – Portoviejo. Julio a Septiembre 2016

En esta tabla se observa que las familias monoparentales no utilizaron la estrategias de reestructuración 26 (44,07%) en relación a las familias dentro de la categorías Otras que si utilizaron ésta estrategia de reestructuración 129 (86%) existiendo asociación significativa (OR; 4,83; IC_{95%} 2,42 – 9,65; p= 0,0000027)

Tabla 9. Asociación entre las estrategias internas de afrontamiento familiar y tipo de familia de los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad Andrés de Vera – Portoviejo. Julio a Septiembre 2016

Estrategias Internas	Tipo de familia				OR	IC 95%	X2	Valor p
	Monoparental		Otras					
	Valor	%	Valor	%				
Reestructuración Familiar								
No	26	44,07	33	55,93				
Si	21	14,00	129	86,00	4,83	2,42 – 9,65	21,96	0,0000027
Evaluación Pasiva								
Si	18	30,51	41	69,49				
No	29	19,33	121	80,67	1,83	0,92 – 3,63	3,03	0,08154

OR Odds ratio, **IC 95%** intervalo de confiabilidad, **X2** Chi- cuadrado, **Valor=p** probabilidad

Fuente: Estudio “Estrategias de afrontamiento familiar ante la crisis no normativa del terremoto 16A, y su influencia en la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo. Julio a Septiembre 2016.

Elaboración: Rodríguez E; y Valencia Y.

5.5.2. Asociación entre las estrategias externas de afrontamiento familiar y tipo de familia de los usuarios con hipertensión arterial en la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo. Julio a Septiembre 2016

En esta tabla se observa que pertenecer a una familia monoparental tiene tres veces mayor probabilidad de no buscar apoyo social en relación a las familias de la categoría Otras que utilizaron como estrategias de afrontamiento el apoyo social con 104 (85,95%) asociación estadísticamente significativo (OR; 3,16; IC_{95%} 1,6 – 6,2; p=0,00061). No existe asociación significativa entre el apoyo espiritual ni movilización familiar.

Tabla 10. Asociación entre las estrategias externas de afrontamiento familiar y tipo de familia de los usuarios con hipertensión arterial en la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo. Julio a Septiembre 2016

Estrategias Externas	Tipo de familia				OR	IC 95%	X2	Valor p
	Monoparental		Otras					
	Valor	%	Valor	%				
Apoyo Social								
No	30	34,09	58	65,91	3,166	1,6 – 6,22	11,73	0,00061
Si	17	14,05	104	85,95				
Apoyo Espiritual								
No	32	22,22	112	77,78	0,952	0,47- 1,91	0,018	0,89103
Si	15	23,08	50	76,92				
Movilización Familiar								
No	25	19,53	103	80,47	0,650	0,33 – 1,25	1,65	0,1980
Si	22	27,16	59	72,84				

OR Odds ratio, **IC** 95% intervalo de confiabilidad, **X2** Chi- cuadrado, **Valor=p** probabilidad

Fuente: Estudio “Estrategias de afrontamiento familiar ante la crisis no normativa del terremoto 16A, y su influencia en la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo. Julio a Septiembre 2016.

Elaboración: Rodríguez E; y Valencia Y.

5.6. Asociación entre las características demográficas de la población con hipertensión arterial y la capacidad de afrontamiento familiar en la comunidad Andrés de Vera-Portoviejo. Julio a Septiembre 2016.

De los 209 usuarios del estudio, los sujetos con hipertensión menores de 55 años tuvieron un alto afrontamiento familiar 84 (74,34%) en relación a los mayores de 55 años con dos veces mayor probabilidad de un bajo afrontamiento, asociación significativa (OR; 2,25; IC_{95%} 1,25 – 4,03; p=0,00593). El sexo femenino realizaron mayor capacidad de afrontamiento 92 (75,41%) con dos veces más probabilidad de un bajo afrontamiento familiar para el sexo masculino asociación estadísticamente significativo (OR; 2,73; IC_{95%} 1,15 – 4,92; p=0,00069). Los usuarios hipertensos con pareja alcanzaron un alto afrontamiento familiar 100 (71,94%) en relación a los hipertensos sin pareja asociación no significativa (OR; 2,15; IC_{95%} 1,18 – 3,9; p=0,01095=).

No existe significancia estadística en el nivel de instrucción para un alto o bajo afrontamiento familiar.

Tabla 11. Asociación entre las características demográficas de la población con hipertensión arterial y la capacidad de afrontamiento familiar en la comunidad Andrés de Vera-Portoviejo. Julio a Septiembre 2016.

Características de la población	Afrontamiento familiar				OR	IC 95%	X ₂	valor =p
	Bajo		Alto					
	Valor	%	Valor	%				
Edad								
> de 55 años	42	43,75	54	56,25	2,25	1,25 – 4,03	7,569	0,00593
< de 55 años	29	25,66	84	74,34				
Sexo								
Masculino	41	47,13	46	52,87	2,73	1,15 – 4,92	11,49	0,00069
Femenino	30	24,59	92	75,41				
Estado Civil								
Sin pareja	32	45,71	38	54,29	2,15	1,18 – 3,9	6,47	0,01095
Con pareja	39	28,06	100	71,94				
Nivel de Instrucción								
Hasta primaria	32	35,56	58	64,44	1,13	0,63 – 2,01	0,17	0,67
Desde secundaria	39	32,77	80	67,23				

OR Odds ratio, **IC 95%** intervalo de confiabilidad, **X₂** Chi- cuadrado, **Valor=p** probabilidad

Fuente: Estudio “Estrategias de afrontamiento familiar ante la crisis no normativa del terremoto 16A, y su influencia en la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo. Julio a Septiembre 2016.

Elaboración: Rodríguez E; y Valencia Y.

5.7. Asociación entre el tipo de familia y afrontamiento familiar de los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Andrés de Vera-Portoviejo. Julio a Septiembre 2016.

De las familias estudiadas, el tipo de familia de categorías Otras obtuvieron un alto afrontamiento familiar 118 (72,84%) en relación a las monoparentales instaurando a éstas familias a tener tres veces mayor probabilidad de un bajo afrontamiento, estadísticamente significativo (OR; 3,62; IC_{95%} 1,8- 7,13 p=0,00011).

Tabla 12. Asociación entre el tipo de familia y afrontamiento familiar de los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Andrés de Vera-Portoviejo. Julio a Septiembre 2016.

Tipo de familia	Afrontamiento familiar				OR	IC 95%	X ₂	valor =p
	Bajo		Alto					
	Valor	Porcentaje	Valor	Porcentaje				
Monoparental	27	54,55	20	42,55				
Otras	44	27,16	118	72,84	3,62	1,8- 7,13	14,89	0,000113

OR Odds ratio, **IC** 95% intervalo de confiabilidad, **X₂** Chi- cuadrado, **Valor=p** probabilidad

Fuente: Estudio “Estrategias de afrontamiento familiar ante la crisis no normativa del terremoto 16A, y su influencia en la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo. Julio a Septiembre 2016.

Elaboración: Rodríguez E; y Valencia Y.

5.8. Asociación entre adherencia terapéutica y afrontamiento familiar de los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad Andrés de Vera-Portoviejo. Julio a Septiembre 2016

Del total de usuarios hipertensos del estudio, que continuaron con la adherencia a su tratamiento terapéutico y un alto afrontamiento familiar fue de 120 (85,71%) en relación a los de bajo afrontamiento familiar haciéndolos vulnerables 17 veces más de probabilidad a no ser adherentes, lo que es estadísticamente significativo. (OR; 17; IC_{95%} 8, 3-34, 7; p= 0,000000)

Tabla 13. Asociación entre adherencia terapéutica y afrontamiento familiar de los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad Andrés de Vera-Portoviejo. Julio a septiembre 2016.

Afrontamiento familiar	Adherencia				OR	IC 95%	X ₂	valor =p
	No		Si					
	Valor	%	Valor	%				
Bajo	51	71,83	20	28,17				
Alto	18	13,04	120	86,96	17	8,3-34,7	73,26	0,000000

OR Odds ratio, **IC** 95% intervalo de confiabilidad, **X₂** Chi- cuadrado, **Valor=p** probabilidad

Fuente: Estudio “Estrategias de afrontamiento familiar ante la crisis no normativa del terremoto 16A, y su influencia en la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo. Julio a Septiembre 2016.

Elaboración: Rodríguez E; y Valencia Y.

CAPÍTULO VI

6.1 DISCUSIÓN

Las conclusiones del presente estudio revelan la complejidad entre las diferentes estrategias de afrontamiento familiar ante crisis no normativas y su interacción con la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas no transmisibles en particular de la hipertensión arterial, además de lo proverbial en cuanto a la dificultad metodológica de la evaluación de la adherencia terapéutica.

El objetivo del presente trabajo investigativo fue determinar la adherencia de los pacientes con hipertensión arterial de la comunidad de Andrés de Vera, mediante la aplicación de un cuestionario Morisky Green, de acuerdo a los resultados del estudio, la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos alcanza una elevada frecuencia (66,9%) tomando en cuenta la característica de la crisis no normativa del terremoto ocurrido el 16 de abril del 2016 en la provincia de Manabí. Similar al estudio en una población china (65%) (Lee G., 2013), en otro estudio usando este mismo test como medida de adherencia fue de 82%. (Martin, 2011). Ortega en su estudio realizado en el 2014, determino los grados de adherencia a tratamientos en personas con riesgo cardiovascular, donde obtuvo un 67% para adherencia, un 29% en peligro a no adherirse y un 4% de no adherencia. (Ortega S, 2014).

Sin embargo no se estableció de manera diáfana cuáles de los cinco factores establecidos por Meice-henbaun y Tucker fueron las características de la adherencia terapéutica debido a que sobrepasa los objetivos del estudio. Este resultado contrasta con el estudio primario de Acosta González en el policlínico “Corinthya” de Cuba en donde la adherencia sin crisis normativa se encontró en el rango de 48 % (Acosta M., 2009) y además también contrasta con el estudio realizado en Chile en 2006 por Mendoza Sara, en donde el incumplimiento terapéutico alcanza niveles altos del 78,4% (Mendoza S., 2006), esto se es probable a que la muestra seleccionada fue extraída del programa de medicación continua del Ministerio de Salud Pública, en donde el factor económico de la medicación es minimizado debido a que los medicamentos son entregados a los adherentes a este programa.

La variación de cifras de la adherencia en estas poblaciones pueden ser consecuencias de los factores culturales que influyen en la adherencia antihipertensiva, entre estos determinantes encontramos: percepción de la salud cultural de la hipertensión, los medicamentos, comportamiento del autocuidado, apoyo social.

Los factores demográficos de la población: edad, sexo, estado civil, se han asociado significativamente con la adherencia al tratamiento de hipertensión arterial, observado en la conclusión de varios estudios internacionales, pero también se manifiesta que la asociación entre adherencia y la edad es confusa. (Varleta P., 2015). En el presente

estudio no hubo una asociación estadísticamente significativa entre edad y adherencia terapéutica, observándose como resultado preocupante la no adherencia en un grupo considerable en los mayores de 55 años, por ser condicionantes a la polifarmacia, con mayores factores de riesgos como la vulnerabilidad emocional, económica y aislamiento social (Fuster V., 2012) por el contrario si existió una asociación significativa entre la edad y el afrontamiento familiar de los participantes.

Encontramos una asociación significativa entre sexo y adherencia, donde las mujeres son más adherentes por ser una mayor proporción de la muestra, a diferencia de los hombres de este grupo que fueron menos adherentes debido a que acuden en menor proporción al Centro de Salud, contrario a lo observado en el estudio de Ingaramo donde el sexo masculino fue el grupo de mayor adherencia al tratamiento en relación a las mujeres. (Ingaramo R, 2005)

Aquellas personas con pareja presentaron mayor adherencia al tratamiento, debido a la compañía y apoyo por parte de la pareja que contribuyen con el recordatorio de la medicación, todo lo contrario sucedió en las personas con hipertensión que no tenían pareja que se convertiría en un factor de riesgo para no adherirse al tratamiento como lo confirma García en su estudio ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria donde halló asociación estadística entre los pacientes adherentes y el estado civil viudo (García A., 2000).

Lo anecdótico del estudio es la característica de encontrarse inmersos en una catástrofe natural como lo define (Figueroa A, 2010) que se genera en crisis donde se adoptan nuevos roles según lo establecido por Gonzales ((Gonzales Benitez, 2000)

Según este estudio, las estrategias de afrontamiento interno más connotado y con una fuerte asociación a la adherencia al tratamiento fue la reestructuración familiar, debido que indica la confianza que tienen el grupo familiar para encontrar formas de organizarse y manejar los problemas a los que se exponen de forma inesperada, datos que se obtuvieron al aplicar la escala F-COPES, igual como lo demuestra el estudio realizado en afrontamiento de crisis en familias colombianas con hijos adolescentes donde utilizaron en mayor proporción la reestructuración familiar para superar las etapas del duelo por el divorcio. (Jimenez M, 2012)

Mientras que la estrategia de afrontamiento externo lo constituye el apoyo social, pues este demuestra que las familias activan sus redes de apoyo como son: familia externa, vecinos, amigos, e incluso instituciones gubernamentales, para poder adquirir la ayuda necesaria para enfrentar el problema y encontrar las soluciones adecuadas, con la escala F-COPES, de Mc Cubbin, en un estudio similar para enfrentar la crisis de desempleo en Bogotá las familias entrevistadas prefirieron como estrategia de afrontamiento la reestructuración, seguido de apoyo espiritual y en menor medida la evaluación, el apoyo social y por último la movilización familiar (Martín E., 2008).

Cabe indicar que el apoyo social es uno de los puntos más relevantes en todos los tratamientos para enfermedades crónicas pues hace conciencia de la enfermedad por parte del enfermo y de cada miembro familiar. Es así como el impacto de las enfermedades crónicas parece estar estrechamente vinculado a la situación social, cultural y económica de las personas con enfermedades crónicas, incidiendo de manera diferencial en su calidad de vida. El apoyo social podría entonces ser considerado como un importante recurso de afrontamiento del estrés (Sandin F., 2003). Como se confirma en el estudio de Marín y Rodríguez, donde la adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial se vincula de forma significativa con el apoyo que los familiares otorgan al enfermo. (Marin Rf, 2001)

El análisis bivariado trae a colación nuevamente la reestructuración como factor protector y evita la no adherencia al tratamiento con una asociación significativa a diferencia de la evaluación pasiva en donde se aumenta la probabilidad de no adherirse al tratamiento antihipertensivo, esto debido a la actitud permisiva de la familia. El apoyo social se muestra también con asociación significativa además con un elevado riesgo al no afrontar la crisis no normativa del terremoto con ésta estrategia, la apreciación de soporte social, es un aspecto que guarda relación con la adhesión de acuerdo a diversos estudios ((Contreras F., 2008) (M, 2004); (Tovbun D, 2003)

Sin embargo existen datos contrarios a lo hallado por otros autores; (Loring K, 2003); (Fisher, 2004); (Wu A, 2004), esto debido a una metodología no concordante en los diferentes estudios.

Las características distintivas entre los dos estudios están claros, cabe mencionar la reestructuración como mecanismo de estrategia común en las investigaciones, el apoyo espiritual fue tomado como la inmersión en un grupo de apoyo espiritual, más no como la religión y sus creencias como mecanismo de afrontamiento ante la crisis del terremoto. No existen datos similares con reestructuración y adherencia al tratamiento farmacológico.

El afrontamiento familiar es considerado como una respuesta a la familia ante una efecto estresor, refleja la interacción dentro de la familia con sus miembros y el intercambio de la familia con la comunidad, es importante definir que no es constante, cambia en relación al agente estresor, al tiempo, perturbaciones que produce dentro del contexto familiar, al agotamiento de todos los recursos familiares y de la sociedad, para resolver la crisis, (Ruano R., 2000) como así lo demostró nuestro estudio en donde el afrontamiento familiar fue usado en 66,03% de la población participante y tuvo una fuerte asociación con la adherencia al tratamiento en el 85% de los sujetos del presente estudio.

El afrontamiento de la crisis, planteada hace más de veinte años por Baldree y cols. (1982), resulta relevante en el estudio de la adherencia. Se ha demostrado que resulta un mecanismo cognitivo que interviene en la adaptabilidad de la enfermedad y mejora el ajuste psicológico del paciente, lo que se ha relacionado con la adhesión al tratamiento

(Carhuallanqui R, 2010); (Calvanese N, 2004); (Martin, 2011); (Lindqvist R, 1998);
(Martin L, 2004); (Sjoden P, 2000).

El afrontamiento familiar es un hecho innegable en su relación con la adherencia terapéutica, lo que difiere básicamente es con las diferentes estrategias empleadas, muchas de ellas basadas en la percepción del sujeto investigado o del familiar desde su rol predominante.

CAPÍTULO VII

7.1 CONCLUSIONES

Como conclusión de nuestro trabajo investigativo podemos señalar que a pesar de que todas las familias participantes presentan características demográficas desiguales, también tienen cualidades propias que comparten, como su cultura y que todas están expuestas a crisis no normativa como vivir con una enfermedad crónica no transmisible (Hipertensión Arterial) y la más relevante, no esperada crisis por el desastre natural generado por el terremoto de 16A, que originó múltiples cambios y situaciones estrés, presión e inestabilidad, provocando reorganización en muchas familias, llevando a tomar otras prioridades y en muchos casos perder la adherencia a los tratamientos de hipertensión arterial.

- Se confirma la hipótesis alternativa planteada determinada por la relación entre las variables y que son estadísticamente significativas, debido a que todas aquellas familias que se reestructuraron y usaron el apoyo social son las que lograron mantenerse adheridas al tratamiento antihipertensivo, durante la crisis no normativa del terremoto a diferencia de aquellas familias que no lograron que su miembro familiar se mantuviera adherido al tratamiento de hipertensión porque no usaron las estrategias antes mencionadas.
- La adherencia al tratamiento antihipertensivo después de la crisis del terremoto, se mantuvo en el 66,99% de la población en estudio, lo que es relevante ya que en este grupo de personas se disminuirán las posibles complicaciones, mientras

que el grupo de los no adherentes recayó con mayor proporción en los hombres por ser un grupo de alto riesgo de complicaciones cardiovasculares sumado al no contar con el apoyo familiar.

- Entre las principales estrategias de afrontamiento escogidas por la población en estudio para superar la crisis y mantener la adherencia al tratamiento de los pacientes con hipertensión arterial se encontró que la estrategia interna de reestructuración familiar fue acogida con mayor proporción lo que nos indica claramente que poseen confianza en sus capacidades para enfrentar los problemas y capaces de tomar las responsabilidades que se les encomienda, capaces de adaptarse a los cambios de roles que se pudieran dar en una familia en crisis y de las estrategias externas el apoyo social fue una de los medios que ayudaron a los pacientes a mantenerse conformes y cumplidores con su tratamiento farmacológico.
- Las relaciones significativas encontradas entre las estrategias de afrontamiento familiar y la adherencia al tratamiento se observó que aquellas familias que no realizaron estrategias de reestructuración tienen mayor riesgo de no adherirse al tratamiento ya que ellas optan por mantenerse indiferentes ante el problema, sin dimensionar las complicaciones que podría traer dicho comportamiento.

- Otra relación significativa fue que al tomar la estrategia de apoyo social ayudo a muchos pacientes a continuar con su tratamiento pese a las adversidades en las que se podía encontrar, esto revela que el ser humano sale adelante siempre ayudado por sus redes de apoyo, recibiendo consejos, experiencias y ayuda de los demás, otra estrategia que tuvo significancia fue la movilización familiar.
- En importante tomar en cuenta que las familias monoparentales tuvieron mayor riesgo de no adherirse al tratamiento y de no optar por las estrategias más efectivas.
- Al relacionar el afrontamiento familiar ante la crisis y la adherencia al tratamiento, todas aquellas familias con bajo afrontamiento presentaron ser no adherentes al tratamiento en una proporción considerable lo que es preocupante ya que son personas con hipertensión arterial que aumentan sus riesgos cardiovasculares y morbilidad.
- Los métodos empleados fueron de gran ayuda, debido a que los instrumentos utilizados fueron económicos, de fácil entendimiento sin requerir un nivel sociocultural para su comprensión, además de tener una buena comunicación con el usuario proporcionándonos causas afirmativas o negativas a la no adherencia, permitiendo de una a u otra forma a cumplir con los objetivos planteados.
- Otros resultados relevantes obtenidos en el estudio se encontró al sexo masculino como principal factor de riesgo, seguido de estar sin pareja y vivir en familia monoparental. para la no adherencia al tratamiento como lo confirman otros estudios nominados anteriormente.

- Las limitaciones que se encontraron en el estudio estuvo relacionado con determinar la adherencia ya que es test de Morisky Green solo evalúa la toma de la medicación, y deja de lado otros aspectos que hubieran dado mayor relevancia al estudio, además la variable dicotomizada (adhesión o no adhesión), que puede estar en contravía con el pensamiento de la adherencia como un grado o nivel, y no solo como presencia o abandono.
- El criterio de adhesión fue básicamente tomado como una percepción del sujeto investigado, con un menor criterio clínico, que es una valoración objetiva de adhesión además existen otros criterios (bioquímicos) que pueden ser tomados en cuenta, inclusive se pueden concatenar los dos criterios para establecer la eficacia predictiva de las estrategias utilizadas.

7.2 RECOMENDACIONES

- A los pacientes con hipertensión arterial se recomienda informarse de su enfermedad, de cambiar sus estilos de vida, de mantener su tratamiento para evitar las complicaciones, y junto a sus familias que formen un círculo de apoyo constante e irrompible haciendo compromisos con cada uno de sus miembros para que ayuden a las personas con mayor vulnerabilidad dentro del seno familiar en especial a los pacientes con hipertensión arterial, fomentar la comunicación, el respeto y la confianza en cada uno de ellos con el fin de que se transformen en familias que se pueda reestructurar a pesar de las adversidades y sirvan de ejemplo a las otras familias de la comunidad.
- Se recomienda a los servicios de salud de la comunidad Andrés de Vera que realiza chequeos de control sobre el cumplimiento de tratamiento de enfermedades crónicas, en especial de hipertensión arterial, para asegurar que los pacientes que pertenecen a esta comunidad, hayan entendido como y cuando tomar su medicación, y sobre todo educación a los pacientes y familiares para que le den la importancia debida de mantener los tratamiento, para de esta manera disminuir la morbimortalidad de la población de problemas que pudieron ser detectados a tiempo y no tener consecuencias fatales.
- Se aconseja que los profesionales de la salud adopten cultura de evaluación de la adherencia al tratamiento aplicando un test de fácil entendimiento para el paciente como es el de Morisky Green que puede ser utilizado en las diferentes

enfermedades crónicas, lo que permitirá valorar el cumplimiento terapéutico, de cada uno de los pacientes, mejorando el costo individual, familiar y gubernamental.

- A los médicos de familia, no olvidar que cada paciente que se valora en la consulta, visitas domiciliarias, emergencias, son personas que tiene una familia, que están ligada a ellos y que son la parte más importante que ayudan a mantener los tratamientos en los pacientes con enfermedades crónicas, entender que el paciente no es solo uno, sin juzgarlos, sino que es parte de un sistema y que el éxito del cumplimiento es trabajar junto a la familia e involucrar a cada uno de los miembros para que se comprometan con responsabilidad y amor ante la ayuda de sus familiares .además el médico de familia como parte integradora del sistema de salud y de la comunidad debería ser el encargado a vigilar los programas de medicación continua y seguir muy de cerca en el cumplimiento de los tratamientos.
- Se deja abierta la posibilidad de otras investigaciones a realizar en base a este estudio y tomar en cuenta al grupo de enfermos crónicos no adherentes ya que son personas muy susceptibles para complicaciones o discapacidades que afectaría el núcleo familiar y poder realizar intervenciones educativas de

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta M., D. G. (2009). Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. *Scielo*, 21-26.
- Agudelo, M. (2005). Descripción de la dinámica interna de las familias monoparentales . *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* , 2-19.
- Álvarez González, B. (2003). *Orientación Familiar : Intervención Familiar en el ámbito de la diversidad*. Madrid : Sanz y Torres.
- Calvanese N, F. L. (2004). Estilos de afrontamiento y adaptación al tratamiento en pacientes sometidos a hemodialisis. *Nefrología Latinoamericana* , 49-63.
- Carhuallanqui R, D. G. (2010). Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Med Hered* , 197.
- Cohen R, A. F. (1989). Manual de la asistencia de salud mental para víctimas de desastres. *México Editorial Harla*, 22-24.
- Cohen R. (2008). Lecciones aprendidas durante desastres naturales. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 109-117.
- Contreras F., E. J. (2008). Quality of life, self-efficacy, coping styles and adherence to treatment in patients with chronic kidney disease undergoing haemodialysis treatment. *Psicología y Salud*, 165-179.
- De la Revilla. (2009). Atención Primaria. *disfuncion familiar o crisis de desarrollo en la adolescencia*, 485- 496.
- De la Revilla, .. (2009). Disfunción Familiar o crisis de desarrollo en la adolescencia . *Atención Primaria* , 485- 496.
- Del Duca M., G. Y. (2013). Adherence to Treatment from the perspective family physician. *Biomedicina*, 6-15.

- Diaz Porto M. (2014). Therapeutic adherence in treatment and rehabilitation: implications for the behavioral and health professional. *Revista Griot*, 73-78.
- DiMatteo m, G. P. (2002). Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Medical Care*,, 794-811.
- Fernández G., B. A. (2013). Famil routines changes in the unexpected transition due to natural disasters. *Esc. Anna Nery* , 160-167.
- Ferrer, V. A. (1995). "Adhereencia" o "Cumplimiento de" precripciones terapéuticas y de salud: Conceptos y factores psicosociales implicados. *Revista de Psicología y Salud* , 7(1), 35-61.
- Ferrera N, M. D. (2010). High blood pressure: implementation of a program intervention and adherence to treatment in a primary health care of the city of Parana. *Revista Federación Argentina de cardiologia*, 194-203.
- Figuroa A, R. A. (2010). Apoyo psicológico en desastres: Propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Revista médica de Chile*, 143-151.
- Fisher, L. (2004). Psychological factors influencing thirst and drinking in haemodialysis patients on a fluid re4striction. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 347-352.
- Fuster V. (2012). Un problema alarmante en prevención secundaria: bajo cumplimiento (estilo de vida) y baja adherencia (farmacológica). *Revista Española Cardiología*, 65 (2) 10-16.
- Galindo B, M. M. (2003). Estartegias de afrontamiento desplegadas por cuatro familias en situación de desempleo. *Tesis de Maestria Universidad Santo Tomas* .
- García A., L. F. (2000). ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria.? *Medicina de Familia*, 1: 13-19.
- García Martinez, F. e. (2014). *Respuestas psicológicas ante un desastre natural: estrés y crecimiento postraumatico*. Obtenido de [http:// www.scielo.org.pe/scielo.php](http://www.scielo.org.pe/scielo.php)

- Gaston M., e. (2005). Vientos, terremotos, tsunamis y otras catástrofes naturales. *Historia y casos Latinoamericanos*, 159.
- Gonzales Benitez, I. (2000). Crisis familiares . *Revista Cubana Medicina General Integral* , 16, 280 .
- Hamilton I., M. C. (1983). Stress and family. *Coping with catastrofe.*, Vol 2: 5-50.
- Hernández A. (2001). Estrés en la familia colombiana. Tensiones típicas y estrategias de afrontamiento. *Universidad Santo Tomás*.
- Herrera Santi, P. (2010). Rol de género y funcionamiento familiar . *Revista Cubana de Medicina General Integral* , 16, 568-573. Obtenido de Revist Cubana de Medicina General Integral : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000600008&lng=es&tlng=es.
- Herrera Santi, P. G. (2002). Metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, Vol. 18, pag 169- 172.
- Ingaramo R, V. N. (2005). Estudio Nacional sobre Adhrencia . *Revista de Federación Argentina de Cardiología*, 104-111.
- Instituto Geofisico de la Escuela Politécnica Nacional. (17 de Abril de 2016). *Informe sismico*. Quito.
- Jimenez M, .. M. (2012). Coping in family crisis: Divorce with teenager´s children. *Salud Uninorte*, 99-112.
- Kirchner, T. (2003). Estrategias de afrontamiento y nivel de psicoterapia en jóvenes presidiarios. Relación con el tiempo de reclusión penitenciaria. *Revista de Acción Psicologica*, 199-211.
- Larrea P, M. M. (2004). Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 113-120.

- Lee G., W. H. (25 de 04 de 2013). Determinants of medication adherence to antihypertensive medications among a Chinese population using Morisky medication adherence scale. Hong Kong, Hong Kong, China.
- Lim SS, V. T. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions; a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 280.
- Lindqvist R, S. P. (1998). Coping strategies and quality of life among patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Journal of Advanced Nursing*, 312-319.
- Loring K, H. H. (2003). Self management education: History, definition, outcomes, and mechanism. *Annals of Behavioral Medicine*, 1-7.
- Louro I, .. y. (2002). *Manual para la intervención en la salud familiar*. Habana: Ciencia Médica.
- M, D. M. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*, 207-218.
- Malde Modino, I. (2012). Obtenido de Que es familia, implicaciones y conceptos : <http://www.psicologia-online.com/monografias/separacion-parental>
- Maldonado F, V. V. (2016). Prevalence of Therapeutic Adherence in Hypertensive Patients with the Use of the Martin-Bayarre-Grau Questionnaire. *Aten Fam*, 48-52.
- Marín F, R. M. (2001). Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Pública México*, 336-9.
- Marín Rf, R. M. (2001). Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Pública México*, 336-9.
- Martín E., F. C. (2008). Estrategias de afrontamiento de crisis causadas por desempleo en familias con hijos adolescentes en Bogotá. *Acta Colombiana de Psicología*, 127-141.

- Martin L, G. J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 89-100.
- Martin L., G. J. (2014). Conceptual framework for evaluating and improving adherence to medical treatment in chronic diseases. *Revista Cubana de Salud Pública*, 225-238.
- Martin, M. (2011). Adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes mayores polimedicados. *Metas de Enfermería*, 24-30.
- Mc Cubbin, H. L. (1992). F-COPPES: family crisis oriented personal evaluation scales. . *Family Social Science, University of Minnesota*, 127.
- McCubbin H., & P. (1981). Systematic assessment of family stress, resources, and coping: Tools for research, education and clinical intervention. *Family Social Science . University Minnesota*.
- Meléndez J, C. A. (2004). Divergencia en la percepción de la Funcionalidad Familiar entre Padre, Madres e hijos y Adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 459-470.
- Membrillo Luna, A. (2005). *Familia, introducción al estudio de sus elementos* . México: ETM .
- Mendoza S., M. M. (2006). Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. *Scielo*, 65-71.
- MI, F. (1995). The framework of systemic organization: a conceptual approach to families and nursing. *Thousand Oaks*.
- Morisky D, A. A.-W. (2008). Predictive Validity of Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *National Institutes of Health Public Access*, 348-354.
- Morisky D, G. L. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 67-74.

- Oliva Gomez, E. (2013). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris,ISSN*, VOL, 10 N° 1 PAG 11-20 . Obtenido de hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalizacion.
- Olvera S., S. t. (2009). Impact of family support on adherence therapy of hypertensive patients. *Revista Mexicana de Enfermeria Cardiologica*, 10-13.
- OMS. (2004 II). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. *OMS*, 4,6.
- OMS. (2013). General information about hypertension in the world. A disease that kills in silence, a global public health crisis. *Organización Mundial de la Salud*, 9.
- OPS/OMS. (2014). La nueva situación epidemiológica del Ecuador, Situación de las enfermedades crónicas no transmisibles en Ecuador. *Revista Informativa-Representación Ecuador*, 15,18.
- Ortega S, V. E. (2014). Degree of adherence to treatments in people with cardiovascular risk. *Avances en enfermeria* , 25-32.
- Ortego-Lorente, A. (Mayo de 2004). La adherencia al tratamiento Variables implicadas. *Educare*, 2. Obtenido de Enfermeria 21 grupo paradigma: <http://www.enfermeria21.com/revistas/educare/portada/535/>
- Ramirez A, .. (Julio de 2004). Narrativa vinculares sobre intentos suicidas. . *Estudio de casos de hijos de madres de intentos suicidas*. Santiago, Santiago, Chile: Universidad de Chile.
- Ruano R., S. E. (2000). Estrategias de afrontamiento en familias con hijos adolescentes . *Anales de psicología* , 16. 199- 206.
- Sandin F. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud* , 3. 141-157.
- Semanat, R. P. (2015). mirada a los adolescentes y jóvenes cubanos en el contexto familiar. *revista sexología y sociedad*, 208- 223.

- Sjoden P, L. R. (2000). .Coping strategies and health-related quality of life among spouses of continuous ambulatory peritoneal dialysis, hemodialysis and transplant patients . *Journal of Advanced Nursing*, 1389-1408.
- Tapias L. (2014). Determining individual aspects treatment adherence in population with disabilities in Medellin. *Revista CES Movimiento y Salud*, 23-30.
- Tovbun D, G. Y. (2003). Relative importance and interrelations between psychosocial factors and individualized quality of life of hemodialysis patients. *Quality of life Research*, 709-717.
- Val Jimenez A, .. A. (1992). Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test de Morisky Green. *Atención Primaria*, 767-70.
- Van Dulmen S, V. D. (2007). Patient adherence to medical treatment a review of reviews. *Health Services Research*, 55-68.
- Varela M. (2010). The challenge of assessing adherence to treatment in hypertension. *Pensamiento Psicológico*, 127-140.
- Varela, M. T. (2009). La evaluación integral de la adherencia al tratamiento en mujeres con VIH/SIDA]: validación de un cuestionario. *Colombia Médica*, 386-397.
- Varleta P., A. C. (2015). Prevalencia y determinantes de adherencia a terapia antihipertensiva en pacientes de la Región Metropolitana. *Revista médica de Chile*, 143 (5) 569-576.
- Vázquez C., C. C. (2009). Reacciones ante el trauma: Resistencia & crecimiento. *Las emociones positivas*, 375-392.
- Wu A, T. C. (2004). Self efficacy, health locus of control, and psychological distress in elderly Chinese women with chronic illnesses. *Aging & Mental Health*, 21-28.

ANEXOS

ANEXO 1

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.

Recursos humanos, materiales y presupuesto

ACTIVIDADES	RECURSOS		PRESUPUESTO
	HUMANOS	MATERIALES	
Presentación de la propuesta del proyecto de tesis ante la directiva de la institución centro de salud 24 horas Andrés de Vera. Y lograr el apoyo de la directiva de la institución.	<ul style="list-style-type: none"> • Posgradistas de MFC • Directiva del centro de salud Andrés de Vera 	Diapositivas Folleto informativo Hojas Internet Impresiones	150
Mapeo en territorio de pacientes hipertensos	<ul style="list-style-type: none"> • Posgradistas de MFC • Personal de apoyo (Internos, rurales, enfermeras) 	Folleto informativo Hojas Internet Impresiones Vehículo (gasolina) Mapa del área	180
Socialización del proyecto de tesis a los pacientes hipertensos atendidos en el centro de salud e invitación a participar en el proyecto de tesis Consentimiento informado	<ul style="list-style-type: none"> • Posgradistas de MFC • Directora del centro de salud Andrés de Vera 	Diapositivas Folleto informativo Hojas Internet Impresiones Fotocopias	320
Acercamiento a las familias participantes del proyecto y aplicación de escala de evaluación personal del	<ul style="list-style-type: none"> • Posgradistas de MFC • Familiares de los participantes 	Hojas Internet Impresiones Fotocopias	150

funcionamiento familiar en situaciones de crisis F-COPES			
Aplicación del test de Morisky Green a los pacientes hipertensos participantes del proyecto	<ul style="list-style-type: none"> • Posgradistas de MFC 	Hojas Internet Impresiones Fotocopias	350
Tabulación, análisis e interpretación de resultados tras la aplicación de la escala F- COPES y el test de Morisky Green	<ul style="list-style-type: none"> • Posgradistas de MFC 	Hojas Internet Impresiones Fotocopias	200
Análisis de resultados finales, conclusiones y recomendaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Posgradistas de MFC 	Hojas Internet Impresiones Fotocopias	250
Ajustes necesarios para la finalización de la tesis.	<ul style="list-style-type: none"> • Posgradistas de MFC • Asesor de tesis 	Hojas Internet Impresiones Fotocopias	100
Evaluación del proyecto y articulación teórica para la presentación del mismo ante el jurado de la pontifica universidad católica del ecuador	<ul style="list-style-type: none"> • Posgradistas de MFC • Director de tesis 	Hojas Internet Impresiones Fotocopias Encuadernación Fotografías	150
TOTAL			1850

ANEXO 2

CRONOGRAMA DE TRABAJO

N	ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES															
		JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Presentación y aprobación del protocolo																
2	Elaboración del marco teórico																
3	Mapeo en territorio de pacientes hipertensos																
4	Socialización del proyecto a participantes, aceptación y firma de consentimiento informado.																
5	Aplicación de los instrumentos de recolección de datos Test de Morisky Green y F-COPES																
6	Análisis e interpretación de los datos																
7	Elaboración y presentación de la información																
8	Conclusiones y recomendaciones																
9	Elaboración del informe																

ANEXO 3

Escala de valoración personal del funcionamiento familiar en situaciones de crisis F-COPES

	0 Nunca	1 A veces	2 Siempre
ESTRATEGIAS INTERNAS			
1.REESTRUCTURACION			
1.1 Confianza en que ellos mismos podrán resolver e problema.			
1.2 Confianza en que son fuertes para enfrentarlo			
1.3 Piensan y racionalizan la solución del problema			
1.4 Estiman que todo el mundo tiene problemas.			
1.5 Estiman que el problema no es tan grave.			
1.6 Piensan que existe alguna solución al problema			
1.7 Creen que con este problema saldrán adelante			
2. EVALUACIÓN PASIVA			
2.1 Piensan que este problema no tiene solución			
2.2 No hacen nada para la solución del problema			
2.3 Reaccionan con dolor y desesperación sin hacer nada			
2.4 Esperan con resignación la solución del problema			
ESTRATEGIAS EXTERNAS			
1.ESTRATEGIAS DE APOYO SOCIAL			
1.1 Recurren al consejo de parientes, vecinos y amigos			
1.2. Piden favores, ayuda a parientes, vecinos y amigos			
1.3. Recurre al consejo de compañeros de trabajo			
1.4 Se informa sobre los recursos para la			

solución.			
1.5 Recurre a personas que hayan vivido el problema			
1.6 Se integra a asociaciones relacionadas con el problema.			
1.7 Busca actividades alternativas que disminuyan la tensión			
1.8 Busca nuevos contactos sociales o afectivos			
1.9 Redescubrimiento de espacios sociales y 2 afectivos.			
2. ESTRATEGIAS DE APOYO ESPIRITUAL			
.1 Confía en la ayuda de Dios o un Ser Superior			
2.2 Recurre al Consejo de Adivinos y Espiritistas			
2.3 Se aísla y medita			
2.4 Recurre a ayuda de grupo espiritual			
3. ESTRATEGIAS DE MOVILIZACIÓN FAMILIAR			
3.1 Considera que el problema es de toda la familia			
3.2 Recurre al "Consejo Familiar			
3.3 Se involucra a un tratamiento familiar			
3.4 Recurren a la ayuda especializada en terapia familiar			

Nivel de afrontamiento

Bajo	0 -19
Alto	20-58

ANEXO 4

Test De Morisky Green

PREGUNTA	SI	NO
1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?		
2. ¿Es descuidado con la hora que debe tomar la medicación?		
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?		
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?		

- Paciente se considera adherente al tratamiento contestando NO a las cuatro preguntas
- Paciente se considera no adherente al tratamiento cuando responde si a una o varias preguntas

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLARACIÓN DEL ESTUDIO

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Instituto Superior de Posgrado, Facultad de la Salud Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Instituto de investigación de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Distrito de salud 13D01 Portoviejo- Manabí

FORMATO DE ACTA DE CONSENTIMIENTO FIRMADA POR LOS ENTREVISTADOS

Para el estudio “Estrategias de afrontamiento familiar ante la crisis no normativa del terremoto A16, y su influencia en la adherencia al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial” a realizarse en la comunidad Andrés de Vera del cantón Portoviejo.

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

NOMBRE	TITULO ACADÉMICO	UNIVERSIDAD/INSTITUCIÓN	INFORMACIÓN
Elisa Monserrate Rodríguez Mejía	Posgradistas de Medicina Familiar y comunitaria	Pontificia Universidad Católica del Ecuador	Elisa Rodríguez Mejía 0980207949 elyrm@hotmail.com
Yesenia Katherine Valencia Pachay	Posgradistas de Medicina Familiar y comunitaria	Pontificia Universidad Católica del Ecuador	Yesenia Valencia Pachay 0980957345 drsespavalj13@gmail.com
Dra. Rita Briones Alcívar	Pediatra	Médico tratante del Hospital Verdi Cevallos Balda	Rita Briones Alcívar 0992658178 rita_briones@hotmail.com
Dr. José Sola	Médico Magister en Salud Pública	Pontificia Universidad Católica del Ecuador	José Sola 0999514155 josehsalv@puce.edu.ec

DECLARACIÓN DE LOS INVESTIGADORES:

Por medio del presente documento hacemos la invitación a participar en un estudio de investigación con el tema: **“Estrategias de afrontamiento familiar ante la crisis no normativa del terremoto A16, y su influencia en la adherencia al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial”** el mismo que tiene el propósito de obtener información sobre las estrategias adquiridas por las familiar en situación de crisis por el terremoto del 16 de abril y los medio que emplearon para mantener el tratamiento de personas con hipertensión arterial.

Este documento es un consentimiento informado en el cual se da a conocer que el estudio se realizara a familias con pacientes hipertensos, no es invasivo, no es experimental y usted puede elegir claramente participar o no hacerlo, además usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Lea el documento, puede realizar preguntas sobre el propósito del trabajo por lo que le damos a conocer que este estudio no es invasivo que mantendrá toda la confidencialidad, discreción que requiera, no existirá violencia sobre sus derechos como persona participantes ni el de sus familias, cualquier aspecto sobre el trabajo y sobre este documento será declarado cuando usted lo requiera.

PROPÓSITO Y BENEFICIOS

El presente estudio busca registrar a través de la entrevista y aplicación de cuestionarios para conocer que estrategias de afrontamiento familiar ante la crisis no normativa del terremoto del 16 de abril, usaron las familias para tratar de mantener la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos y de esta manera evitar complicaciones que aumenten la morbilidad y mortalidad de los involucrados.

Una vez obtenida la información de las familiar y de los pacientes hipertensos se analizara la información y se dará una descripción de la realidad actual en el ámbito de estudio, sin embargo esperamos que los resultados obtenidos nos permitan identificar y conocer si este grupo de familias tomaron las estrategias correcta para mantener la adherencia al tratamiento de sus familiares con hipertensión arterial.

PROCEDIMIENTO.

Si la persona con hipertensión arterial decide aceptar la participación en nuestro estudio, nos gustaría pedirle que conteste el cuestionario de 4 preguntas de Morisky Green usado para determinar la adherencia al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial y junto con su familia (padre, madre e hijo mayor que viva con la familia) respondan el cuestionario (F-COPE), escala para evaluar las estrategias de afrontamiento en familias en crisis, para resolver un problema.

En el primer encuentro se identificará a los pacientes hipertensos participantes, que estén tomando su medicación, y la aplicación el cuestionario Morisky Green el cual consta de

cuatro preguntas a las que tiene que contestar honestamente en dos alternativas SI / NO, las que luego por procesos de análisis estadísticos se encontraran las diversas respuestas en cuanto a la adherencia al tratamiento.

En el segundo encuentro que será dos semanas más tarde se realizará una visita a su domicilio y junto con su familia se les aplicara una escala F-COPES (escala de evaluación personal del funcionamiento familiar en situaciones de crisis) cada miembro de la familia (madre, padre e hijo mayor que viva con la familia) caben recalcar que serán codificados con un número para mantener la confidencialidad.

Se reitera que este trabajo está siendo realizado por un grupo de personas responsables donde constan los estudiantes del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la PUCE, acompañados de la Dra. Rita Briones Médico tratante del Hospital Verdi Cevallos Balda y del Dr. José Sola, Médico Magister en Salud Pública de la PUCE y personal del centro de Salud Andrés de Vera, quienes han dado muestra de responsabilidad y honestidad.

RIESGOS O MOLESTIA

Algunas personas podrán sentir que la información que aporten para este estudio de investigación significa violar su privacidad o interrumpir sus actividades diarias, por otra partes otras personas pensaran que la información entregada servirá para ayudar a mejorar sus lazos como familia y saber cómo actuar en situaciones de crisis no normativas como la del terremoto y poder adquirir destrezas para poder mantener el tratamiento de las personas hipertensas.

DURACIÓN

La investigación durará aproximadamente 16 semanas, durante ese tiempo, será necesario mantener la comunicación con el participante.

INSENTIVO

Recalamos que la presente investigación, tiene fines académicos y no cubrirá ningún gasto o remuneración alguna por la participación en el estudio.

CONCLUSIÓN

Si usted no desea ser parte en la investigación, se le proporcionará la atención médica y el tratamiento o esquema de medicamentos disponible en el centro de salud sin ninguna represalia.

Si posee cualquier interrogación puede hacerlas en el momento o más tarde, inclusive después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar cualquiera de las siguientes personas: Elisa Rodríguez Mejía 0980207949, elyrm@hotmail.com Yesenia Valencia Pachay 0980957345 drsespavalj13@gmail.com

FIRMA DE INVESTIGADORES

INFORMACIÓN	FIRMA
Elisa Rodríguez Mejía 0980207949 elyrm@hotmail.com	
Yesenia Valencia Pachay 0980957345 drsespavalj13@gmail.com	
Rita Briones Alcívar 0992658178 rita_briones@hotmail.com	
José Sola 0999514155 josehsalv@puce.edu.ec	

Fecha _____
Día/mes/año

ANEXO 6

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Instituto Superior de Posgrado, Facultad de la Salud Pontificia Universidad Católica
del Ecuador
Instituto de investigación de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Distrito de salud 13D01 Portoviejo- Manabí

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

Acta Consentimiento Informado

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar y se me ha contestado complacientemente las interrogaciones que he ejecutado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me perturbe en ninguna condición mi cuidado médico

Yo..... SI ... NO, manifiesto mi aprobación a participar en el estudio “**Estrategias de afrontamiento familiar ante la crisis no normativa del terremoto A16, y su influencia en la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial**” desde una perspectiva teórica y empírica, de las doctoras Posgradistas de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica de Ecuador; Elisa Rodríguez Mejía (1305965947) y Yesenia Valencia Pachay (1306324722), de manera voluntaria y en el pleno uso de mis facultades físicas y mentales.

El procedimiento tiene sólo fines académicos y autorizo el uso de la información reunida para la realización de estudios y publicaciones posteriores.

Además, me considero en conocimiento de mis derechos, los cuales son:

- 1) Obtener respuestas a mis inquietudes
- 2) Mantenerme en el anonimato
- 3) Negarme a participar y abandonar la investigación cuando lo consideren conveniente
- 4) Confidencialidad de los relatos: el investigador tendrá el deber de resguardar toda la información proporcionada por los sujetos de estudio.

5) La información proporcionada por los sujetos de estudio no podrá ser modificada ni utilizada para otro fin.

6) Autorizo a las autoras puedan tomar fotos en el momento de la realización de su trabajo de investigación

NOMBRE DEL PARTICIPANTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

NOMBRES DE LAS MIEMBROS DE LA FAMILIA

FIRMA DEL PARTICIPANTE

Fecha _____
Día/mes/año

ANEXO 7

FÓRMULA

$$n = \frac{Z^2 p \cdot q}{e^2}$$

$$n = \frac{3.82 \times 0.23 \times 0.77}{(0.05)^2} = 259.9$$

$$n = 260$$

En donde

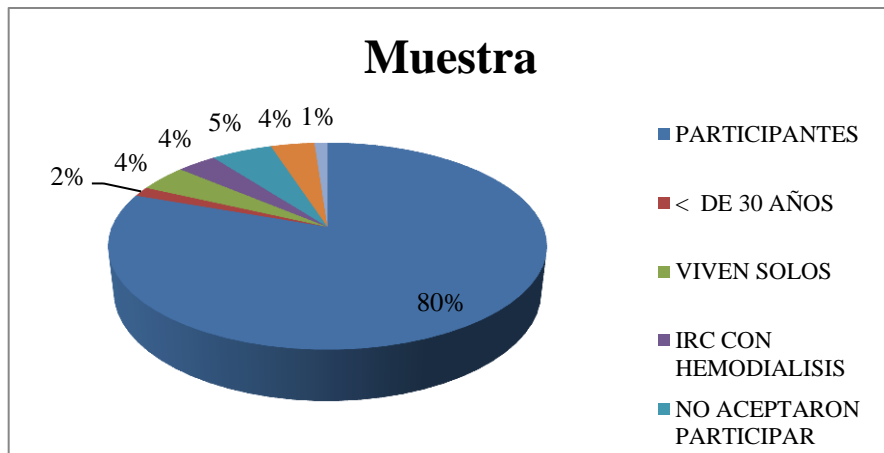
Z = nivel de confianza,

P = probabilidad de éxito, o proporción esperada

Q = probabilidad de fracaso

D = precisión (error máximo admisible en términos de proporción)n=

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA



Fuente: Estudio "Estrategias de afrontamiento familiar ante la crisis no normativa del terremoto 16a, y su influencia en la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial de comunidad Andrés de Vera – Portoviejo julio a septiembre 2016.

Elaboración: Rodríguez E; y Valencia Y.

ANEXO N° 8

TABLA N° 1

Distribución de la edad de los pacientes hipertensos de la comunidad Andrés de Vera – Portoviejo julio a septiembre 2016.

EDAD	n	%	IC 95%	
31	2	0,96%	0,12%	3,41%
35	5	2,39%	0,78%	5,49%
36	2	0,96%	0,12%	3,41%
37	2	0,96%	0,12%	3,41%
38	5	2,39%	0,78%	5,49%
39	3	1,44%	0,30%	4,14%
41	6	2,87%	1,06%	6,14%
42	3	1,44%	0,30%	4,14%
43	2	0,96%	0,12%	3,41%
44	4	1,91%	0,52%	4,83%
45	8	3,83%	1,67%	7,40%
46	2	0,96%	0,12%	3,41%
47	5	2,39%	0,78%	5,49%
48	10	4,78%	2,32%	8,62%
49	6	2,87%	1,06%	6,14%
50	7	3,35%	1,36%	6,78%
51	7	3,35%	1,36%	6,78%
52	4	1,91%	0,52%	4,83%
53	10	4,78%	2,32%	8,62%
54	8	3,83%	1,67%	7,40%
55	12	5,74%	3,00%	9,81%
56	7	3,35%	1,36%	6,78%
57	3	1,44%	0,30%	4,14%
58	10	4,78%	2,32%	8,62%
59	1	0,48%	0,01%	2,64%
60	10	4,78%	2,32%	8,62%
61	2	0,96%	0,12%	3,41%
62	2	0,96%	0,12%	3,41%
63	7	3,35%	1,36%	6,78%
64	9	4,31%	1,99%	8,02%
65	7	3,35%	1,36%	6,78%

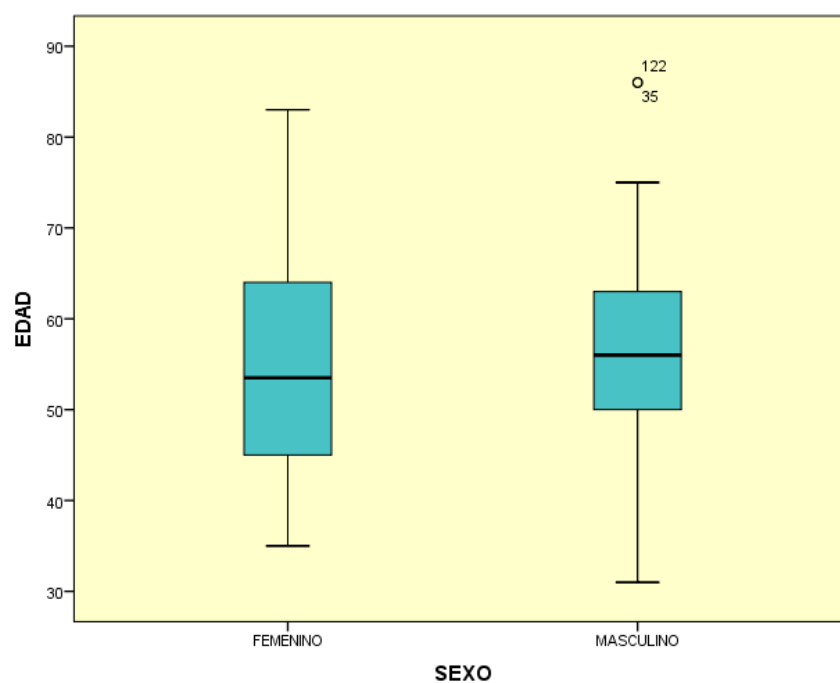
66	8	3,83%	1,67%	7,40%
67	6	2,87%	1,06%	6,14%
68	5	2,39%	0,78%	5,49%
69	2	0,96%	0,12%	3,41%
74	1	0,48%	0,01%	2,64%
75	6	2,87%	1,06%	6,14%
77	2	0,96%	0,12%	3,41%
78	2	0,96%	0,12%	3,41%
79	2	0,96%	0,12%	3,41%
83	2	0,96%	0,12%	3,41%
86	2	0,96%	0,12%	3,41%
TOTAL	209	100,00%		

Fuente: Estudio “Estrategias de afrontamiento familiar ante la crisis no normativa del terremoto 16a, y su influencia en la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial de comunidad Andrés de Vera – Portoviejo julio a septiembre 2016.

Elaboración: Rodríguez E; y Valencia Y.

ANEXO 9

Gráfico de edad y sexo en los pacientes con hipertensión arterial de la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo julio a septiembre de 2016.

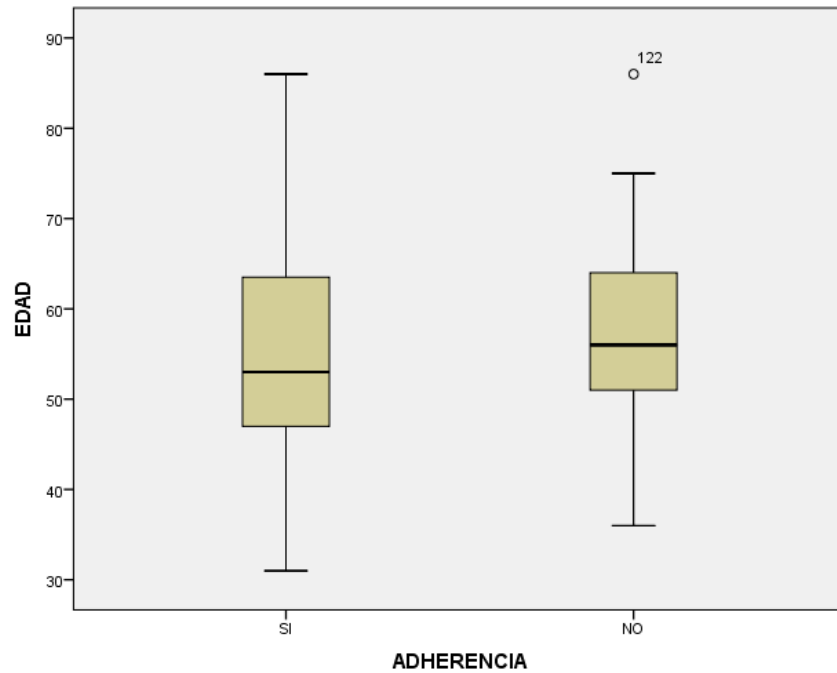


Fuente: Estudio “Estrategias de afrontamiento familiar ante la crisis no normativa del terremoto 16a, y su influencia en la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial de comunidad Andrés de Vera – Portoviejo julio a septiembre 2016.

Elaboración: Rodríguez E; y Valencia Y.

ANEXO 10

Gráfico de edad y adherencia en los pacientes con hipertensión arterial de la comunidad de Andrés de Vera – Portoviejo julio a septiembre de 2016.



Fuente: Estudio “Estrategias de afrontamiento familiar ante la crisis no normativa del terremoto 16a, y su influencia en la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial de comunidad Andrés de Vera – Portoviejo julio a septiembre 2016.

Elaboración: Rodríguez E; y Valencia Y.



Ministerio
de Salud Pública

Dirección Distrital 13D01 – Portoviejo – Salud
DIRECCIÓN DISTRITAL



Oficio Nro. MSP-CZ4-13D01-DDS-2016-0149-O

Portoviejo, 09 de junio de 2016

Asunto: AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR EL TRABAJO DE INVESTIGATIVO

Señor Doctor
Antonio José Domínguez Vivero
Decano Facultad de Medicina
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
En su Despacho

De mi consideración:

En atención al Oficio S/N suscrito por la Dra. Eliza Rodríguez Mejía y la Dra. Yesenia Valencia Pachay Posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria Puce-MSP, con asignación de trámite No. MSP-13D01-VAU-2016-0334-E, el cual solicita autorización para la realización de trabajo investigativo sobre " **ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR ANTE LA CRISIS NO NORMATIVA DEL TERREMOTO 16A Y SU INFLUENCIA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA COMUNIDAD ANDRÉS DE VERA DE JULIO A SEPTIEMBRE 2016**".

Con este contexto esta Dirección Distrital autoriza la realización del proyecto de investigación de la Unidad Operativa Andrés de Vera de la ciudad de Portoviejo durante los meses de Julio a Septiembre del año en curso.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,



Dra. Mariela Gabriela Marín Intriago
DIRECTORA DISTRITAL 13D01

Referencia:
- MSP-13D01-VAU-2016-0334-E

Anejos:
- ofi-0334-eliza_rodriguez_pdf

Calle Olmedo entre 10 de Agosto y Pedro Gual
Teléfono: 593 (2) 2632412
distrito.salud@portoviejo@distrito1p.gob.ec