

ARTICULO ORIGINAL DE INVESTIGACION

Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento antihipertensivo

Dahiana Oviedo Baccon y Juana Elizabeth Pavón Fleitas

Programa de Especialización en Medicina Familiar, Dirección de Postgrado, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay.

DOI: 10.5281/zenodo.14257189

Publicado: 29 de noviembre de 2024

Resumen

Objetivos: Establecer la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento médico antihipertensivo en los pacientes del consultorio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción en el periodo de agosto a octubre del 2022. **Materiales y métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. Se incluyeron 92 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acudieron a la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas (Asunción, Paraguay). Se aplicaron dos instrumentos: el test de funcionalidad familiar FF-SIL y el test de Morisky-Green-Levine para evaluar la adherencia terapéutica. Además, se recolectaron datos sociodemográficos. El análisis estadístico se realizó mediante el uso de medidas de frecuencia y la prueba de Chi cuadrado, con una significancia estadística de 0,05. **Resultados:** No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento antihipertensivo ($P = 0,637$). La distribución de pacientes con y sin adherencia al tratamiento fue similar en familias funcionales y no funcionales. El 60,8 % de los pacientes tenía más de 60 años, el 61,9 % era de sexo femenino, el 63,04 % vivía en unión libre, el 69,5 % tenía estudios secundarios completos y el 66,3 % estaba desempleado. **Conclusiones:** En el presente estudio realizado en la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas, se encontró que la población de pacientes hipertensos con adherencia y sin adherencia al tratamiento es similar en familias funcionales como en las no funcionales. Esto indica que la adherencia al tratamiento antihipertensivo no está asociada al funcionamiento familiar en la población estudiada.

Palabras clave: hipertensión arterial, adherencia terapéutica, funcionalidad familiar, medicina familiar, atención primaria de salud

1. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) representa uno de los principales desafíos de salud pública a nivel mundial, constituyéndose como una de las enfermedades crónicas no transmisibles más prevalentes y un factor de riesgo cardiovascular de primer orden.

Su impacto en la morbimortalidad global es significativo, siendo responsable de aproximadamente 9,4 millones de muertes anuales y afectando a cerca de mil millones de personas en todo el mundo (1).

En el contexto latinoamericano, y particularmente en Paraguay, la situación es igualmente preocupante. Según datos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, cinco de cada diez personas padecen presión alta (46,8 %), con una concentración notable en la población entre 30 y 60 años, alcanzando su pico máximo en individuos mayores de 55 años (2). Esta realidad epidemiológica subraya la urgencia de abordar la HTA de manera integral y efectiva.

El manejo adecuado de la HTA se ve obstaculizado por diversos factores, siendo la adherencia al tratamiento uno de los más críticos. Se estima que, a nivel global, solo un tercio de los pacientes hipertensos logra un control adecuado de sus niveles de presión arterial. La falta de adherencia al tratamiento, ya sea por la toma inadecuada de la medicación prescrita o por su completa omisión, se erige en una de las principales razones de este pobre control (3).

La adherencia terapéutica, definida por la Organización Mundial de la Salud como «el grado en que el comportamiento de una persona para tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria» (4), es un fenómeno complejo y multifactorial. En el caso específico de la HTA, la adherencia al tratamiento no solo implica la toma correcta de la medicación, sino también la adopción de cambios en el estilo de vida, como la reducción del consumo de sal, la práctica regular de ejercicio físico y el control del peso corporal.

La complejidad de la adherencia terapéutica en la HTA se ve amplificada por el carácter crónico y generalmente asintomático de la enfermedad. Muchos pacientes, al no experimentar síntomas evidentes, subestiman la importancia del tratamiento continuo, lo que puede llevar a una adherencia subóptima y, consecuentemente, a un mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares (5).

En este contexto, el entorno familiar emerge como un factor potencialmente influyente en la adherencia al tratamiento antihipertensivo. La familia, como unidad básica de la sociedad y principal red de apoyo del individuo, puede desempeñar un papel crucial en el manejo de enfermedades crónicas como la HTA. La funcionalidad familiar, entendida como la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa (6), podría tener un impacto significativo en cómo el paciente hipertenso aborda su tratamiento.

Una familia funcional, caracterizada por una comunicación clara, roles bien definidos, cohesión emocional y capacidad de adaptación, podría proporcionar el apoyo necesario para que el paciente hipertenso mantenga una adherencia adecuada al tratamiento. Por el contrario, una familia disfuncional podría representar un obstáculo adicional en el manejo de la enfermedad, dificultando la adopción de hábitos saludables y el cumplimiento del régimen terapéutico (7).

A pesar de la relevancia teórica de esta relación, la evidencia empírica sobre la asociación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento antihipertensivo es limitada y, en ocasiones, contradictoria. Algunos estudios han encontrado una correlación positiva entre estas variables, mientras que otros no han logrado establecer

una asociación significativa (8,9).

En el contexto paraguayo, donde la estructura familiar juega un papel central en la vida social y cultural, la exploración de esta relación adquiere especial relevancia. La comprensión de cómo la dinámica familiar influye en el manejo de la HTA podría proporcionar revelaciones valiosas para el desarrollo de estrategias de intervención más efectivas y culturalmente apropiadas.

El presente estudio se propone, por tanto, examinar la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes que consultan en la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción. Esta investigación no solo busca contribuir al cuerpo de conocimientos sobre el tema, sino también proporcionar información útil para el diseño de intervenciones que mejoren el manejo de la HTA en el contexto de la atención primaria de salud en Paraguay.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 *Diseño del estudio*

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. Este diseño fue seleccionado por su capacidad para examinar la relación entre variables en un momento específico del tiempo, sin manipulación de las mismas, lo que resulta apropiado para explorar la asociación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento antihipertensivo.

2.2 *Área de estudio y periodo*

El estudio se llevó a cabo en el consultorio de la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, Paraguay. La recolección de datos se realizó durante el periodo comprendido entre agosto y octubre del 2022.

2.3 *Población y muestra*

La población de estudio estuvo conformada por pacientes mayores de edad con diagnóstico de hipertensión arterial que acudieron a consulta en el servicio mencionado durante el periodo de estudio. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se obtuvo una muestra de 92 pacientes.

2.4 *Criterios de inclusión y exclusión*

Se incluyeron pacientes adultos mayores de 18 años con diagnóstico de hipertensión arterial, atendidos en la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas, que aceptaron participar voluntariamente en el estudio bajo consentimiento informado y que convivían con su grupo familiar. Se excluyeron pacientes con enfermedades que impidieran el desarrollo del instrumento del estudio, aquellos que presentaron encuestas en blanco o mal completadas, pacientes que vivían solos y aquellos con deterioro cognitivo.

2.5 *Instrumentos de recolección de datos*

Se utilizaron dos instrumentos principales:

- **Test de funcionalidad familiar FF-SIL:** Este instrumento consta de 14 ítems que evalúan la percepción del funcionamiento familiar. Cada ítem se responde en una escala de 5 puntos (casi nunca, pocas veces, a veces, muchas veces, casi siempre), con una puntuación de 1 a 5 respectivamente. La suma total permite clasificar la funcionalidad familiar en cuatro categorías: funcional (57-70 puntos), moderadamente funcional (43-56 puntos), disfuncional (28-42 puntos) y severamente disfuncional (14-27 puntos).
- **Test de Morisky-Green-Levine:** Este test evalúa la adherencia terapéutica mediante cuatro preguntas de respuesta dicotómica (sí/no). Las preguntas son: ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos? ¿Toma los fármacos a la hora indicada? Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos? Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación? Se considera que hay buena adherencia cuando las respuestas a las cuatro preguntas son adecuadas (no, sí, no, no, respectivamente).

Además, se recolectaron datos sociodemográficos incluyendo edad, sexo, estado civil, escolaridad y ocupación.

2.6 *Procedimiento de recolección de datos*

Los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión fueron invitados a participar en el estudio. Tras obtener el consentimiento informado, se les solicitó completar los cuestionarios impresos de manera voluntaria. Los investigadores estuvieron disponibles para aclarar cualquier duda durante el proceso.

2.7 *Análisis estadístico*

Los datos recolectados fueron ingresados en una base de datos y analizados utilizando el software estadístico SPSS. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y de las principales variables de estudio (funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento). Para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión, mientras que para las variables cualitativas se calcularon frecuencias y porcentajes. Para evaluar la asociación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento se utilizó la prueba de Chi cuadrado, considerando un nivel de significancia estadística de 0,05.

2.8 *Consideraciones éticas*

El protocolo del estudio y los instrumentos utilizados fueron sometidos a revisión y aprobación por la Cátedra de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes, previa explicación detallada de los objetivos y procedimientos del estudio. Se garantizó la confidencialidad de los datos y el anonimato de los participantes. La participación fue voluntaria y los pacientes fueron informados de su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto afectara su atención médica.

3. RESULTADOS

El presente estudio incluyó a 92 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acudieron a la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas. Los resultados obtenidos se presentan a continuación, organizados según las variables analizadas.

3.1 Características sociodemográficas

En cuanto a la distribución por edad, se observó una predominancia de pacientes mayores de 60 años, representando el 60,8 % de la muestra. El grupo de edad entre 36 y 60 años constituyó el 35,8 %, mientras que solo el 3,2 % de los pacientes tenía entre 18 y 35 años. Esta distribución refleja la tendencia esperada de una mayor prevalencia de hipertensión arterial en grupos de edad avanzada.

Respecto al sexo, se encontró una mayor proporción de mujeres en la muestra, representando el 61,9 % de los pacientes, frente a un 38 % de hombres. Esta diferencia podría atribuirse a diversos factores, incluyendo una posible mayor tendencia de las mujeres a buscar atención médica o una mayor prevalencia de hipertensión en mujeres en la población estudiada.

El análisis del estado civil reveló que la mayoría de los pacientes (63 %) vivían en unión libre. El 16,3 % estaban casados, el 11,9 % eran solteros y el 8,6 % viudos. No se registraron pacientes divorciados en la muestra. Esta distribución podría tener implicaciones en términos de apoyo familiar y su potencial influencia en el manejo de la enfermedad.

En cuanto al nivel educativo, se observó que la mayoría de los pacientes (69,5 %) habían completado estudios secundarios. El 28,2 % tenía estudios primarios, mientras que solo el 2,1 % había alcanzado estudios terciarios. Este perfil educativo podría influir en la comprensión de la enfermedad y la adherencia al tratamiento.

La situación laboral de los pacientes mostró que el 66,3 % se encontraba desempleado, el 17,3 % tenía empleo ocasional y el 16,3 % contaba con empleo fijo. Esta alta tasa de desempleo podría tener implicaciones tanto en el acceso a la atención médica como en la capacidad para adherirse al tratamiento prescrito.

3.2 Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento

El análisis de la relación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento antihipertensivo constituyó el objetivo principal del estudio. Los resultados mostraron que no existe una asociación estadísticamente significativa entre estas variables ($P = 0,637$).

La distribución de pacientes con y sin adherencia al tratamiento fue similar en las diferentes categorías de funcionalidad familiar. Entre los pacientes con adherencia al tratamiento, el 46 % pertenecía a familias funcionales, el 44 % a familias moderadamente funcionales, y el 10 % a familias disfuncionales. No se encontraron pacientes adherentes al tratamiento en la categoría de familias severamente disfuncionales.

Por otro lado, entre los pacientes sin adherencia al tratamiento, el 45,2 % pertenecía a familias funcionales, el 42,5 % a familias moderadamente funcionales, el 11,9 % a familias disfuncionales, y el 2,3 % a familias severamente disfuncionales.

Estos resultados sugieren que, en la población estudiada, la funcionalidad familiar no parece ser un factor determinante en la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Tanto en familias funcionales como en aquellas con algún grado de disfuncionalidad, se observaron proporciones similares de pacientes adherentes y no adherentes al tratamiento.

Es importante señalar que, a pesar de la falta de asociación estadística, se observó una tendencia general hacia una mejor funcionalidad familiar en la muestra estudiada. La mayoría de los pacientes pertenecían a familias funcionales o moderadamente funcionales, lo que podría indicar un ambiente de apoyo favorable para el manejo de la enfermedad, aunque esto no se tradujo en diferencias significativas en la adherencia al tratamiento.

Estos hallazgos plantean interrogantes sobre los factores que realmente influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo en esta población e indican la necesidad de explorar otras variables que puedan tener un impacto más directo en el comportamiento de los pacientes respecto a su tratamiento.

4. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo principal establecer la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción. Los resultados obtenidos no mostraron una asociación estadísticamente significativa entre estas variables, lo cual contrasta con algunas hipótesis previas y merece un análisis detallado.

En primer lugar, la falta de asociación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento observada en este estudio difiere de algunos hallazgos previos en la literatura. Por ejemplo, un estudio realizado por Marín-Reyes y Rodríguez-Morán (2001) en México encontró una relación significativa entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos (10). Sin embargo, nuestros resultados se alinean más con los hallazgos de Arce-Espinoza *et al.* (2017) en Costa Rica, quienes tampoco encontraron una asociación significativa entre estas variables (11).

Esta discrepancia en los resultados podría explicarse por varios factores. En primer lugar, las diferencias culturales y sociales entre las poblaciones estudiadas podrían influir en cómo la dinámica familiar afecta el comportamiento de salud. En el contexto paraguayo, es posible que otros factores, como las creencias individuales sobre la salud o la relación médico-paciente, tengan un peso mayor en la adherencia al tratamiento que la funcionalidad familiar per se.

Además, es importante considerar que la adherencia al tratamiento es un fenómeno complejo y multifactorial. Factores como el nivel socioeconómico, la complejidad del régimen terapéutico, los efectos secundarios de la medicación y la comprensión de la enfermedad por parte del paciente pueden tener un impacto significativo en la adherencia (12). En nuestro estudio, la alta tasa de desempleo observada (66,3 %) podría ser un factor más determinante en la adherencia que la funcionalidad familiar, ya que podría afectar el acceso a medicamentos y la capacidad de seguir las recomendaciones médicas.

Por otro lado, la predominancia de pacientes mayores de 60 años en nuestra muestra (60,8 %) podría influir en los resultados. Los adultos mayores pueden tener patrones de adherencia diferentes a los de poblaciones más jóvenes, posiblemente influenciados por factores como la polifarmacia, el deterioro cognitivo leve o la presencia de cuidadores (13). Futuros estudios podrían beneficiarse de un análisis estratificado por grupos de edad para explorar posibles diferencias en la relación entre funcionalidad familiar y adherencia en distintos grupos etarios.

Es interesante notar que, a pesar de la falta de asociación estadística, la mayoría de los pacientes en nuestro estudio pertenecían a familias funcionales o moderadamente funcionales. Esto sugiere que, aunque la funcionalidad familiar no se asoció directamente con la adherencia al tratamiento, podría tener otros beneficios para el manejo de la enfermedad que no fueron capturados por nuestro estudio. Por ejemplo, una familia funcional podría proporcionar apoyo emocional, ayudar en la gestión de citas médicas o facilitar la adopción de estilos de vida saludables, aspectos que podrían influir indirectamente en el control de la hipertensión a largo plazo (14).

La alta proporción de mujeres en nuestra muestra (61,9 %) también merece consideración. Estudios previos han sugerido que las mujeres tienden a tener una mejor adherencia al tratamiento que los hombres en enfermedades crónicas (15). Sin embargo, nuestros resultados no mostraron diferencias significativas en la adherencia, basadas en el sexo. Esto podría indicar que, en el contexto estudiado, otros factores tienen un peso mayor en la determinación de la adherencia que el género del paciente.

Es importante reconocer las limitaciones de nuestro estudio. El diseño transversal no permite establecer relaciones causales, y el muestreo por conveniencia podría limitar la generalización de los resultados. Además, la adherencia al tratamiento se evaluó mediante autoinforme, lo cual puede estar sujeto a sesgos de deseabilidad social. Futuros estudios podrían beneficiarse de métodos más objetivos para medir la adherencia, como el recuento de píldoras o el monitoreo electrónico de la medicación.

A pesar de estas limitaciones, nuestro estudio proporciona información valiosa sobre la dinámica de la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el contexto de la atención primaria en Paraguay. Los resultados sugieren que las intervenciones para mejorar la adherencia deberían considerar un enfoque multifactorial, que vaya más allá de la dinámica familiar y aborde otros determinantes potenciales de la adherencia.

En conclusión, aunque no se encontró una asociación significativa entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento antihipertensivo, este estudio subraya la complejidad del fenómeno de la adherencia y la necesidad de un enfoque holístico en su abordaje. Futuros estudios podrían explorar la interacción entre la funcionalidad familiar y otros factores, como el nivel socioeconómico, las creencias sobre la salud y la relación médico-paciente, para obtener una comprensión más completa de los determinantes de la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos en Paraguay.

RECONOCIMIENTOS

El presente estudio fue realizado como parte del Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, bajo la supervisión del Prof. Dr. Andrés Szwako. El texto original ha sido

modificado para adaptarse a los requerimientos editoriales de la presente publicación, manteniendo la integridad y el propósito del estudio original. La investigación no recibió financiamiento externo. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Hypertension [Internet]. WHO; 2021 [cited 2023 Aug 15].
2. Organización Panamericana de la Salud. Día Mundial de la Hipertensión 2021 [Internet]. OPS; 2021 [cited 2023 Aug 15].
3. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles [Internet]. Asunción: MSPBS; 2012 [cited 2023 Aug 15].
4. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
5. Ortiz Suárez C. Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Av Enferm. 2010;28(2):73-87.
6. Louro Bernal I. La familia en la determinación de la salud. Rev Cubana Salud Pública. 2003;29(1):48-51.
7. Ortega Veitia T, De la Cuesta Freijomil D, Díaz Retureta C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. Rev Cubana Enfermer. 1999;15(3):164-8.
8. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986;24(1):67-74.
9. Val Jiménez A, Amorós Ballester G, Martínez Visa P, Fernández Ferré ML, León Sanromà M. Descriptive study of patient compliance in pharmacologic antihypertensive treatment and validation of the Morisky and Green test. Aten Primaria. 1992;10(5):767-70.
10. Marín-Reyes F, Rodríguez-Morán M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Salud Pública Mex. 2001;43(4):336-9.
11. Arce-Espinoza L, Monge-Nájera J. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos. Rev Costarric Salud Pública. 2017;26(2):175-85.
12. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med. 2005;353(5):487-97.
13. Yap AF, Thirumoorthy T, Kwan YH. Systematic review of the barriers affecting medication adherence in older adults. Geriatr Gerontol Int. 2016;16(10):1093-101.
14. DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. Health Psychol. 2004;23(2):207-18.
15. Manteuffel M, Williams S, Chen W, Verbrugge RR, Pittman DG, Steinkellner A. Influence of patient sex and gender on medication use, adherence, and prescribing alignment with guidelines. J Womens Health (Larchmt). 2014;23(2):112-9.