



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Disfunción familiar y adherencia al tratamiento de hipertensión arterial
primaria en pacientes adultos mayores atendidos en un Hospital nivel

II

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Médico Cirujano**

AUTOR:

Centeno Parari, Ulises Victor Hugo (orcid.org/0000-0001-8913-3587)

ASESOR:

Mg. Castillo Castillo, Juan Lorgio (orcid.org/0000-0001-9432-8872)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades no Transmisibles

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

TRUJILLO – PERÚ

2024

Dedicatoria

Dedico este trabajo de investigación a mis padres Genaro y Margarita por su apoyo incondicional a lo largo de toda mi carrera profesional.

Agradecimiento

Doy gracias a Dios por permitirme cumplir esta primera meta en mi carrera profesional y a mis padres, ya que sin ellos esto no sería posible.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA.....	10
3.1 Tipo y diseño de investigación	10
3.2 Variables y operacionalización:	11
3.3 Población, muestra y muestreo:	11
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	13
3.5 Procedimientos.....	14
3.6 Métodos de análisis de datos:	15
3.7 Aspectos éticos:	15
IV. RESULTADOS	16
V. DISCUSIÓN	20
VI. CONCLUSIONES	24
VII. RECOMENDACIONES.....	25
REFERENCIAS:	26
ANEXOS.....	30

ÍNDICE DE TABLAS

1. TABLA N° 1: Frecuencia de disfunción familiar en adultos mayores con adherencia al tratamiento (controles).....	16
2. TABLA N° 2: Frecuencia de disfunción familiar en adultos mayores sin adherencia al tratamiento (casos).....	17
3. TABLA N° 3: Asociación entre la disfunción familiar y la adherencia al tratamiento de hipertensión arterial primaria en adultos mayores.....	18
4. TABLA N° 4: Análisis multivariado de las variables principales y las intervinientes asociadas a la adherencia terapéutica de hipertensión arterial primaria en adultos mayores	19

RESUMEN

La investigación tuvo por objetivo: Determinar si la disfunción familiar es factor asociado a la adherencia al tratamiento de hipertensión arterial primaria en usuarios adultos mayores atendidos en un Hospital nivel II. Con una metodología: De tipo descriptivo de tipo transversal, observacional, prospectivo, de casos y controles. Resultados: La disfunción familiar en adultos mayores con adherencia al tratamiento fue de un 34.3%, de los sin adherencia al tratamiento fue un 70.6%; sobre la disfunción familiar y la adherencia al tratamiento de hipertensión arterial se demostró que si existe una asociación significativa entre estas dos variables. Las variables intervinientes no tienen relación significativa con la adherencia al tratamiento. Concluyendo: Que la disfunción familiar si es factor asociado a la adherencia al tratamiento de hipertensión arterial primaria en usuarios adultos mayores atendidos en un Hospital nivel II, esta asociación es de forma independiente, sin asociación significativa de otras variables intervinientes.

Palabras clave: Disfunción familiar, adherencia al tratamiento, adultos mayores.

ABSTRACT

The objective of the research was: To determine if family dysfunction is a factor associated with adherence to primary arterial hypertension treatment in older adult users treated at a level II Hospital. With a methodology: Descriptive, cross-sectional, observational, prospective, case-control. Results: Family dysfunction in older adults with treatment adherence was 34.3%, in those without treatment adherence it was 70.6%; On family dysfunction and adherence to high blood pressure treatment, it is shown that there is a significant association between these two variables. The intervening variables have no significant relationship with treatment adherence. Concluding: That family dysfunction is a factor associated with adherence to primary arterial hypertension treatment in older adult users treated in a level II Hospital, this association is independent, without significant association of other intervening variables.

Keywords: Family dysfunction, treatment adherence, older adults.

I. INTRODUCCIÓN

El paciente con hipertensión arterial a menudo comparten varias comorbilidades, necesitan múltiples terapias farmacológicas y pertenece con mayor frecuencia al grupo etario de edad avanzada; la persistencia a largo plazo de las terapias cardiovasculares, incluida la terapia antihipertensiva, es baja en gran parte de los individuos que han sido diagnosticados con hipertensión, incluidos los pacientes de edad avanzada, así en Reino Unido en 37.643 pacientes hipertensos que recibían una medicación relevante, la persistencia del fármaco a los 6 meses oscilaba entre el 40 y el 50%, por otra parte en Suecia en 48 centros de atención primaria de salud, la persistencia de la terapia antihipertensiva fue de alrededor del 70 % a los 2 años en pacientes hipertensos que superan los 60 años de edad (1).

Respecto a la prevalencia de la adherencia terapéutica en sujetos diagnosticados con hipertensión arterial tratada, en estudios que no seleccionan a los participantes, se encontró que solo el 20% a 30% pose adherencia al tratamiento mediante autoinformes, índices de posesión de pastillas o conteo de medicamentos (2). Adicionalmente en una investigación transversal que incluyó a 1043 adultos hispanos con hipertensión que vivían en Norteamérica, concluyo que la prevalencia de alta adherencia fue significativamente mejor en los adultos con una edad ≥ 60 años que en los hipertensos más jóvenes (34 frente a 24,5 %), y la adherencia al fármaco era menor en las personas mayores de 65 años en cotejo con los de 55 a 64 años (3). En Perú en una investigación transversal analítica en usuarios del programa del adulto con enfermedades no transmisibles, fueron evaluados con el cuestionario de Morisky-Green para cuantificar la adherencia terapéutica, se encontró que la prevalencia de no adherencia fue 53%, de este total 69% fueron féminas y el promedio de edad fue 70 ± 8 años (4).

La mala adherencia a la medicación tiene efectos significativos y multifacéticos en la terapia de la presión alta, aumentando el peligro de sufrir ataques cardiovasculares, resultados renales deficientes, incluida la

enfermedad renal en etapa terminal, acompañado de nocivos resultados para salud, la falta de adherencia a la medicación puede resultar en investigaciones costosas e innecesarias o incluso en la intensificación del tratamiento potencialmente dañino a los sistemas que metabolizan los fármacos (4).

En una determinada población hipertensa, existe un grupo de pacientes que desconoce el diagnóstico y dentro del grupo informado y diagnosticado, hay un grupo de pacientes que tienen hipertensión no controlada o resistente a pesar de la ingesta de dosis máximas toleradas de tres clases diferentes de medicamentos antihipertensivos, incluido un diurético, esta última en realidad podría deberse a la no adherencia a la terapia para la presión alta (5). Existe bastantes obstáculos que impiden una adherencia adecuada al tratamiento dentro de los cuales tenemos, olvidar de tomar la prescripción médica, el costo elevado de las píldoras, los efectos secundarios de los fármacos, creencias erróneas en culturas sobre la enfermedad y tratamiento, bajo nivel de alfabetización, la presencia de comorbilidades, la polifarmacia, alteraciones mentales y emocionales, falta de motivación y factores socioeconómicos (6).

En Asia se examinaron los efectos de los determinantes de la salud física, mental y el funcionamiento familiar en la autopercepción del envejecimiento en personas mayores, encontrando que aquellos con diversos grados de disfunción familiar representaron el 11,63% (7). En Brasil se determinó la relación entre el apoyo social recibido y el funcionamiento en gente mayor a lo largo de la pandemia por SARS-CoV-2, en 72 participantes de ≥ 60 años, se encontró que la tasa de disfunción familiar fue 22,2%, por cada punto adicional de puntaje de apoyo afectivo, hubo una disminución en la probabilidad de presentar disfunción familiar (8). En Perú determinaron la asociación entre la disfunción familiar y calidad de vida en sujetos con más de 6 décadas de vida, encontrando que el 32%, 29% y 14% de las personas con una edad ≥ 60 años presentaron una severa, leve y moderada disfuncionalidad familiar respectivamente, en contraste, el 27 % tuvieron buena funcionalidad; el sexo femenino presento gran porcentaje de leve funcionalidad familiar con un 20%, y el 30 % una calidad de vida moderada (9).

En base a lo anterior se planteó como problema a investigar: ¿Es la disfunción familiar factor asociado a la adherencia al tratamiento de hipertensión arterial primaria en pacientes adultos mayores atendidos en un Hospital nivel II? Se plantea como hipótesis: La disfunción familiar es factor asociado a la adherencia al tratamiento de hipertensión arterial primaria en pacientes adultos mayores atendidos en un Hospital nivel II.

Se propuso como objetivo general:

- Determinar si la disfunción familiar es factor asociado a la adherencia al tratamiento de hipertensión arterial primaria en usuarios adultos mayores atendidos en un Hospital nivel II, y los objetivos específicos fueron:
- Determinar la frecuencia de disfunción familiar en usuarios adultos mayores con adherencia al tratamiento de hipertensión arterial primaria.
- Determinar la frecuencia de disfunción familiar en usuarios adultos mayores sin adherencia al tratamiento de hipertensión arterial primaria.
- Determinar si la disfunción familiar es un factor asociado a la adherencia al tratamiento antihipertensivo ajustado por las principales variables intervinientes.

A pesar de la dificultad de cuantificar la adherencia a la terapia en pacientes mayores, las mediciones de adherencia proporcionan información útil sobre este tema, el impacto de este en los adultos mayores es multifacético, pero en particular, se sabe que los factores de la medicación tienen un impacto decisivo, en este sentido, es necesario categorizar las múltiples formas de toma de medicación para un abordaje estratégico para aumentar la adherencia a la terapéutica entre los usuarios mayores, además, dado que la adherencia a la medicación es multidimensional, es posible suponer que existen subclases de adherencia a la medicación. Por otro lado, el buen funcionamiento familiar promueve el mantenimiento e integridad del bienestar psicológico y salud física de los usuarios mayores, así, el conocimiento sobre el funcionamiento familiar puede ayudar a informar a los profesionales de la salud para implementar las acciones necesarias e intervenciones para cada familia, promoviendo un fortalecimiento de su dinámica.

II. MARCO TEÓRICO

La presión arterial alta es reconocida como un problema de salud pública, el cual está asociado principalmente a enfermedades cardiovasculares, contribuyendo altamente a la mortalidad a nivel mundial, actualmente existe terapéutica farmacológica eficaz para tratarla, que se ha demostrado en diversos ensayos clínicos, disminuyendo los accidentes cardiovasculares y así también las consecuencias de las mismas, a pesar de estos avances una gran parte de hipertensos diagnosticados no logran controlar sus valores de presión arterial (PA) por motivos diversos (10).

Diversos motivos pueden influir en la falta de control de la tensión arterial, teniendo como un factor muy importante la baja adherencia terapéutica, se estima que, al cabo de un año desde el inicio de la terapia farmacológica, menos de la mitad de los pacientes diagnosticados siguen las prescripciones terapéuticas correctamente. Las consecuencias de no tener adherencia al tratamiento antihipertensivo son diversas y abarcan desde daños como la microalbuminuria, los accidentes cerebrovasculares e infartos cardiacos, hasta un aumento en estadías hospitalarias y gastos en honorarios médicos. Además, la no adherencia terapéutica produce una disminución en la calidad de vida. Los medicamentos prescritos no utilizados generan un importante desperdicio farmacéutico que afecta la sostenibilidad del sistema sanitario, impactando negativamente al ecosistema mundial y generando costos millonarios a la salud pública (11).

El cumplimiento se puede definir mediante el grado de cumplimiento de un paciente hacia las recomendaciones del proveedor de atención médica, el cumplimiento en el marco de la terapia de hipertensión abarca el seguimiento de las recomendaciones acordadas, incluida la monitorización de la PA y las terapias farmacológicas y no farmacológicas. La adherencia es un término preferido ya que considera la importancia de las perspectivas del paciente en el consumo de medicinas, en función de su propia evaluación, creencias y circunstancias, preferimos el término adherencia aunque en la literatura los

términos se han usado indistintamente, la falta de cumplimiento puede ser total o parcial y puede ser intencional o no, aunque en la mayoría de los casos no hay una intención clara de omitir el tratamiento, y la falta de cumplimiento puede ocurrir en cualquier punto del proceso de tratamiento de la hipertensión del paciente (12).

La hipertensión arterial se distingue de otras enfermedades crónicas por la posibilidad de reducir el riesgo de complicaciones mediante el consumo diario de medicación prescrita por médicos. La adherencia terapéutica a los fármacos antihipertensivos tiene un impacto positivo significativo en la evolución clínica y en la calidad de vida de los sujetos diagnosticados con presión alta, por ello es fundamental implementar medidas prácticas para mejorar la adherencia al tratamiento antihipertensivo y mantener un control adecuado de la presión arterial en la población mundial (13).

La adherencia a la terapia se refiere al grado de conducta del sujeto con las prescripciones del médico tratante. En otras palabras, refleja qué tan bien el paciente toma la medicación prescrita en la frecuencia, dosis y horario señalado. Diversos estudios han identificado factores que influyen en la adherencia a la medicación entre ellos se encuentran el sexo, la edad, el nivel socioeconómico y educativo, percepción de la propia salud, alteraciones mentales, es base a estos factores se desarrollan estrategias para mejorar la salud pública a nivel local y mundial (14).

El aumento de la esperanza de vida y el cambio en el perfil epidemiológico y de salud de la población convierten la atención a las personas mayores en un desafío complejo para los sistemas económicos, sociales y sanitarios. Esto es especialmente cierto en lo que respecta a la necesidad de brindar inclusión social y apoyo a la población mayor, elementos fundamentales para asegurar un envejecimiento saludable y mantener la calidad, el bienestar y el confort de una vida plena durante la senectud (15).

En el actual sistema, las relaciones entre los seres humanos se van construyendo a lo largo de la vida y son claves para un adecuado funcionamiento familiar, es decir para que los miembros de la familia estén satisfechos con los elementos necesarios para la unidad y el funcionamiento adecuado necesitan de flexibilidad, integración, evolución, amor y resolución de problemas. Con el pasar de los años de un miembro de la familia, los integrantes suelen enfrentar situaciones (como divorcio o mayor dependencia) que pueden alterar la armonía de las relaciones, lo que lleva a la disfunción familiar. Las familias disfuncionales tienden a ser menos capaces de cumplir las necesidades físicas, emocionales y económicas de las personas mayores, que representan un factor estresante potencial, influyendo negativamente en la calidad de vida de total de involucrados (adulto mayor junto con familiares) (16).

Se ha identificado el apoyo social para las personas mayores como un recurso protector contra el estrés, sirviendo para facilitar la adaptación a las pérdidas experimentadas con el envejecimiento, como la jubilación, la independencia de descendencia, enviudar, circunstancias financieras adversas, el daño a la salud y fallecimiento de familiares o amigos, por el contrario, el aislamiento social puede asociarse con una peor calidad de vida, menor regocijo, peores resultados a nivel de la salud, deterioro cognitivo y muerte(17). Las medidas de distanciamiento social tuvieron un número de efectos negativos sobre el bienestar comunitario y mental de la gente mayor, aumentando aislamiento, sentimientos de soledad con impacto directo en el apoyo social recibido (18).

En un estudio realizado en India, 2019; evaluaron la no adherencia a la medicación entre ancianos con antihipertensivos y la influencia del apoyo familiar en la adherencia a la terapéutica; en 124 ancianos diagnosticados con presión alta no adherentes y fueron evaluados al inicio y seguidos a los tres y seis meses. Durante cada seguimiento, los participantes fueron evaluados por su nivel de adherencia a la medicación y apoyo familiar. Los datos fueron recolectados mediante proforma demográfica y clínica, MMAS-8 ($r=0,83$) y escala de apoyo familiar ($r=0,92$). Se constató que el apoyo familiar sí tiene

influencia significativa en la adherencia a la medicación entre ancianos hipertensos ($p < 0.05$); concluyendo que la evaluación detallada por parte del profesional de la salud sobre el apoyo familiar se convierte en la base para el manejo de la conducta no adherente de los ancianos con antihipertensivos (19).

En un estudio realizado en Tailandia, 2019; evaluaron la adherencia a los antihipertensivos e identificaron los factores asociados entre los ancianos, en un estudio transversal basado en establecimientos de salud con un muestreo aleatorio simple para seleccionar 408 participantes. El nivel de adherencia a la medicación se identificó por conteo de píldoras con un porcentaje ≥ 70 definido como buena adherencia. El estudio bivariado se ejecutó por medio del chi cuadrado de Pearson y también se realizaron análisis multivariados. Participaron un total de 408 (143 hombres y 265 mujeres) pacientes hipertensos ancianos con presión arterial no controlada, se halló que gran parte de los partícipes poseían una menor adherencia al tratamiento con medicamentos (86,8 por ciento), mientras que los restantes (13,2 por ciento) tenían una buena adherencia, el estudio de regresión logística multivariable demostró que tener una adecuada función familiar (OR 7,99, IC 95 %: 1,23–51,778) se asoció significativamente con una alta adherencia médica, concluyendo que poseer un vigilante, particularmente es esencial para lograr una buena la adherencia (20).

En un estudio realizado en Nigeria, 2022; evaluaron el grado de adherencia a la terapéutica y el apoyo familiar percibido entre pacientes ancianos con hipertensión, en un estudio descriptivo, transversal entre 293 pacientes ancianos hipertensos que consintieron consecutivamente utilizando un cuestionario semiestructurado administrado por un entrevistador. La edad promedio de los participantes fue de $69,5 \pm 6,4$ años. La adherencia a la medicación fue buena, moderada y mala entre el 14,3%, el 68,6% y el 17,1% de los encuestados, respectivamente. La dificultad para recordar tomar los medicamentos fue la causa fundamental de la deficiencia de adherencia en el 73,7% de los casos. Una mayor proporción de los encuestados (94,9%) tenía

un fuerte apoyo familiar percibido, que carecía de significación estadística con respecto a la buena adherencia a la medicación. ($p = 0,739$); concluyendo que el apoyo familiar es muy recomendable y beneficioso para la adherencia a la terapéutica (21).

En un estudio realizado en India, 2022; determinaron la correlación existente con el apoyo familiar y la adherencia a la terapéutica para la hipertensión en los ancianos en un estudio de correlación descriptiva utilizando un enfoque transversal, en 112 ancianos hipertensos tomados mediante la técnica de muestreo intencional. Los instrumentos en su estudio utilizaron un cuestionario Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) y un cuestionario de apoyo familiar. Los resultados del estudio de buen apoyo familiar fueron 59 (52,7%) encuestados, el apoyo familiar fue suficiente para 26 (23,2%) encuestados y las familias fueron menos de 27 (24,1%) encuestados. Mientras tanto, los resultados de cumplimiento con el consumo de medicamentos para la hipertensión fueron 63 (56,3%) encuestados y el incumplimiento con el consumo de medicamentos hasta 49 (43,8%) encuestados. Los resultados del método Chi Cuadrado obtuvieron un valor de p de 0,002 ($p < 0,05$), concluyendo que hubo una relación significativa entre la asociación del apoyo familiar con la adherencia al consumo de medicamentos (22).

En un estudio realizado en Ecuador, 2019; identificaron la proporción de usuarios con una edad ≥ 60 años con mala adherencia a la terapéutica antihipertensiva y los factores relacionados, en una investigación analítico, observacional, de característica transversal con 330 usuarios adultos mayores con diagnóstico de presión alta, el grado de adherencia a la terapéutica antihipertensiva fue medida con los cuestionarios de Morisky –Green, Batalla y SMAQ; se cuantificó la presión arterial y se relacionó con los determinantes de riesgo. El grado de baja adherencia a la terapéutica fluctuó entre 62% al 73% de acuerdo al sistema estadístico. La frecuencia de disfunción familiar fue de 55% en la agrupación con no adherencia terapéutica y fue de 40% en la agrupación con adherencia terapéutica ($p < 0.05$) (23).

En un estudio realizado en Argentina, 2021; determinaron la relación entre el apoyo familiar y la adherencia a la terapéutica antihipertensiva en los usuarios inscritos en un plan de vigilancia de HTA, en una investigación descriptiva, transversal, del total de la muestra el 67,7% de los pacientes son adherentes y un 32,3% no tienen adherencia a su tratamiento, el 67,7% poseen un elevado nivel de soporte familiar; la correlación de Spearman entre el apoyo familiar y la adherencia a la terapéutica es de 0,416; concluyendo que la adherencia terapéutica es un evento de múltiples factores en el cual interviene el personal sanitario, la familia, el contexto social, y el paciente mismo (24).

En un estudio realizado en México, 2021; evaluaron la funcionalidad familiar en la adherencia al tratamiento del paciente con presión alta sistémica, en una investigación observacional, descriptiva, transversal, en el cual se usaron los herramientas con variables sociales y demográficas, se contempló una inclinación al incremento en cuanto a años de ser diagnosticado en asociación a la no funcionalidad familiar, en las variables de consideración esencial para la investigación, la adherencia a la terapéutica consiguió un promedio de 77 puntos \pm 9; el 90% alcanzo una elevada adherencia a la terapéutica y el 11% una adherencia media, concluyendo que se encontró una tendencia de 55% de familias funcionales, 38% moderadamente funcionales, 8% no funcionales y 1% severas no funcionales (25).

En un estudio realizado en Perú, 2022; determinaron si la funcionalidad de las familias tiene relación con la adherencia al tratamiento en sujetos adultos mayores en una investigación no experimental transversal que se realizó con una muestra de 185 pacientes con una edad \geq 60 años; la adherencia al tratamiento fue superior en los usuarios con una sexta y séptima década de vida comparado con 71 a 80 años de edad y las féminas comparado con los hombres sin oposición estadísticas de $p=0.713$ y $p=0.347$ respectivamente; adicionalmente el paciente con una edad \geq 60 años sin funcionabilidad familiar alcanzo un $OR=5.15$ con $IC95\%$ de 2.73- 9.69; se concluyó que la funcionalidad de las familias se relacionó con la adherencia al tratamiento (26).

III. METODOLOGÍA

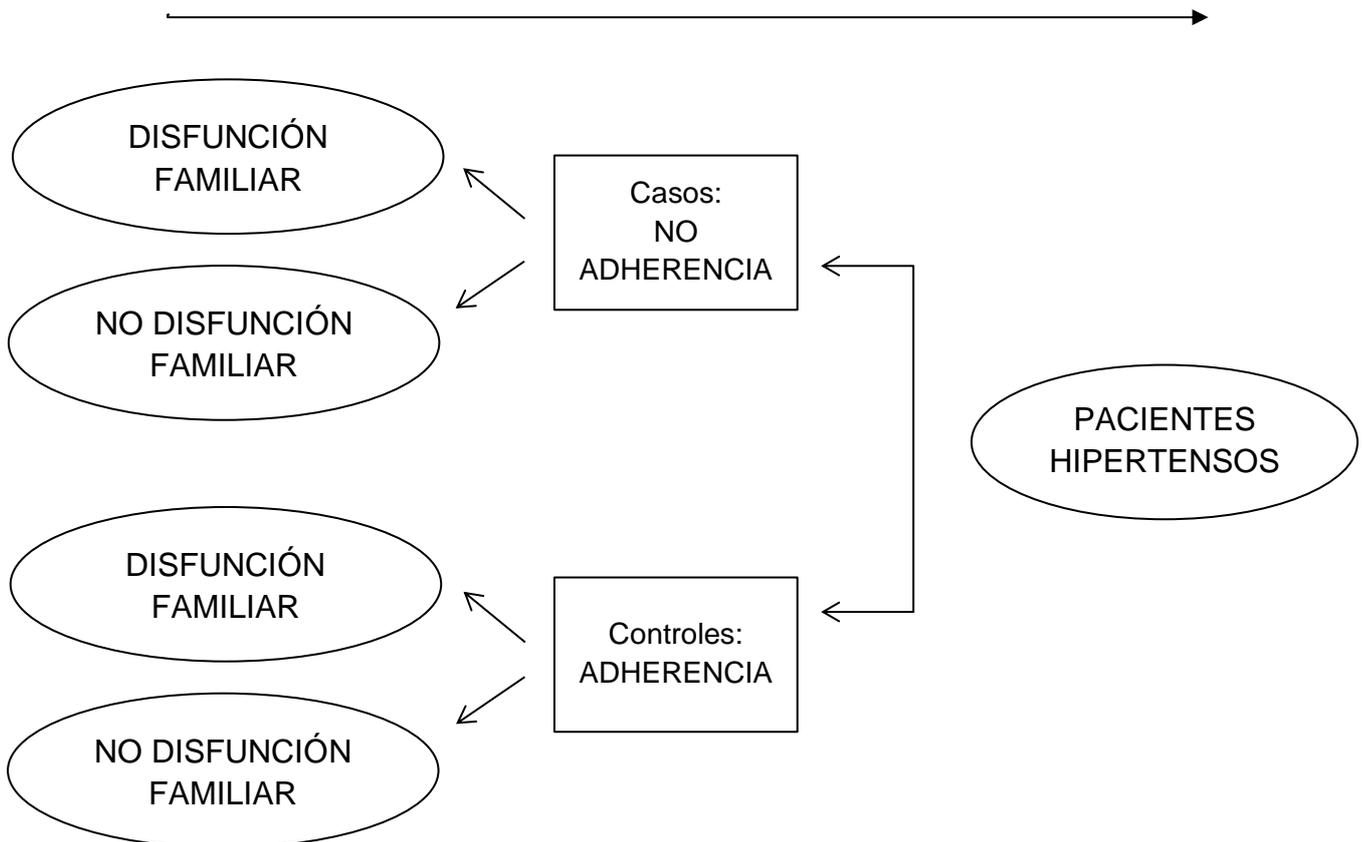
3.1. Tipo y diseño de investigación:

3.1.1. Tipo de investigación:

Es una investigación de tipo cuantitativa, aplicada.

3.1.2. Diseño de investigación:

Es un estudio Descriptivo de tipo transversal, observacional, prospectivo, de casos y controles.



3.2. Variables y operacionalización:

3.2.1. Variables:

- Variable 1: Disfunción familiar (cualitativa: dicotómica – nominal).
- Variable 2: Adherencia terapéutica (cualitativa: dicotómica – nominal).
- Variables Intervinientes:
 - Edad: Cualitativo – nominal
 - Sexo: Cualitativa: dicotómica – nominal
 - Polifarmacia: Cualitativa: dicotómica – nominal
 - Comorbilidad: Cualitativa - nominal

3.2.2. Operacionalización de variables:

- Ver Anexo (1).

3.3. Población, muestra y muestreo:

3.3.1. Población:

La población estuvo conformada por pacientes adulto mayores con hipertensión arterial primaria atendidos en un Hospital nivel II de especialidades básicas de la ciudad de Trujillo durante la etapa febrero - marzo del año 2024.

Criterios de selección:

Criterios generales de inclusión

- Pacientes diagnosticados con hipertensión arterial primaria.
- Pacientes con 60 años a más.
- Pacientes que hayan firmado el consentimiento informado.
- Pacientes masculinos y femeninos.
- Paciente hipertenso en tratamiento actual por vía oral.
- Pacientes con los cuales se puede comunicar de forma oral.
- Tiempo de diagnóstico de HTA primaria no menor de 12 meses.
- Pacientes que hayan realizado estudios de primaria completa.

Casos

- Pacientes sin adherencia terapéutica.

Controles

- Pacientes con adherencia al tratamiento.

Criterios generales de exclusión

- Pacientes con diagnósticos de enfermedades renales agudas y crónicas.
- Pacientes diagnosticados con demencia.
- Pacientes diagnosticados con severa desnutrición.
- Pacientes con secuela de ictus.
- Pacientes postrados (que no tienen autonomía).
- Pacientes diabéticos de larga data mal controlados.
- Pacientes en los cuales el familiar responda los cuestionarios.
- Pacientes monorrenos.

3.3.2. Muestra:

La muestra estuvo conformada por usuarios adulto mayores con hipertensión arterial primaria asistidos en un Hospital de nivel II de especialidades básicas de la ciudad de Trujillo, que aceptaron el consentimiento informado y participaron en forma facultativa a la entrevista estructurada, a lo largo de los meses de febrero - marzo del 2024 y que cumplieron con los criterios de selección ya mencionados anteriormente.

Se utilizó la fórmula para población desconocida (27):

$$n = \frac{(Z_{\alpha_2} + Z_{\beta})^2 P(1-P)(r+1)}{d^2r}$$

Dónde:

$$P = \frac{P_2 + rP_1}{1+r} =$$

$$d = p_1 - p_2$$

$$Z_{\alpha/2} = 1,96 \text{ para } \alpha = 0.05$$

$$Z_{\beta} = 0,84 \text{ para } \beta = 0.20$$

$$P_1 = 0.55 \text{ (Ref. 23)}$$

$$P_2 = 0.40 \text{ (Ref. 23)}$$

$$R: 1$$

$$n = 102$$

CASOS (no adherencia): 102 individuos.

CONTROLES (adherencia): 102 individuos.

3.3.3. Muestreo:

Se empleó el método de muestreo por conveniencia, esta trata de un muestreo no probabilístico y que no es aleatorizado, debido a la facilidad de acceso a las muestras, y la disponibilidad de los pacientes en formar parte de este trabajo de investigación. Obteniéndose una muestra de 102 pacientes que serán los CASOS y otros 102 pacientes que serán los CONTROLES, escogidos durante sus controles en los consultorios de atención al paciente de los servicios de medicina interna, medicina general, adulto mayor y cardiología de un hospital nivel II de la ciudad de Trujillo (27).

3.3.4. Unidad de análisis:

Cada usuario adulto mayor con hipertensión arterial primaria asistido en un Hospital de especialidades básicas nivel II en el periodo de febrero – marzo del año 2024 y que cumplieron con los criterios de selección.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

3.4.1. Técnica:

La información fue conseguida por medio de la entrevista directa a los adultos mayores asistidos en un hospital nivel II.

3.4.2. Instrumento de recolección de datos:

Instrumento: Se hizo uso de un formato de recolección de datos (Anexo 02) el cual posee donde registrar los datos tanto generales, clínicos y epidemiológicos. Además, se empleó el Cuestionario de Adherencia Medica de Morinsky (Anexo 3) y el Cuestionario de Apgar para familias (Anexo 4).

Validación y confiabilidad del instrumento:

El Cuestionario de Adherencia Medica de Morinsky de 8 ítems; posee de un nivel de consistencia interna por medio del coeficiente alfa de Cronbach de 0.79. aprobada al español por Hernández J. y col. Se considerará no adherencia terapéutica a puntajes inferiores a 8 puntos (28).

El Cuestionario de Apgar para Familias; posee un nivel de consistencia interna por medio del coeficiente alfa de Cronbach de 0.99. aprobada al español por Mayorga C. y col. Se considerará disfunción familiar cuando el puntaje ≤ 16 puntos y el cual puede ser usado en cualquier integrante de la familia (29).

3.5. Procedimientos:

1.-Una vez aprobado el proyecto de investigación por la UCV, se realizó el trámite correspondiente para obtener la constancia de autorización para la aplicación del proyecto de investigación ante la Red de Salud UTES 6 de la ciudad de Trujillo.

- Captación de pacientes:

2.-Se reconoció a los usuarios adultos mayores de los consultorios de atención externa de un Hospital nivel II, donde se procedió a verificar el diagnóstico de HTA primaria en la historia clínica.

3.-Se informo del proyecto de investigación, y se pidió la firma en el consentimiento informado.

4.-Se realizo la entrevista directa, el cual conto con el cuestionario de adherencia terapéutica para seleccionar a los usuarios en el grupo de

casos o controles según los resultados, a través de la técnica de muestreo por conveniencia, esta trata de un muestreo no probabilístico y que no es aleatorizado.

5.-Se continuo con el cuestionario de la variable de disfunción familiar, así como para completar la información sobre las variables intervinientes.

6.-Se continuo hasta llegar a los tamaños muestrales, tanto de casos y controles de la investigación.

3.6. Método de análisis de datos:

La información fue procesada en el sistema SPSS Vr. 26. Se ejecuto el cálculo del χ^2 con un nivel de significancia $<0,05$, también se ejecutó el estudio multivariable por regresión logística. Los datos recopilados con el instrumento de recolección fueron procesados, se les realizo los procesos estadísticos descriptivos para los valores. De la misma manera, se realizarán los procedimientos estadísticos inferenciales pertinentes, la cual mostrara la existencia o falta de asociación estadística significativa entre las variables. Los datos procesados serán ordenados, agrupados en tablas y figuras, contestando a las hipótesis planteadas anteriormente, para luego ser interpretadas y plasmadas en archivos de texto usando el programa de Microsoft Office Word 2023.

3.7. Aspectos éticos:

Para consolidar la confidencialidad, los datos de los pacientes serán suplidos por número de ficha de datos que permitirán reconocerlos. Se garantizará que los datos recopilados serán usados únicamente y concretamente con fines científicos, según lo precisado en la Declaración de Helsinki y la Ley General de Salud (30,31). Adicionalmente se pedirá la aprobación del comité de ética de la UCV, de la Red de Salud Trujillo - UTES N°6 y del hospital nivel II de la ciudad de Trujillo.

IV. RESULTADOS

La muestra total estuvo constituida por 204 pacientes con el diagnóstico de Hipertensión arterial primaria, dividida en dos grupos, el primero de “controles” con 102 pacientes con adherencia terapéutica y el segundo de “casos” con 102 pacientes sin adherencia terapéutica. Los resultados se muestran a continuación:

TABLA 1: Frecuencia de disfunción familiar en adultos mayores con adherencia al tratamiento (controles)

VARIABLES		FRECUENCIA	%
SEXO	Masculino	56	54.9%
	Femenino	46	45.1%
EDAD (Años)	60-69	25	24.5%
	70-79	48	47.1%
	80-89	29	28.4%
FUNCION FAMILIAR	Disfunción Familiar	35	34.3%
	Masculino	20	57.1%
	Femenino	15	42.9%
	60-69 años	15	42.9%
	70-79 años	11	31.4%
	80-89 años	9	25.7%
	No Disfunción Familiar	67	65.7%
	Masculino	36	53.7%
	Femenino	31	46.3%
	60-69 años	10	14.9%
	70-79 años	37	55.2%
	80-89 años	20	29.9%

Respecto a la frecuencia de disfunción familiar en adultos mayores con adherencia al tratamiento, un 34.3% tuvo disfunción familiar, siendo el género masculino el más frecuente (57.1%), junto con el grupo etario de 60 a 69 años (42.9%).

TABLA 2: Frecuencia de disfunción familiar en adultos mayores sin adherencia al tratamiento (casos)

VARIABLES		FRECUENCIA	%
SEXO	Masculino	49	48.0%
	Femenino	53	52.0%
EDAD (Años)	60-69	29	28.4%
	70-79	40	39.2%
	80-89	33	32.4%
FUNCION FAMILIAR	Disfunción Familiar	72	70.6%
	Masculino	32	44.4%
	Femenino	40	55.6%
	60-69 años	15	20.8%
	70-79 años	32	44.4%
	80-89 años	25	34.8%
	No Disfunción Familiar	30	29.4%
	Masculino	17	56.7%
	Femenino	13	43.3%
	60-69 años	14	46.6%
	70-79 años	8	26.7%
	80-89 años	8	26.7%

Respecto a la frecuencia de disfunción familiar en adultos mayores sin adherencia al tratamiento, un 70.6% tuvo disfunción familiar, siendo el género femenino el más frecuente (55.6%), junto con el grupo etario de 70 a 79 años (44.4%).

TABLA 3: Asociación entre la disfunción familiar y la adherencia al tratamiento de hipertensión arterial primaria en adultos mayores

		ADHERENCIA TERAPEUTICA				p	X ²
		Si Adherencia		NO Adherencia			
		Frecuencia	%	Frecuencia	%		
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	No Disfunción Familiar	67	65.7%	30	29.4%	<0.001	26.908^a
	Disfunción Familiar	35	34.3%	72	70.6%		

Respecto a la prueba realizada sobre la disfunción familiar y la adherencia al tratamiento de hipertensión arterial primaria en adultos mayores atendidos en un hospital nivel II, mostro que si existe una asociación significativa entre estas dos variables.

TABLA 4: Análisis multivariable de las principales variables y las intervinientes asociadas a la adherencia terapéutica de hipertensión arterial primaria en adultos mayores

VARIABLES		p - valor	OR	IC 95%
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Disfunción Familiar	<0.001	0.211	0.115 – 0.387
	Femenino	0.540	1.317	0.759 – 2.283
SEXO	Masculino	0.540	0.759	0.438 – 1.317
	60-69	0.985	0.981	0.472 – 2.039
EDAD (Años)	70-79	0.453	1.366	0.712 – 2.621
	80-89	0.995	1.019	0.491 – 2.118
	POLIFARMACIA	Polifarmacia	0.907	1.046
COMORBILIDAD	Enfermedad Tiroidea	0.682	0.856	0.530 – 1.723
	DM II	0.558	0.702	0.149 – 3.316
	Dislipidemia	0.545	1.429	0.270 - 7.549
	No Comorbilidad	0.692	1.233	0.259 - 5.883

En la tabla 4, observamos que las variables intervinientes no tienen relación significativa con la adherencia al tratamiento, quedando la disfunción familiar como la única variable que se asocia significativamente a la adherencia terapéutica. Por otro lado, ser de sexo femenino aumenta 1.3 veces más las posibilidades de no tener adherencia al tratamiento, asimismo pertenecer al grupo etario de 70 a 79 años y el padecer de dislipidemia aumenta en 1.4 veces más las posibilidades de no tener adherencia al tratamiento.

V. DISCUSIÓN

En base a la tabla 1, al determinar la frecuencia de la disfunción familiar en adultos mayores con adherencia al tratamiento (controles), en nuestro estudio se encontró que un 34.3% padecía de disfunción familiar, siendo el sexo masculino (54.9%), junto al grupo etario de 60 a 69 años (42.9%) los más frecuentes. Este resultado coincide con la investigación realizada por Bastidas F, en Loreto – Perú, con una muestra total de 186 pacientes. En la cual se obtuvo que en el grupo de “controles” el porcentaje de disfunción familiar (27.3%) era menor comparado con el que no tenía disfunción familiar (72.7%), esta similitud de resultados podría deberse a que los pacientes investigados, tienen la misma idiosincrasia y una distribución similar de los participantes entre los grupos etarios y del sexo masculino/femenino que nuestra investigación (27). En contraste con nuestra investigación, en el estudio de Becerra P, et al, en Jalisco México, con una muestra total 336 sujetos diagnosticados con hipertensión arterial sistémica, se encontró que el 8% de la muestra poseía disfuncionalidad familiar, esta diferencia puede deberse a que este estudio fue correlacional, mientras que nuestra investigación fue de casos y controles, además de ello su muestra tenía un más amplio rango de edad (20 a 79 años) (25).

En base a la tabla 2, al determinar la frecuencia de la disfunción familiar en adultos mayores sin adherencia al tratamiento (casos), en nuestro estudio se encontró que un 70.6% padecía de disfunción familiar, siendo el sexo femenino el más frecuente (55.6%), junto al grupo etario de 70 a 79 años (44.4%). Estos hallazgos concuerdan con la investigación realizada por Gualotuña C, et al, en Quito – Ecuador, con una muestra total de 325 pacientes. En la cual se halló que en el grupo de “casos” el porcentaje de disfunción familiar (78.9%) en promedio era similar al de nuestra investigación, esta semejanza de hallazgos podría deberse a que el instrumento para valorar la adherencia terapéutica y gran parte de los criterios de inclusión eran similares a nuestra investigación (23). Sin embargo, en el estudio realizado por Bastidas F, en Loreto – Perú, con una

muestra total de 186 pacientes, concluyo que el 35.9% de los casos tenía disfunción familiar, esta diferencia de hallazgos podría deberse a que los pacientes sin adherencia terapéutica de este estudio, padecían de diversas enfermedades crónicas, mientras que en nuestra investigación solo se centró en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial primaria (27).

En base a la tabla 3, al determinar si la disfunción familiar es un factor asociado a la adherencia al tratamiento de hipertensión arterial primaria en adultos mayores, en nuestro estudio se encontró un valor de $p < 0.001$, ocasionando el rechazo de la hipótesis nula, por lo que afirmamos que si existe una asociación significativa entre la disfunción familiar y la adherencia al tratamiento. Este resultado coincide con el estudio de Melita S, et al, realizado en Karnataka – India, con una muestra total de 124 pacientes. Se encontró que la función familiar tiene influencia significativa acerca de la adherencia a la medicación antihipertensiva de adultos mayores con un valor de $p < 0.01$, esta similitud de resultados podría ser causado por el uso del mismo instrumento para determinar la adherencia terapéutica, además hubo características similares con la muestra de este estudio (adultos mayores, y proporción de participantes por sexo aproximadamente parecida) (19).

Asimismo Dinda N, et al, en su investigación realizada en Simpang Tiga - Indonesia, con una muestra total de 112 sujetos hipertensos, concluyeron que si existe una asociación entre la función familiar y la adherencia terapéutica a la toma de antihipertensivos ($p < 0.002$), esta similitud de hallazgos puede ser debido a que la función familiar es fundamental para una adecuada satisfacción y protección de las necesidades básicas de cada integrante del grupo familiar y más en los adultos mayores en Indonesia(22,32,33). Además, Hernández P, et al, en su estudio realizado en Huaycán – Lima, con una muestra total de 215 pacientes diagnosticados con diabetes, concluyeron que la variable funcionalidad de la familia está asociada significativamente a la adherencia al tratamiento farmacológico ($p = 0.036$), esta semejanza de resultados puede ser ocasionado a que este estudio fue transversal como el nuestro, adicionalmente la relación entre las

variables fue obtenía por medio de la prueba de chi cuadrado (34). En contraste con nuestra investigación, en el estudio realizado por Rangel M, en Juárez – México, con una muestra total de 317 personas, concluyo que la disfunción familiar y la adherencia al tratamiento no presenta asociación significativa ($p=0.121$), esta diferencia de resultados podría deberse a que las personas estudiadas tenían un rango de edad de entre 20 a 60 años, se sabe que los jóvenes en general tienen una mayor capacidad de adaptarse ante circunstancias difíciles y también cuentan con una red de apoyo más grande que incluye amigos, compañeros de estudio o trabajo (35,36).

En base a la tabla 4, al determinar si la disfunción familiar es un factor asociado a la adherencia al tratamiento antihipertensivo ajustado por las principales variables intervinientes, en nuestro estudio se encontró que ninguna de las variables intervinientes planteadas, tiene relación significativa con la adherencia al tratamiento, quedando solo la variable de disfunción familiar como la única que se asocia significativamente con la adherencia terapéutica. En contraste con nuestra investigación, el estudio realizado por Woodham N, et al, en Buengkan – Tailandia, con una muestra total de 408 adultos mayores, concluyo que la variable interviniente “tener hija cuidadora” tiene asociación significativa con la adherencia terapéutica antihipertensiva ($p=0.029$), esta diferencia en resultados podría ser ocasionada por que en Tailandia es bastante común que los padres adultos mayores vivan al lado de sus hijos, particularmente con las hijas, se ha descrito que las mujeres tienen mayor afinidad hacia los cuidados y vigilancia (20,37). Por otro lado, en el estudio realizado por Olaniran G, et al, en Lagos – Nigeria, con una muestra total de 293 sujetos a investigar, concluyo que las variantes intervinientes como el sexo masculino ($p=0.046$), vivir con los nietos ($p=<0.001$) y tener adicionales fuentes de ingresos ($p=0.026$), tienen una asociación significativa con la adherencia terapéutica a los antihipertensivos, esta divergencia en resultados podría ser ocasionada por que el género femenino en general está más dedicado a las labores de casa, impidiendo así una buena adherencia terapéutica, asimismo al estar los nietos en la mis casa ayudan recordando los horarios y medicamentos que deben de tomar

los adultos mayores, la fuente de ingreso es fundamental para adquirir los medicamentos, debido a que en los países en vías de desarrollo los sistemas de salud no cuentan con adecuada solvencia (21).

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, podemos manifestar que, al momento de la entrevista directa se presentó cierta dificultad al momento de comunicarnos ya que varios pacientes adultos mayores padecían de disminución de la agudeza auditiva. Asimismo, se pudo observar cierta interferencia de las normas sociales en las respuestas de los cuestionarios planteados. Además, nuestro estudio al ser de corte transversal no puede determinar la causa de las variables principales, a su vez no se puede investigar los cambios a lo largo del paso del tiempo (38,39,40).

VI. CONCLUSIONES

1. La frecuencia de disfunción familiar en usuarios adultos mayores con adherencia al tratamiento de hipertensión arterial primaria fue de 34.3%.
2. La frecuencia de disfunción familiar en usuarios adultos mayores sin adherencia al tratamiento de hipertensión arterial primaria fue de 70.6%.
3. La disfunción familiar si es factor asociado a la adherencia al tratamiento de hipertensión arterial primaria en usuarios adultos mayores atendidos en un Hospital nivel II.
4. La disfunción familiar se asocia de forma independiente a la adherencia al tratamiento antihipertensivo, sin asociación significativa de otras variables intervinientes.

VII. RECOMENDACIONES

Se recomienda al Hospital nivel II, la aplicación de programas por parte del servicio de Psicología, que favorezcan a mejorar la funcionalidad familiar en pacientes adultos mayores hipertensos, sin adherencia al tratamiento, con asistencia de terapias e instrucción de las familias. Asimismo, poner énfasis en cuanto a los tamizajes de salud mental del adulto mayor y descartar oportunamente la disfunción familiar.

Se recomienda a los adultos mayores diagnosticados con hipertensión arterial primaria, que busquen ayuda especializada, si sienten que no son apoyados por sus familias o existan problemas intrafamiliares como son las adicciones y violencia, para que puedan recibir apoyo. Del mismo modo deben de informarse acerca de las complicaciones de la hipertensión arterial ante una “no adherencia terapéutica”, para tomar conciencia.

Sería recomendable que los futuros investigadores realicen estudios con un corte longitudinal, para evaluar el efecto de una intervención en la disfunción familiar en aquellos pacientes adultos mayores que no cuentan con una adecuada adherencia al tratamiento antihipertensivo. Asimismo, poder realizar investigaciones como los ensayos clínicos aleatorizados y de cohortes para establecer una relación causal de las variables.

REFERENCIAS

1. Burnier M, Egan BM. Adherence in hypertension. *Circ Res.* 2020; 124:1124–40. 10.1161.
2. Pages N, Tuneu L, Masip M, Valls P, Puig T, Mangues MA. Determinants of medication adherence among chronic patients from an urban area: a cross-sectional study. *Eur J Public Health.* 2020; 29:419–24.
3. Burnier M, Polychronopoulou E, Wuerzner G. Hypertension and Drug Adherence in the Elderly. *Front Cardiovasc Med.* 2020 Apr 7;7:49.
4. Bandi P, Goldmann E, Parikh NS, Farsi P, Boden-Albala B. Age-Related Differences In Antihypertensive Medication Adherence In Hispanics: A Cross-Sectional Community-Based Survey in New York City, 2011–2012. *Prev Chronic Dis.* 2019; 14:E57. 10.5888.
5. Velasquez A. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en un hospital del seguro social de Chiclayo durante el período de emergencia sanitaria por COVID-19. *Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet].* 4 de junio de 2022 ; 15 (1) .
6. Rocha V. Social support and family functioning: a cross-sectional study of older people in the context of COVID-19. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2022;25(6):e220129
7. Gao F, Zhou L, Gao Y, Zhang Y, Zuo A, Zhang X. Effects of physical and mental health factors and family function on the self-perception of aging in the elderly of Chinese community. *Brain Behav.* 2022 Sep;12(9):e2528.
8. Condezo Y. Relación entre funcionalidad familiar y calidad de vida en el adulto mayor del Centro de Salud de Chilca – 2022. Universidad Continental. TESIS. 2022.
9. Kalehoff J. The story of the silent killer. *Curr. Hypertens. Rep.* 2020; 22: 1–14.
10. Kim S. Impact of number of medications and age on adherence to antihypertensive medications: A nationwide population-based study. *Medicine* 2019; 98: e17825.
11. Lee S. Development and validation of the Korean version of the medication regimen complexity index. *PLoS ONE* 2019; 14: 0216805

12. Burnier M. Hypertension and drug adherence in the elderly. *Front. Cardiovasc. Med.* 2020; 7: 49.
13. Lee S. A Study on Types of Medication Adherence in Hypertension among Older Patients and Influencing Factors. *Healthcare* 2022; 10: 2322
14. Campos ACV, Rezende GP, Ferreira E, Vargas AMD, Gonçalves LHT. Family functioning of Brazilian elderly people living in community. *Acta Paul Enferm. [Internet].* 2019; 30(4):358-67.
15. Yang X, Wang F, Zhang X, Xing F. Impact of family care and social support on health promotion behavior among older residents. *Chin J Public Health.* 2019; 34(09):1266– 1269.
16. Zheng X, Xue Y, Dong F, Shi L, Xiao S, Zhang J, et al. The association between health-promotinglifestyles, and socioeconomic, family relationships, social support, health-related quality of life among older adults in china: a cross sectional study. *Health Qual Life Outcomes.* 2022; 20(1):64.
17. Ferreira YCF, Santos LF, de Brito TRP, Rezende FAC, Neto LSS, Osório NB, Nunes DP. Funcionalidade familiar e sua relação com fatores biopsicossociais. *Humanidades & Inovação.* 2019; 6(11), 158-166.
18. Hernández Rodríguez José. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica [Internet].* 2020 Sep [citado 2024 Mar 18] ; 24(3): 578-594. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578&lng=es. Epub 01-Jul-2020.
19. Melita S. Family support and medication nonadherence among elderly on antihypertensives *Indian Journal of Public Health Research and Development* 2019; 10(4):294-298.
20. Woodham N. Medication adherence and associated factors among elderly hypertension patients with uncontrolled blood pressure in rural area, Northeast Thailand", *Journal of Health Research* 2019; 32: 6; 449-458.
21. Olaniran G. Medication Adherence and Perceived Family Support Among Elderly Patients with Hypertension Attending a Specialty Clinic in Lagos, Nigeria. *Annals of Health Research*CC BY-NCVolume 2022; 9: 1: 30-42.

22. Dinda N. Family Support Increases the Hypertension Medication Adherence in the elderly at Public Health Center of Simpang Tiga Pekanbaru. *Science Midwifery* 2022; 10: 5.
23. Gualotuña C. identificación del porcentaje de pacientes adultos mayores con mala adherencia al tratamiento antihipertensivo y los factores asociados en la consulta externa de medicina interna de un hospital público de la ciudad de quito en el primer semestre del 2018". UPCE. Tesis. 2019.
24. Rivero J. Soporte familiar y adherencia al tratamiento antihipertensivo en personas inscritas en un programa de control de hipertensión arterial. Córdoba, 2021. UNC. TESIS. 2021.
25. Becerra P, Villegas G. Funcionalidad familiar en la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica en primer nivel de atención. *Rev CONAMED*. 2021;26(2):57-67.
26. Bastidas F. Funcionalidad familiar y adherencia terapéutica en adultos mayores Centro de Salud Mazan-Loreto 2022. UCV. 2022. Tesis.
27. Kleinbaum D. Estadística en ciencias de la salud: análisis de supervivencia. Nueva York: Editorial Springer-Verlag; 2013; p78.
28. Hernandez J. Validación transcultural del cuestionario morisky mmas-8, en población española de pacientes hipertensos. Universidad Miguel Fernandez Eche. Tesis. 2018.
29. Mayorga C. Propiedades psicométricas de la escala APGAR-familiar en personas mayores residentes en zonas rurales multiétnicas chilenas. *Revista médica de Chile* 2019; 147(10): 1283-1290
30. Malik A. La Declaración revisada de Helsinki: ¿cambio cosmético o real? *Revista de la Real Sociedad de Medicina* 2018; 109 (5): 184-189.
31. Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S. N° 007-98-SA.
32. Puspitawati H, et al. Family Support and Elderly Well-being in Indonesia: A Gender Perspective. *J Fam Stud*. 2021;27(2):193-209.
33. Hadiyanti NS, et al. The Role of Family in Fulfilling the Basic Needs of the Elderly in Rural Indonesia. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(7):4035.

34. Hernández P, Cordori J, Basurto P. Frecuencia y asociación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos. Rev Cubana Med Milit [Internet]. 2023 [citado 14 Abr 2024];52(1). Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2437>
35. Rangel M. Asociación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento médico antihipertensivo en los pacientes de la UMF 48 de Ciudad Juárez, Chihuahua. UACJ. TESIS. 2022
36. Estrada E. (2020). Emotional intelligence and resilience in adolescents of a public educational institution in Puerto Maldonado. Rev Ciencia y Desarrollo 23(3):27
37. Dakduk S. Envejecer en casa: el rol de la mujer como cuidadora de familiares mayores dependientes. Rev Venezolana de Estudios de la Mujer, 15(35), 73-90.
38. Cvetkovic A, Maguiña J, Soto A. Estudios transversales. Rev. Fac. Med. Hum. Enero 2021; 21(1):164-170. DOI 10.25176/RFMH.v21i1.3069
39. Arias J, Holgado J, Tafur T. Metodología de la investigación: El método ARIAS para realizar un proyecto de tesis. Editado Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Puno – Perú. Disponible en: https://repositorio.concytec.gob.pe/bitstream/20.500.12390/3109/1/2022_Metodologia_de_la_investigacion_El_metodo_%20ARIAS.pdf
40. Romero R, Mayta D, Ancaya M. Método de investigación científica: Diseño de proyectos y elaboración de protocolos en las Ciencias. EIP [Internet]. 7 de enero de 2024 [citado 12 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://idicap.com/ojs/index.php/editorialeip/article/view/285>

ANEXOS

ANEXO 1:

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE
INDEPENDIENTE Disfunción familiar	Se valorará a través del Cuestionario de Apgar Familiar; a través del cual se considerará disfunción familiar cuando el puntaje sea ≤ 16 pts y NO disfunción familiar ≥ 17 pts.	Cuestionario	Si / No	Cualitativo Nominal
DEPENDIENTE Adherencia Terapéutica	Se valorará a través del Cuestionario de Adherencia Medica de Morisky de 8 ítems; a través del cual se considerará no adherencia a puntajes menores a 8	Cuestionario	Adherencia/ No adherencia	Cualitativo Nominal
INTERVINIENTE Edad	Es una palabra que nos permite hacer mención del tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser humano.	Tiempo vivido	a) 60 a 69 años b) 70 a 79 años c) 80 a 89 años	Cualitativo Nominal
INTERVINIENTE Sexo	Condición orgánica que diferencia a los varones de las mujeres	Genero	Varón/ Mujer	Cualitativo Nominal
INTERVINIENTE Polifarmacia	La polifarmacia se define como el uso diario de 5 medicamentos a más.	Cuestionario	Polifarmacia Si / No	Cualitativo Nominal
INTERVINIENTE Comorbilidad	Es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en un mismo ser humano	Cuestionario	a) DM tipo 2 b) Dislipidemia c) Enfermedad tiroidea	Cualitativo Nominal

ANEXO 2:

Disfunción familiar y adherencia al tratamiento de hipertensión arterial primaria en pacientes adultos mayores atendidos en un Hospital nivel II

PROTOCOLO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Me presento soy Ulises Victor Hugo Centeno Parari, estudiante de medicina con N° de celular 930266602, DNI 71819334. Lo saludo muy cordialmente, y le informo que nos encontramos realizando una encuesta para un trabajo de investigación titulado Disfunción familiar y adherencia al tratamiento de hipertensión arterial primaria en pacientes adultos mayores atendidos en un Hospital nivel II, que tiene por objetivo Determinar si la disfunción familiar es factor asociado a la adherencia al tratamiento de hipertensión arterial primaria en pacientes adultos mayores atendidos en un Hospital nivel II. La investigación se realiza sin fines de lucro, sin brindar remuneración por su participación en el llenado de la encuesta que posteriormente se le presentará. Su participación será **CONFIDENCIAL**, ayudándonos a mejorar la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial. En caso de estar de acuerdo marque la opción "acepto", firme y pase a responder las siguientes preguntas.

ACEPTO () NO ACEPTO ()

Firma

Fecha: __/__/__

Lugar: _____

2. DASTOS GENERALES:

Fecha..... N°.....

Edad: _____

Sexo: Masculino () Femenino ()

Comorbilidad: Si () No () : _____

Polifarmacia : Si () No ()

3. CUESTIONARIOS

CUESTIONARIO DE APGAR FAMILIAR

- a. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.

Nunca () (0 pts) Casi Nunca () (1 pts) Algunas veces () (2 pts)

Casi siempre () (3 pts) Siempre () (4 pts)

- b. Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite.

Nunca () (0 pts) Casi Nunca () (1 pts) Algunas veces () (2 pts)

Casi siempre () (3 pts) Siempre () (4 pts)

- c. Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.

Nunca () (0 pts) Casi Nunca () (1 pts) Algunas veces () (2 pts)

Casi siempre () (3 pts) Siempre () (4 pts)

- d. Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.

Nunca () (0 pts) Casi Nunca () (1 pts) Algunas veces () (2 pts)

Casi siempre () (3 pts) Siempre () (4 pts)

- e. Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos; b) los espacios de la casa; c) el dinero.

Nunca () (0 pts) Casi Nunca () (1 pts) Algunas veces () (2 pts)

Casi siempre () (3 pts) Siempre () (4 pts)

PUNTAJE TOTAL= _____

Disfunción familiar ≤ 16 puntos / ≥ 17 puntos No Disfunción familiar

CUESTIONARIO DE ADHERENCIA MEDICA DE MORISKY

- i. ¿A veces se olvida de tomar su(s) medicamento(s)?
Si () = 0 No () = 1
- ii. La gente a veces omite tomar su(s) medicamento(s) por razones diferentes al olvido. Recordando las últimas 2 semanas, ¿hubo algún día que no tomó su(s) medicamento(s)?
Si () = 0 No () = 1
- iii. ¿Alguna vez ha reducido o dejado de tomar su(s) medicamento(s) sin consultar antes con su médico, ya que se sintió peor cuando lo tomaba?
Si () = 0 No () = 1
- iv. Cuando viaja o sale de casa, ¿a veces se olvida de llevar su(s) medicina(s)?
Si () = 0 No () = 1
- v. Ayer, ¿tomó todos los medicamentos?
Si () = 1 No () = 0
- vi. Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿a veces deja de tomar su(s) medicamento(s)?
Si () = 0 No () = 1
- vii. Tomar medicamentos todos los días es un verdadero inconveniente para algunas personas. ¿Alguna vez se siente presionado(a) a cumplir con su plan de tratamiento?
Si () = 0 No () = 1
- viii. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para acordarse de tomar todos sus medicamentos?
 - A. Nunca / casi nunca = 1 ()
 - B. Rara vez = 0.75 ()
 - C. Algunas veces = 0.5 ()
 - D. Habitualmente = 0.25 ()
 - E. Siempre = 0 ()

PUNTAJE TOTAL=_____

Adherencia terapéutica = 8 puntos / No adherencia < 8 puntos.

ANEXO N 3: The 8-ítem Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8)



N° ítem	Ítem
1	¿A veces se olvida de tomar su(s) medicamento(s)? Si = 0, No = 1
2	La gente a veces omite tomar su(s) medicamento(s) por razones diferentes al olvido. Recordando las últimas 2 semanas, ¿hubo algún día que no tomó su(s) medicamento(s)? Si = 0, No = 1
3	¿Alguna vez ha reducido o dejado de tomar su(s) medicamento(s) sin consultar antes con su médico, ya que se sintió peor cuando lo tomaba? Si = 0, No = 1
4	Cuando viaja o sale de casa, ¿a veces se olvida de llevar su(s) medicina(s)? Si = 0, No = 1
5	Ayer, ¿tomó todos los medicamentos? Si = 1, No = 0
6	Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿a veces deja de tomar su(s) medicamento(s)? Si = 0, No = 1
7	Tomar medicamentos todos los días es un verdadero inconveniente para algunas personas. ¿Alguna vez se siente presionado(a) a cumplir con su plan de tratamiento? Si = 0, No = 1
8	¿Con qué frecuencia tiene dificultad para acordarse de tomar todos sus medicamentos? Respuestas: A. Nunca / casi nunca = 1 B. Rara vez = 0.75 C. Algunas veces = 0.5 D. Habitualmente = 0.25 E. Siempre = 0

Adherencia terapéutica = 8 puntos.

No adherencia < 8 puntos.

ANEXO 4: Cuestionario Apgar Familiar

FUNCIÓN	Nunca (0 puntos)	Casi Nunca (1 puntos)	Algunas veces (2 puntos)	Casi siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos; b) los espacios de la casa; c) el dinero.					

Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo con la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi un nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre

ANEXO 5: Constancia de autorización



"AÑO DE LA UNIDAD PAZ Y EL DESARROLLO"

CONSTANCIA

AUTORIZACION PARA LA PARA APLICACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION

EL DIRECTOR EJECUTIVO DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD TRUJILLO Y LA JEFE DE LA UNIDAD DE DESARROLLO INNOVACION E INVESTIGACION QUE SUSCRIBEN:

HACEN CONSTAR

Qué; mediante hoja de tramite N° 03879-2024, el Sr. ULISES VICTOR HUGO CENTENO PARARI con DNI N° 71819334; estudiante del Programa Académico de Medicina de la Universidad Cesar Vallejo; solicita autorización para aplicar proyecto de investigación titulado "DISFUNCION FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HIPERTENSION ARTERIAL PRIMARIA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL NIVEL II"; En amparo de la Resolución Directoral N° 0065-2023—UCV-VA-P23-S/DE. El Comité de Investigación de la Red Trujillo ha **APROBADO** y **AUTORIZADO** su ejecución en el Hospital de Especialidades Básicas La Noria de la jurisdicción de la Red de Salud Trujillo.

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado para fines académicos; con el compromiso de la Directora del Hospital, brindar las facilidades para la ejecución del proyecto de investigación; el investigador aplicar el proyecto con las exigencias éticas y consentimiento informado. Y; alcanzar protocolo e Informe de los resultados de la investigación, al correo electrónico udiirreddesaludtrujillo@gmail.com

LA PRESENTE CONSTANCIA NO ES VALIDA PARA TRAMITES JUDICIALES CONTRA EL ESTADO "

TRUJILLO, 15 DE MARZO 2024



REGION LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
UTES N° 6 - TRUJILLO ESTE
Mg Betty Davalos Alvarado
DIRECTORA EJECUTIVA UNIDAD DE DESARROLLO INNOVACION E INVESTIGACION



"Justicia por la Prosperidad"

Esquina de las Turquesas N° 390 y las Gemas N° 380 - Urb. Santa Inés, teléfonos:- Telefax: 293955 (Administración)

Pag. Webb: www.utes6trujillo.com.pe



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, CASTILLO CASTILLO JUAN LORGIO, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Disfunción familiar y adherencia al tratamiento de hipertensión arterial primaria en pacientes adultos mayores atendidos en un Hospital nivel II", cuyo autor es CENTENO PARARI ULISES VICTOR HUGO, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 14.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 15 de Mayo del 2024

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
CASTILLO CASTILLO JUAN LORGIO DNI: 18184825 ORCID: 0000-0001-9432-8872	Firmado electrónicamente por: JCASTILLOCA3 el 15-05-2024 22:32:36

Código documento Trilce: TRI - 0749929