

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
<http://www.udh.edu.pe>

TESIS

“RELACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO 2018”

Para Optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TESISTA

Bach. HUAMÁN GÓMEZ, Lizbeth

ASESORA

Mg. JARA CLAUDIO, Edith Cristina

HUÁNUCO – PERÚ

2018

ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**RELACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA
ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL REGIONAL
HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO 2018.**



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
<http://www.udh.edu.pe>

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las 5:00 pm horas del día 22 del mes de Noviembre del año dos mil dieciocho, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- | | |
|---|-------------------|
| • Dra. María Clelia Salcedo Zúñiga de Jaime | Presidenta |
| • Lic. Enf. Wilmer Teofanes Espinoza Torres | Secretario |
| • Lic. Enf. Alicia Mercedes Carnero Tineo | Vocal |
| • Mg. Edith Cristina Jara Claudio | (Asesora) |

Nombrados mediante Resolución N°1926-2018-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulo: **“RELACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO 2018”**, presentado por la Bachiller en Enfermería **Srta. Lizbeth HUAMAN GOMEZ**, para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) APROBADA por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 15 y cualitativo de BUENO.

Siendo las 18 horas del día 22 del mes de NOVIEMBRE del año 2018, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


PRESIDENTA


SECRETARIO


VOCAL

DEDICATORIA

A Dios, por fortalecerme cada día con su bendición.

A mis padres, por ser una guía y mostrarme el camino de la superación, por apoyarme en cada instante de forma incondicional.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por su infinita misericordia para conmigo.

A mi familia por brindarme su apoyo, por ser mi fortaleza, mi voz de aliento.

A los docentes de la universidad por quienes he llegado a agrandar mis conocimientos en el campo de la investigación, necesarios para poder desarrollar la tesis.

A la Universidad de Huánuco, casa de estudios que me acogió en la Escuela Profesional de Enfermería, brindándome la oportunidad de ser un profesional de competencia.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	Iv
AGRADECIMIENTOS	v
ÍNDICE GENERAL	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN	xiii

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema	1
1.2. Formulación del problema	7
1.2.1. Problema general	7
1.2.2. Problemas específicos	7
1.3. Objetivo general	8
1.4. Objetivos específicos	8
1.5. Justificación de la investigación	9
1.6. Limitaciones de la investigación	10
1.7. Viabilidad de la investigación	11

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de investigación	12
2.2 Bases teóricas	20
2.2.1. Teoría de la funcionalidad familiar de Friedman	20
2.2.2. Modelo de Creencias en Salud	22
2.2.3. Teoría del autocuidado de Dorothea Orem	23
2.3 Definiciones conceptuales	24

2.3.1. Lineamientos de Política y estrategias para la prevención y control de enfermedades no transmisibles. 2016 – 2020	24
2.3.2. Definición de hipertensión arterial	25
2.3.3. Clasificación de la hipertensión arterial	26
2.3.4. Definición de funcionalidad familiar	27
2.3.5. Tipos de funcionalidad familiar	28
2.3.6. Dimensiones de la funcionalidad familiar	29
2.3.7. Definición de adherencia terapéutica	30
2.3.8. Componentes de la adherencia terapéutica	31
2.3.9. Factores que influyen en la adherencia terapéutica	31
2.3.10. Dimensiones de la adherencia terapéutica	33
2.4 Hipótesis	34
2.5 Variables	35
2.5.1. Variable independiente.	35
2.5.2. Variable dependiente.	35
2.6 Operacionalización de variables	36

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de estudio	38
3.1.1. Enfoque	39
3.1.2. Alcance o nivel	39
3.1.3. Diseño	39
3.2 Población y muestra	40
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	42
3.3.1. Para la recolección de datos	42
3.3.2. Para la presentación de datos.	48
3.3.3. Para el análisis e interpretación de datos	50

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1. Procesamiento de datos.	52
4.2. Contrastación y prueba de hipótesis	66

CAPÍTULO V

5. DISCUSION DE RESULTADOS

5.1. Contrastación de resultados	70
Conclusiones	75
Recomendaciones	77
Referencias Bibliográficas	80
Anexos	88
Instrumentos de recolección de datos	90
Consentimiento informado	94
Constancias de validación	96
Oficio institucional de autorización para ejecución de estudio de investigación	100
Matriz de consistencia	101

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág
Tabla 01. Edad en años de los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.	52
Tabla 02. Género de los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.	53
Tabla 03. Estado civil de los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.	54
Tabla 04. Grado de instrucción de los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.	55
Tabla 05. Situación laboral de los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.	56
Tabla 06. Ingreso económico mensual de los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.	57
Tabla 07. Funcionalidad familiar en la dimensión comunicación familiar de los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.	58
Tabla 08. Funcionalidad familiar en la dimensión cohesión familiar de los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.	59
Tabla 09. Funcionalidad familiar en la dimensión adaptabilidad familiar de los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.	60
Tabla 10. Funcionalidad familiar de los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.	61

Tabla 11.	Adherencia terapéutica en la dimensión control de ingesta de medicamentos y alimentos en los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.	62
Tabla 12.	Adherencia terapéutica en la dimensión seguimiento médico conductual en los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.	63
Tabla 13.	Adherencia terapéutica en la dimensión autoeficacia en el cuidado de salud en los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.	64
Tabla 14.	Adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.	65
Tabla 15.	Relación entre la funcionalidad familiar en la dimensión comunicación familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.	66
Tabla 16.	Relación entre la funcionalidad familiar en la dimensión cohesión familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.	67
Tabla 17.	Relación entre la funcionalidad familiar en la dimensión adaptabilidad familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.	68
Tabla 18.	Relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.	68

RESUMEN

Objetivo general: Determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, analítico, de corte transversal con diseño correlacional en 154 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, utilizando una escala de funcionalidad familiar y de adherencia terapéutica en la recopilación de información; y en el análisis inferencial se utilizó la prueba del Chi Cuadrado de Independencia con un nivel de significancia estadística $p \leq 0,05$. **Resultados:** Respecto a la funcionalidad familiar, 57,1% tuvieron familias funcionales y 42,9% familias disfuncionales. En relación a la adherencia terapéutica, 45,5% presentó adherencia media, 36,4% adherencia alta y 18,1% adherencia baja. Al analizar la relación entre variables, se encontró que la funcionalidad familiar se relacionó significativamente con la adherencia terapéutica de los pacientes en estudio [$X^2 = 46,725$; $p = 0,001$]. Respecto a la evaluación por dimensiones, se identificó que la funcionalidad familiar en las dimensiones comunicación familiar ($p = 0,000$); cohesión familiar ($p = 0,000$) y adaptabilidad familiar ($p = 0,000$) se relacionaron significativamente con la adherencia terapéutica en los pacientes en estudio. **Conclusiones:** La funcionalidad familiar se relaciona con la adherencia terapéutica en los pacientes en estudio, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación.

Palabras clave: *Funcionalidad Familiar, Adherencia Terapéutica, Pacientes con Hipertensión Arterial.*

ABSTRACT

General objective: To determine the relation that exists between the familiar functionality and the therapeutic adherence in the patients with arterial hypertension users of the Regional Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018. **Methods:** A study was realized observacional, prospective, analytical, of transverse court with design correlacional in 154 patients with diagnosis of arterial hypertension, using a scale of familiar functionality and of therapeutic adherence in the summary of information; and in the analysis inferencial there was in use the test of the Chi Cuadrado of Independence with a level of significancia statistics $p \leq 0,05$. **Results:** With regard to the familiar functionality, 57,1 % had functional families and 42,9 % disfunctional families. In relation to the therapeutic adherence, 45,5 % presented aderencia average, 36,4 % high adherence and 18,1 % adherence goes down. On having analyzed the relation between variables, one thought that the familiar functionality related significantly to the therapeutic adherence of the patients in study [$X^2 = 46,725$; $p = 0,001$]. With regard to the evaluation for dimensiones, there was identified that the familiar functionality in the dimensions familiar communication ($p = 0,000$); familiar cohesion ($p = 0,000$) and familiar adaptability ($p = 0,000$) they related significantly to the therapeutic adherence in the patients in study. **Conclusions:** The familiar functionality relates to the therapeutic adherence in the patients in study, the void hypothesis is rejected and the hypothesis of investigation is accepted.

Keywords: *Familiar functionality, Therapeutic Adherence, Patients with Arterial Hypertension.*

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ la hipertensión arterial constituye la patología crónica no transmisible de mayor prevalencia a nivel mundial, y por sus elevadas tasas de morbimortalidad es considerada una enfermedad letal y silenciosa que en raras ocasiones produce síntomas específicos y que trae consecuencias nocivas y mortales para la salud de las personas que la padecen si no es tratada adecuadamente.

En el tratamiento de la hipertensión arterial, la adherencia terapéutica cumple un rol fundamental, pues representa el grado en que el paciente hipertenso cumple con su régimen terapéutico para acceder a una mejor calidad de vida, sin embargo, existen diversos factores que condicionan para que la adherencia terapéutica se realice de manera adecuada².

Uno de estos factores es la funcionalidad familiar, pues en diversos estudios de investigación se ha comprobado que la funcionalidad o disfuncionalidad familiar repercute de manera positiva o negativa para que el paciente con hipertensión arterial cumpla con su tratamiento en forma continua y oportuna³.

Por ello, la investigación titulada “Relación de la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018”; se desarrolla con el propósito y objetivo fundamental de determinar la relación que se establece entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica de los pacientes participantes de la investigación; para que en base a los resultados obtenidos se puedan elaborar, proponer e implementar diversas estrategias de

intervención, desde el enfoque promocional preventivo y de educación en salud, encaminadas a promover la sensibilización, empoderamiento y apoyo familiar para conseguir un alto grado de adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial.

Para cumplir con este propósito, el presente estudio se clasificó en cinco capítulos: el primero comprende la descripción y formulación del problema, objetivo general y específico, justificación, limitaciones y viabilidad de la investigación.

El segundo capítulo comprende el marco teórico, donde se consignan los antecedentes de investigación, las bases teóricas, definiciones conceptuales, y también las hipótesis, variables y su respectiva operacionalización.

El tercer capítulo está compuesto por la metodología de la investigación, donde se considera el tipo de estudio, enfoque nivel de investigación, diseño de estudio, la población y muestra, técnicas e instrumentos, y los procedimientos de recolección, procesamiento y análisis de datos

En el cuarto capítulo se presenta los resultados de la investigación con la contrastación de hipótesis y en el quinto capítulo se presenta la discusión de los resultados. Posteriormente se presentan las conclusiones y las recomendaciones; referencias bibliográficas y anexos.

La autora

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema

En la actualidad la hipertensión arterial es considerada un problema de salud pública a nivel mundial, por sus elevadas tasas de prevalencia, y cuya incidencia de casos continua incrementándose de manera alarmante en los países desarrollados y subdesarrollados, constituyéndose en una de las principales causas de morbimortalidad en todo el mundo⁴.

Según la OMS⁵, la prevalencia de la hipertensión arterial a nivel mundial fluctúa entre el 35% y 40%, estimando que una de cada cinco personas adultas tiene la presión arterial elevada y que cada año fallecen más de 9,4 millones de personas debido a complicaciones propias de la hipertensión arterial.

En América Latina, según reportes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁶ publicados en el año 2017, establecen que la prevalencia de hipertensión arterial fluctúa entre el 20% y el 25%, estimando que una de cada tres personas presenta hipertensión, y que anualmente fallecen más de 800 mil personas por esta patología, de los cuales el 75% de muertes se producen en países en vías de desarrollo.

En el Perú según datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)⁷ del año 2017, reportaron que la

prevalencia de hipertensión arterial fue 18,6% en la población peruana, estimando que una de cada cuatro peruanos presenta esta enfermedad, y que más de 4 millones de personas fueron diagnosticados a nivel nacional, siendo Lima (22,4%) y Tacna (20,3%) los departamentos que presentaron mayores porcentajes de prevalencia de hipertensión arterial.

En Huánuco, según reportes de la Dirección Regional de Salud⁸, en el 2017 la hipertensión arterial presentó una prevalencia del 10,2% en la población adulta, ocupando la séptima causa de mortalidad general, cuya incidencia de casos ha ido incrementándose en los últimos años, pasando 2397 casos en el 2011 a 5789 casos en el 2016, estimándose que para los próximos años, esta cifra será aún mayor.

Estos datos estadísticos demuestran que la hipertensión arterial se está incrementándose de manera alarmante, siendo considerada una enfermedad de origen multifactorial, influenciada por la presencia de factores de riesgo como la herencia, los estilos de vida no saludables y las comorbilidades asociadas que condicionan para que esta patología tenga elevada prevalencia en la actualidad⁹.

Las consecuencias de la hipertensión arterial se manifiestan en el impacto que causa en la calidad de vida de las personas que la padecen, debido a complicaciones como las cardiopatías, insuficiencia renal, accidentes cerebrovasculares e infartos agudos de miocardio, la mayoría de ellas ocasionadas por una deficiente adherencia terapéutica de los pacientes en el tratamiento de esta enfermedad¹⁰.

Según la OMS¹¹, la adherencia terapéutica representa el grado en que el comportamiento del paciente le permite cumplir con su régimen terapéutico, en relación a la ingesta de medicamentos, la dieta alimenticia y los cambios en los estilos de vida según las recomendaciones brindadas por los profesionales de la salud.

Sin embargo, es preocupante identificar que la mayoría de los pacientes con hipertensión arterial no cumplen con su tratamiento de manera adecuada, siendo la deficiente adherencia terapéutica la principal causa de falta de control de la hipertensión arterial, con repercusiones negativas nivel individual y familiar¹².

Al respecto, la OMS¹³ señala que la deficiente adherencia terapéutica en la hipertensión arterial constituye un problema prioritario de salud pública de gran magnitud a nivel mundial, señalando que actualmente. Solo entre el 50% y 70% de pacientes hipertensos cumplen con su régimen terapéutico; siendo preocupante pues se estima que en el 2020, las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial constituirán el 64% de la carga mundial de las enfermedades.

Según reportes de la OPS¹⁴ se estima que en Latinoamérica alrededor del 80% de personas con hipertensión arterial no tienen un control adecuado de su régimen terapéutico.

Al respecto un estudio epidemiológico sobre hipertensión arterial realizado en Brasil, Argentina y Chile en el 2015, identificó que solo el 53,0% de pacientes estuvieron bajo tratamiento, y 30,0% tenían su patología controlada¹⁵.

Por su parte una investigación realizada en México, evidenció que el 43,7% de pacientes desconocían que tenían hipertensión arterial, 73,6% recibían tratamiento médico y menos del 50,0% tenían la enfermedad bajo control¹⁶.

En el Perú según reportes del Ministerio de Salud (MINSU)¹⁷ presentados en el 2016 señalaron que más del 30,0% de la población desconocía que tenía hipertensión arterial, y que del total de personas diagnosticadas con esta patología, 87,5% recibían tratamiento farmacológico y de ellos, solo 32,5% tenían controlada su enfermedad.

En el departamento de Huánuco no se cuentan con reportes estadísticos que evidencien la magnitud de la problemática de la adherencia terapéutica, sin embargo en algunos estudios se ha identificado que entre el 20% y 50% de pacientes con hipertensión arterial no consumía sus medicamentos y más del 50,0% de ellos no seguía el régimen terapéutico del médico tratante¹⁸.

En este contexto, Limaylla¹⁹ señala que existen diversos factores que ocasionan la deficiente adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos, como el olvido de las indicaciones médicas respecto a la ingesta de medicamentos, descuido del paciente, sensación de mejoría después de tomar algunos días el medicamento, los efectos adversos de los medicamentos, entre otros factores que influyen para que el cumplimiento del tratamiento no se realice de manera adecuada.

Al respecto, Sabate²⁰ menciona que existen barreras que comprometen la adherencia terapéutica de los pacientes, como el nivel

socioeconómico y cultural de los pacientes, el acceso a servicios de salud y otros aspectos relacionados a su funcionalidad familiar.

Según Marín y Rodríguez²¹, la funcionalidad familiar constituye el eje fundamental en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos, pues en la familia se satisfacen las necesidades de mantenimiento y rehabilitación del estado de salud, por ello cuando uno de ellos padece una enfermedad, la funcionalidad familiar se ve afectada, y si no se modifica el ambiente familiar para apoyarlo en su tratamiento, disminuirá su nivel de adherencia terapéutica.

Al respecto González²² señala que la funcionalidad y apoyo familiar influyen para que el paciente con hipertensión arterial tengan controles adecuados de salud, cumpla con las indicaciones médicas y realice modificaciones positiva en sus estilos de vida para conseguir mejorar su estado y controlar adecuadamente su proceso patológico.

En esta perspectiva, Munar²³ menciona que las conductas disfuncionales en el ambiente familiar son perjudiciales para la adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial, favoreciendo el abandono del tratamiento, repercutiendo de manera negativa en su estado de salud y calidad de vida.

Diversas investigaciones han abordado la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en la hipertensión arterial; según un estudio realizado por Marín y Rodríguez²⁴ en México identificó que las conductas que motivan a los pacientes a cumplir con su régimen terapéutico se encuentran íntimamente relacionadas con el apoyo que se brinda en el ambiente familiar.

En Ecuador, un estudio realizado en el 2016, demostró que el 53,9% de pacientes que fueron adherentes al tratamiento provenían de familias funcionales, evidenciando relación entre estas variables²⁵.

A nivel nacional un estudio realizado en Arequipa en el 2017, evidenció que el 73,2% de pacientes presentó adherencia parcial al tratamiento y 29,4% presentó disfunción familiar leve, concluyendo que una buena funcionalidad familiar se relaciona con altos valores de adherencia terapéutica en los pacientes²⁶.

Por su parte otra investigación realizada en Lima en el 2014, identificó que la mayoría de pacientes hipertensos que tuvieron una inadecuada adherencia terapéutica provenían de familias disfuncionales²⁷.

En el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco también se ha podido hacer evidente esta problemática, pues según información proporcionada por las licenciadas de Enfermería responsables del Programa de Control de Enfermedades No Transmisibles de esta institución, existe un porcentaje significativo de pacientes que tienen una nula o deficiente adherencia terapéutica, pues no cumplen con su tratamiento respectivo o no acuden a sus controles de salud de manera adecuada, predisponiendo a que presenten episodios hipertensivos que afectan su estado de salud; al interactuar con algunos pacientes se ha podido evidenciar que constituye una población vulnerable que tiene muchas necesidades, pero que tienen diversas limitaciones que le impiden cumplir con su régimen terapéutico,

como la falta de apoyo y soporte familiar, identificándose que existen pacientes que provienen de familias disfuncionales, que se constituyen en un factor predisponente para el incumplimiento o abandono del tratamiento respectivo.

Por ello se considera pertinente realizar la presente investigación con el objetivo de determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.

1.2. Formulación del problema.

En el presente estudio se plantearon las siguientes interrogantes de investigación:

1.2.1. Problema general:

¿Cuál es la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018?

1.2.2. Problemas específicos:

- ¿Qué relación existe entre la funcionalidad familiar en la dimensión comunicación familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes en estudio?

- ¿Qué relación existe entre la funcionalidad familiar en la dimensión cohesión familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes en estudio?
- ¿Qué relación se establece entre la funcionalidad familiar en la dimensión adaptabilidad familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes en estudio?

1.3. Objetivo general

Determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.

1.4. Objetivos específicos

- Identificar la relación que existe entre la funcionalidad familiar en la dimensión comunicación familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes en estudio.
- Establecer la relación que existe entre funcionalidad familiar en la dimensión cohesión familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes en estudio.
- Analizar la relación que se establece entre la funcionalidad familiar en la dimensión adaptabilidad familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes en estudio.

1.5. Justificación de la investigación.

El presente estudio de investigación se justifica por las siguientes razones:

1.5.1. A nivel teórico.

El presente estudio se justifica desde una perspectiva teórica porque la hipertensión arterial constituye un preocupante problema de salud pública a nivel nacional y mundial, cuya prevalencia e incidencia de casos se está incrementando de manera alarmante en el departamento de Huánuco, por lo que es muy importante ampliar los conocimientos de los pacientes con hipertensión arterial en aras de mejorar la adherencia terapéutica y funcionalidad familiar; por ello, en esta investigación se pudo contrastar los postulados de las enfoques teóricos que fundamentan la relación entre estas variables como el “Modelo de Funcionalidad Familiar”, “Modelo de Creencias de la Salud” y la “Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem” con la realidad identificada en el ámbito de estudio, permitiendo analizar, contrastar y complementar la información teórica respecto a la problemática de la adherencia terapéutica y la funcionalidad familiar en los pacientes con hipertensión arterial.

1.5.2. A nivel práctico.

Esta investigación pertenece al área de “Promoción de la Salud y “Prevención de las Enfermedades” en su línea investigación “Salud Colectiva”, y se justifica en el contexto práctico porque mediante los

resultados de la presente investigación se proponen medidas de intervención y estrategias institucionales orientadas a promover el empoderamiento, sensibilización y autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial respecto a su estado de salud, promoviendo la participación de los familiares en el cuidado, tratamiento y adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos.

1.5.3. A nivel metodológico.

El presente estudio busca desde una perspectiva diferente constituirse en un modelo metodológico para el desarrollo de futuras investigaciones relacionadas a la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial, mediante la utilización de instrumentos de recolección de datos que fueron sometidos a pruebas de validez y confiabilidad para una mejor comprensión y abordaje de la problemática estudiada.

1.6. Limitaciones de la investigación.

Las limitaciones que se identificaron de esta investigación estuvieron centradas a la obtención de la autorización respectiva para la ejecución del estudio de investigación, pues debido a los trámites burocráticos y requisitos implementados en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano se tuvo un retraso significativo en el proceso de recolección de datos; porque se tuvo que esperar el documento institucional de acceso al ámbito de estudio; otra limitante

que se tuvo fue el acceso a la muestra de estudio, debido a que algunos pacientes no aceptaron participar del estudio porque no tenían disponibilidad de tiempo para contestar las interrogantes planteadas por sus actividades laborales, por lo que se identificó otros pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión para completar la muestra requerida en el estudio, por otra parte, no se presentaron mayores limitaciones en esta investigación.

1.7. Viabilidad de la investigación.

Respecto a los recursos económicos, la investigación fue viable porque los costos derivados del estudio fueron asumidos íntegramente por la investigadora responsable de la investigación.

En relación a los recursos humanos, fue viable porque se tuvo apoyo de personal profesional capacitado en cada una de las etapas de desarrollo de la investigación.

Y por último, se tuvo los recursos materiales necesarios para concretar de manera exitosa el presente trabajo investigativo.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.

A Nivel Internacional.

En Ecuador, en el 2017, Sánchez²⁸ sustentó la tesis titulada: “Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la funcionalidad familiar en adultos medios. Parroquia La Avanzada. Año 2016”, con el objetivo de evaluar la relación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y la funcionalidad familiar en los pacientes hipertensos; la investigación fue de tipo descriptivo, analítico, correlacional, de diseño no experimental, la muestra estuvo conformada por 130 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial; utilizando el test de funcionamiento familiar y la escala de Morisky – Green Levine en la recolección de los datos. Los resultados que encontró fueron que el 34,9% de pacientes fueron no adherentes al régimen hipertensivo, de los cuales 63,3% tuvieron presión sistólica y diastólica no controlada; teniendo mayor prevalencia los de familias disfuncionales, llegando a la conclusión de que la adherencia terapéutica no se relaciona con la funcionalidad familiar en los pacientes en estudio.

En Ecuador, en el 2017, Barbecho²⁹ presentó la tesis titulada: “Factores asociados a la adherencia al tratamiento en los adultos mayores hipertensos de las parroquias rurales del Canton Gualaceo

2015”; cuyo objetivo fue determinar factores asociados a la adherencia al tratamiento en los adultos mayores hipertensos; realizando un estudio observacional, analítico, transversal, la muestra estuvo conformada por 276 hipertensos, utilizando el test de Bonilla y Reales, el test de Morisky Green y el Apgar Familiar en la recolección de los datos. Los resultados que encontró fueron que se encontró una baja adherencia terapéutica del 4,0%, se presentó una ventaja para adherencia del 8,7%; en riesgo de no adherencia 22,5% y no adherencia 68,8%, identificando también que el estado civil, la ocupación, estructura familiar y el nivel de instrucción se asociaron significativamente con la no adherencia al tratamiento; llegando a la conclusión de que la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos es muy baja y depende de diversos factores donde la funcionalidad familiar es la más importante.

En México, en el 2016, Galindo y Pérez³⁰ realizaron el estudio titulado: “Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial sistémica de la UMF N° 220, periodo 2016, Toluca”; con el objetivo de determinar la funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial; el estudio fue de tipo transversal, prospectivo, observacional y descriptivo; aplicando el test de FF-SIL y el test de Morisky Green a 194 pacientes con hipertensión arterial. Los resultados que encontraron fueron que el tipo de funcionalidad familiar que predominó fue la familia funcional con 54%, moderadamente funcional 34%, disfuncional 11%, severamente disfuncional 1%.

Respecto a la adherencia terapéutica predominó la adherencia al tratamiento con 54% y no adherencia con 46%. Concluyendo que la funcionalidad familiar se relaciona con la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial.

En Ecuador, en el 2016, Bustamante y Silva³¹ presentaron la tesis titulada: “Influencia de la cohesión familiar sobre la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos que desarrollaron enfermedad arterial periférica de la Clínica de enfermos crónicos metabólicos del Centro de Salud de los Rosales en el año 2016”, con el objetivo de determinar la influencia de la cohesión familiar en la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos. El estudio fue de tipo analítico de corte transversal en una muestra de 206 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, utilizando el cuestionario de cohesión familiar FACES III y la escala de adherencia al tratamiento Morisky – Green en la recolección de los datos. Los resultados que encontró fueron que respecto a la cohesión familiar, 57,3% fueron familias aglutinadas, 20,9% familias relacionadas, y 7,8% no relacionadas; respecto a la adherencia terapéutica 53,9% no fueron adherentes al tratamiento y 46,1% si fueron adherentes; concluyendo que hubo relación significativa entre la cohesión familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes en estudio.

En México, en el 2013, Olvera³² presentó la investigación titulada: “Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en personas con hipertensión familiar”, con el objetivo de determinar la relación que se establece entre la adherencia terapéutica y la funcionalidad familiar

en la hipertensión arterial; el estudio fue de tipo cuantitativo, analítico, prospectivo de corte transversal; la muestra fue de 152 pacientes hipertensos utilizando una escala de adherencia terapéutica y de funcionalidad familiar en el recojo de la información; los resultados que encontraron fueron que el 72,1% de pacientes tuvieron una alta adherencia terapéutica y un 71,4% tuvieron familias funcionales; concluyendo que estas variables se relacionaron significativa en el ámbito de estudio.

A nivel nacional.

En Lima, en el 2017, Medina, Rojas y Vilcachagua³³ presentaron la investigación titulada: “Factores asociados a la adherencia al tratamiento en el adulto y adulto mayor con hipertensión arterial de un hospital general, Octubre 2016”; con el objetivo de determinar los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto y adulto mayor; la investigación fue de tipo cuantitativa, observacional, prospectiva, realizada en una muestra representativa de 150 pacientes, utilizando un cuestionario y el test de Morisky, Green – Levine en la recolección de los datos. Los resultados que encontraron fueron que el 84% de pacientes fueron adultos mayores y 64% fueron del sexo femenino. Respecto a la adherencia al tratamiento, se encontró que 16% de pacientes fueron adherentes y 84% fueron no adherentes; concluyendo que los factores relacionados con la adherencia terapéutica fueron la edad y la terapia médica.

En Lima, en el 2017, Leiva³⁴ realizó la tesis titulada: “Automanejo en adultos con hipertensión arterial en el consultorio externo del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz Puente Piedra, Lima”; con el objetivo de determinar el automanejo en adultos hipertensos; el estudio fue de tipo cuantitativo, prospectivo, descriptivo, observacional, transversal, de diseño no experimental realizado en 60 pacientes con hipertensión arterial; aplicando un cuestionario en la recolección de los datos; los resultados que encontró fueron que el automanejo de los pacientes hipertensos fue regular en un 63%, deficiente 34% y solo 3% adecuado. Según las dimensiones, los pacientes afectados con hipertensión arterial mostraron un nivel de automanejo regular en las dimensiones conocimiento (93%), manejo de signos y síntomas (88%) y adherencia al tratamiento (79%). El nivel bajo de automanejo se registró primero en adherencia al tratamiento (22%), manejo de signos y síntomas (10%) y conocimiento (5%); llegando a la conclusión de que la mayoría de pacientes hipertensos presentó un nivel de automanejo regular.

En Trujillo, en el 2016, Rodríguez³⁵ realizó la investigación titulada: “Grado de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos atendidos en Boticas Inkafarma – Trujillo. Abril – Julio 2016”; con el objetivo de determinar el grado de adherencia en pacientes hipertensos; el estudio fue de tipo descriptivo, prospectivo de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 24 pacientes utilizando un cuestionario en la recolección de los datos. Los resultados que encontró fueron que los valores promedio de la presión arterial sistólica y diastólica de los pacientes se encontraron entre 139,42 mm Hg y

78,67 mmHg respectivamente; de los cuales 58,3% fueron incumplidores y 41,7% fueron cumplidores del tratamiento, llegando a la conclusión de que la mayoría de pacientes hipertensos fueron incumplidores del régimen terapéutico.

En Cajamarca, en el 2016, Sánchez³⁶ desarrolló la tesis titulada: “Adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento antihipertensivo en el Hospital Regional Docente Las Mercedes- Chiclayo, Enero- Noviembre 2016”; con el objetivo de determinar el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento antihipertensivo; el estudio fue de tipo observacional, descriptivo, prospectivo, transversal, la muestra estuvo constituida por 103 pacientes con hipertensión utilizando el Test de Morisky-Green en la recolección de los datos. Los resultados que encontró fueron que 64,1% eran del sexo masculino; 77,7% tenían 60 años o más. El 44,7% no tenían educación; 58,3% eran casados; 41,7% tenían su presión arterial controlada; y la adherencia al tratamiento farmacológico fue 47,6%; identificando relación significativa entre la adherencia y la presión arterial controlada; concluyendo que la adherencia al tratamiento farmacológico fue baja y la principal causa de incumplimiento de la medicación antihipertensiva fue el olvido de la toma del medicamento.

En Lima, en el 2014, Lagos y Flores³⁷ realizaron la tesis titulada: “Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el hospital de Puente Piedra de Lima”; con el objetivo de determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el automanejo en pacientes diabéticos e hipertensos; la metodología

del estudio fue de tipo cuantitativa con diseño correlacional, la muestra fue de 100 pacientes, aplicando el apgar familiar y una escala de automanejo de las enfermedades crónicas en la recolección de los datos. Los resultados que encontraron fueron que el 54,0% de familias de los pacientes evaluados fueron moderadamente disfuncionales y el 7,0% gravemente disfuncionales; respecto al automanejo de pacientes fue regular en un 56,0% e inadecuado en el 9%, evidenciando una correlación positiva entre el funcionalidad familiar y el automanejo ($r_s = 0,43$); llegando a la conclusión final de que la funcionalidad familiar y el automanejo son variables que se asocian directamente, influyendo en el comportamiento de los pacientes diabéticos e hipertensos.

A nivel local.

En Amarilis, en el 2017, Garay³⁸ presentó la investigación titulada: “Adherencia a la terapéutica en pacientes adultos con Diabetes Mellitus 2 del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, Amarilis 2016”, con el objetivo de identificar el grado adherencia a la terapéutica en pacientes adultos con diabetes mellitus 2; la investigación fue de tipo observacional, prospectiva, transversal y descriptivo, realizado 54 pacientes diabéticos utilizando un cuestionario en la recolección de los datos. Los resultados que identificó fueron que el 79,6 % no asistía a un control médico oportuno y el 25,9 % refería que su problema fundamental era el olvido en cumplir con las indicaciones; respecto a la evaluación por dimensiones, identificó que la adherencia relacionada a la medicación fue nivel bajo con 55,6 %, seguido de una adherencia

media con 24.1 % y por último en un alto grado con 20,4% con un; en cuanto a la adherencia alimenticia, 38,9 % fue de nivel medio, seguido de nivel bajo con 37.0% y alto grado de 24,1%; en la actividad física, 57,4% fue de nivel bajo, 24,1% fue de nivel medio y 18,5% fue de nivel alto; y en la adherencia general, la mayoría fue nivel bajo con 55,6%; seguido de 24,1% en nivel medio y 20,3% de nivel alto, concluyendo que la mayoría de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 tuvieron un nivel bajo de adherencia terapéutica.

En Huánuco, en el 2016, Faustino³⁹ sustentó la investigación titulada: “Adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao”, con el objetivo de determinar la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores; el estudio fue de tipo descriptivo, prospectivo, transversal realizado en 80 adultos mayores, utilizando una encuesta de adherencia terapéutica en la recolección de los datos. Los resultados que encontró fueron que el 56.3% no tenía adherencia al tratamiento y 43,7% si tenía adherencia al tratamiento en el total de régimen terapéutico, por otro lado, los regímenes relacionado al paciente, al medio ambiente, medicamentos y médico, profesional de enfermería - paciente se relacionaron significativamente con el nivel de adherencia terapéutica; llegando a la conclusión la adherencia terapéutica es un factor determinante para el control de las enfermedades crónicas en los adultos mayores.

2.2. Bases Teóricas.

2.2.1. Teoría de la funcionalidad familiar de Friedman.

Según Friedeman⁴⁰ la familia representa un sistema de integrantes o conjuntos de personas que viven juntos y se interrelacionan afectivamente con el propósito de apoyarse unos a otros, que les permite cumplir los roles y funciones que contribuyen a la funcionalidad familiar; considerando a la familia como un sistema abierto que brinda estabilidad y promueve el desarrollo de cada uno de sus integrantes en aspectos biológicos, emocionales y sociales.

En esta teoría se enfatiza que la funcionalidad familiar representa la capacidad que tiene la familia de mantener su estabilidad y congruencia antes la presencia de cambios que la desestabilicen y que pueden ser causantes de patologías en los miembros del grupo familiar⁴¹.

La teoría de la funcionalidad familiar comprende el análisis de las siguientes dimensiones:

- a) Mantenimiento del sistema.-** Representan aquellas estrategias de conducta familia que están relacionadas con la estructura, tradición y flexibilidad familiar; donde se incluye la organización y operación de los asuntos familiares, como medidas encaminadas a promover el cuidado de la salud, satisfacer las necesidades de los integrantes y mantener el sistema familiar⁴².

- b) Cambio del sistema.-** Se relaciona con la presencia de modificaciones significativas que se presentan en el ambiente

familiar, causadas por la presencia de situaciones de angustia, estrés, preocupaciones, problemas laborales, etc., que necesitan del apoyo y cooperación de todos los miembros para asumir nuevas conductas y valores familiares⁴³.

c) La Coherencia.- Se relaciona con la conexión entre los miembros de la familia, buscando la estabilidad familiar; y su resultado es la consecución de un compromiso mutuo en el sistema familiar como un sistema para la supervivencia del ambiente familiar; canalizada mediante el proceso de transmisión experiencias y sentimientos a través de la comunicación efectiva⁴⁴.

d) La individualización.- Permite recordar que todas las personas son diferentes, por ello las familias que promueven la individualización de sus integrantes los animan y empoderan a adquirir nuevos conocimientos, dejándolos expresar sus alegrías, molestias y preocupaciones, promoviendo su crecimiento personal, y favoreciendo la pertenencia y unidad familiar⁴⁵.

Esta teoría se relaciona con el presente estudio pues se identifica que la familia cumple la función de ser prestadora de cuidados del hogar, e influye para que se pueda brindar el tratamiento terapéutico o no, por ello, la funcionalidad familiar se debe considerar como un aspecto importante a evaluar y considerar cuando se diseñen estrategias de intervención de Enfermería en el tratamiento de los pacientes con hipertensión arterial.

2.2.2. Modelo de Creencias en Salud.

Este modelo fue propuesto por Becker y Rosenstock, quienes sostuvieron que una persona no realizará una conducta de salud, en el contexto de prevención, participación, cumplimiento y rehabilitación, a menos que sea informado de manera adecuada respecto a los beneficios que la adopción de dicha conducta tendrá en su estado de salud, señalando que si percibe la situación como amenazante no pondrá en práctica la conducta de salud; por lo que los pacientes que no son adherentes o cumplidores del régimen terapéutico consideran que la patología no causa efectos negativos en su estado de salud y calidad de vida⁴⁶.

Los componentes del modelo de creencias de la salud son la susceptibilidad percibida ante la presencia de un problema de salud, la percepción, la severidad percibida respecto a las creencias de contraer una patología o no tratarla adecuadamente una vez contraída, los beneficios identificados respecto a la eficacia y efectividad de enfrentarse a la patología, y por último, las barrera y dificultades identificadas que impiden cumplir con el tratamiento o régimen terapéutico⁴⁷.

Por ello, el modelo creencias de la salud plantea que la adherencia terapéutica necesita de la adquisición de comportamientos aprendidos que conduzcan al sujeto a adquirir nuevos hábitos de vida, que le permita asociar las conductas de cuidado de la salud a un mayor beneficio esperado⁴⁸.

Este modelo teórico se relaciona con el presente estudio, pues permite identificar los diversos aspectos relacionados a la funcionalidad familiar que influyen en la adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial.

2.2.3. Teoría del autocuidado de Dorothea Orem.

Según Orem⁴⁹, el autocuidado se constituye en una contribución constante del individuo hacia el mantenimiento y cuidado de su propia existencia, enfatizando en que representa una conducta adquirida y aprendida por los seres humanos encaminadas hacia la consecución de ciertos objetivos; que se presentan en situaciones concretas de la vida cotidiana, orientas por las personas sobre sí mismas, hacia los demás y hacia el medio ambiente que lo rodea, para regular los factores que afectan su salud, desarrollo y bienestar personal.

Asimismo, en la teoría del déficit de autocuidado se determina cuándo y por qué el paciente necesita de la intervención de la enfermera definiendo como objetivo terapéutico de la intervención de Enfermería el ayudar al individuos a realizar acciones de autocuidado encaminadas a conservar la salud, recuperarse de la enfermedad y a afrontar las consecuencias de la patología⁵⁰.

Esta teoría se relaciona con el presente estudio pues permite fomentar el autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial mediante el fomento y práctica de actividades de adherencia terapéutica y de apoyo familiar en la muestra en estudio.

2.3. Definiciones Conceptuales.

2.3.1. Lineamientos de Política y estrategias para la prevención y control de enfermedades no transmisibles. 2016 – 2020.

Los lineamientos de política y estrategias para la prevención y control de enfermedades no transmisibles se alinean con los acuerdos y tratados internacionales suscritos en el afrontamiento de este tipo de patologías; y se construye en base a los avances previos para conseguir una respuesta organizada a nivel sectorial, incorporando los avances científicos conceptuales y evidencias de comprobada efectividad; adecuándose al contexto en que se desarrolla la estructura, políticas y organización del estado peruano y el sistema de salud; adhiriéndose también al modelo de atención integral de salud basado el enfoque de familias y comunidades saludables para el abordaje de los determinantes sociales de las enfermedades no transmisibles, con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de vida de la población peruana, así como la mortalidad prematura debido a la presencia de las enfermedades no transmisibles⁵¹.

Los lineamientos de política para la prevención y control de enfermedades no transmisibles son:

Lineamiento 1.- Liderazgo político sostenido del sector salud, a nivel nacional para promover una respuesta del gobierno, mediante la implementación de políticas públicas y alianzas estratégicas con otros sectores y niveles de gobierno, incluyendo el sector privado y la sociedad civil, para el abordaje de los determinantes sociales de las enfermedades no transmisibles a nivel nacional⁵².

Lineamiento 2.- Aumentar los factores protectores y reducir los factores de riesgos modificables de las patologías no transmisibles para la población en general enfatizando la primera infancia, los adolescentes y los grupos poblaciones en riesgo⁵³.

Lineamiento 3.- Sistema de salud con capacidad de respuesta para garantizar el acceso, la cobertura y la calidad de atención para los pacientes con daños y riesgos cardiovasculares, diabetes mellitus y cáncer, con énfasis en primer nivel de atención y la prevención primaria en el cuidado de la salud⁵⁴.

Lineamiento 4.- Seguimiento y evaluación de las políticas, planes, programas, acciones y/o intervenciones de salud pública en el marco de la prevención y control de enfermedades no transmisibles a nivel local y nacional⁵⁵.

Lineamiento 5.- Vigilancia, investigación, desarrollo e innovación tecnológica para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles⁵⁶.

Lineamiento 6.- Fomento de la participación social, ciudadana y el empoderamiento en salud para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles⁵⁷.

2.3.2. Definición de hipertensión arterial.

Según la OPS⁵⁸, la hipertensión arterial representa la elevación de los valores de presión arterial por encima de los límites considerados como normales.

Por su parte el Ministerio de Salud⁵⁹, la hipertensión arterial es una enfermedad inflamatoria crónica de tipo vascular y arterial, que se caracteriza por una elevación anormal y persistente de la presión arterial sistólica o diastólica.

En esta línea, Díaz y Lezama⁶⁰ establecen que la hipertensión arterial es una patología de evolución crónica caracterizada por el incremento de la presión arterial sistólica o diastólica por encima de los niveles óptimos esperados.

Aguilar⁶¹ señala que la hipertensión arterial es una afección caracterizada por una tensión arterial elevada por encima de los 140/90 mmHg, causado por el aumento de la resistencia periférica al paso de la sangre por las arterias y arteriolas.

2.3.3. Clasificación de la hipertensión arterial.

Según la OMS⁶², la presión arterial se clasifica de la siguiente manera:

Clasificación	Sistólica (Mmhg)	Diastólica (Mmhg)
Presión Arterial Óptima	< 120	<80
Presión Arterial Normal	< 130	< 85
Presión Normal alta	130 - 139	80 – 85
Hipertensión ligera(grado 1)	140 - 159	90 - 99
Hipertensión moderada (grado 2)	160 - 179	100 - 109
Hipertensión grave (grado 3)	≥ 180	≥ 110
Hipertensión sistólica aislada (solo el primer valor es elevado)	≥ 140	< 90

2.3.4. Definición de funcionalidad familiar.

Según Espinoza, Luna y Pérez⁶³, la funcionalidad familiar constituye la relación interactiva y dinámica que se establece entre los miembros de la familia, que les permiten mantener la congruencia en sus relaciones y afrontar de manera adecuada los cambios que se producen en el proceso de adaptación y desarrollo personal de cada uno de los integrantes del grupo familiar.

Según Zaldívar⁶⁴ la funcionalidad familiar representa el conjunto de interacciones que constituye la fuerza que impulsa potencia o destruye la dinámica familiar, constituyendo un estilo distintivo de ser y hacer familia, al compartir tradiciones, creencias y mitos propios de una cultura familiar.

Al respecto, Olson⁶⁵ establece que constituye la interacción de los vínculos afectivos que se dan entre los miembros de la familia, teniendo la capacidad de mejorar su estructura familiar con el objetivo de superar las dificultades evidenciadas en el ambiente familiar.

Minuchin⁶⁶ señala que la funcionalidad familiar comprende las interacciones que se presentan en el ambiente familiar, respecto al afecto, comunicación, toma de decisiones, resolución de conflictos y las diversas funciones asignadas a cada uno de los integrantes del contexto familiar.

Y por último Camacho⁶⁷ refiere que la funcionalidad familiar representa la capacidad que tienen los integrantes de la familia para enfrentar las crisis familiares, valorar las expresiones de afecto,

promover el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción permanente entre ellos, basado en los principios del respeto, la autonomía y convivencia familiar.

2.3.5. Tipos de funcionalidad familiar.

Según Satir⁶⁸ las familias presentan los siguientes tipos de funcionalidad familiar:

- a) Familia funcional.-** Representa aquella tipología de familia donde cada uno de sus integrantes establecen las relaciones adecuadas al entorno familiar permitiendo que se pueda realizar un intercambio de ideas, opiniones y experiencias entre los miembros del hogar y el medio ambiente que lo rodea, teniendo como características principales que predomina la convivencia familiar y una buena comunicación entre los miembros del grupo familiar; quienes expresan sus inquietudes y temores con libertad, y demostrando tener una gran capacidad para solucionar los problemas que se presentan; y mediante ello, disminuir las amenazas que atenten contra la estabilidad familiar⁶⁹.

- b) Familia Disfuncional.-** Constituyen todas aquellas familias caracterizadas por tener sistemas de intervención límites muy abiertos, que consienten la entrada de elementos peligrosos para la estabilidad familiar; o en su contraposición, son ambientes muy cerrados, permitiendo que no se realice la interacción familiar con el medio ambiente que lo rodea; la principal característica de este tipo de

familia es ser muy conflictiva tanto el aspecto interno y externo del hogar; su comunicación es adecuada, predomina la desunión familiar y se tiene un pobre nivel de resolución de problemas y adaptabilidad, mediante el desequilibrio en el contexto familiar⁷⁰

2.3.6. Dimensiones de la funcionalidad familiar.

Las dimensiones que se consideran en el análisis de la funcionalidad familiar son las siguientes:

- a) Comunicación Familiar.-** Representa el grado o medida en que los miembros de la familia han conseguido manifestar de manera adecuada sus sentimientos, emociones y percepciones en relación con las otras personas y los integrantes del grupo familiar, considerando también que la familia ha avanzado en el respeto de sus límites, privacidad y en la promoción de espacios individuales y saludables en el contexto familiar⁷¹.

- b) Cohesión Familiar.-** Representa el grado en que los miembros de la familia se encuentran separados o conectados al contexto familiar; siendo considerado como el vínculo emocional que establece entre todos los integrantes del grupo familiar en las instalaciones del contexto familiar⁷².

- c) Adaptabilidad Familiar.-** Constituye la habilidad que tienen los integrantes de la familia para ajustarse y adaptarse a los cambios que se producen en el entorno familiar respecto a las relaciones que se presentan entre cada uno de sus miembros; considerando los

roles familiares, la estructura de poder, y las situaciones estresantes que se presentan en el medio ambiente circundante⁷³.

2.3.7. Definición de adherencia terapéutica.

Según la OMS⁷⁴ la adherencia terapéutica representa el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas, que le permite consumir sus medicamentos de manera oportuna, seguir un régimen alimentario adecuado y realizar cambios en sus estilos de vida según las recomendaciones brindadas por los profesionales de la salud.

Al respecto Haynes y Sackett⁷⁵ mencionan que la adherencia terapéutica constituye la medida en que la conducta del paciente en relación al consumo de medicamentos, el seguimiento de una dieta y la modificación de su estilo de vida coinciden con las indicaciones brindadas por el médico en el tratamiento respectivo.

Por su parte Griffith⁷⁶ establece que la adherencia terapéutica constituye la colaboración y participación voluntaria y proactiva del paciente respecto al tratamiento de su enfermedad, para obtener las mejores condiciones de salud, que van más allá del cumplimiento de las indicaciones del personal de salud en el ámbito asistencial.

Bimbela⁷⁷ propone que la adherencia terapéutica representa la estrategia que permite que el paciente mantenga y continúe con su tratamiento y de esta manera consiga cambios significativos en su comportamiento y conductas orientadas a mejorar su estado de salud y tener una mejor calidad de vida.

2.3.8. Componentes de la adherencia terapéutica.

Según el plan de adherencia al tratamiento, se establece que el proceso de adherencia terapéutica presenta los siguientes componentes⁷⁸:

- a) Iniciación.-** Se inicia cuando el paciente consume o ingiere la primera dosis de medicación prescrita en el tratamiento de su patología⁷⁹.
- b) Ejecución.-** Se considera como el grado de cumplimiento del tratamiento por parte del paciente concuerda con la prescripción establecida por el médico tratante, desde la primera hasta la última dosis del régimen terapéutico⁸⁰.
- c) Discontinuación.-** Constituye el final del tratamiento terapéutico, y se presenta cuando antes de culminar el tratamiento prescrito por el médico tratante, la siguiente dosis es omitida y después de ello no se consume ninguna más⁸¹.

2.3.9. Factores que influyen en la adherencia terapéutica.

Según Meichenbaum y Turk⁸² los factores que influyen en la adherencia terapéutica de los pacientes se clasifican en:

- a) Factores relacionados al paciente.-** Se refiere a las características propias del individuo que impiden que impiden el cumplimiento del régimen terapéutico; entre estos se encuentran la falta de comprensión, la apatía, pesimismo; desconocimiento de su

enfermedad, historiales previos de falta de adhesión terapéutica o abandono del tratamiento, insatisfacción con la atención recibida en los servicios de salud, creencias relacionadas con el proceso de salud – enfermedad, falta de apoyo social y de recursos económicos para cumplir con el tratamiento⁸³.

b) Factores relacionados a la enfermedad.- Se refiere a las características propias del proceso patológico que condicionan la adherencia terapéutica de los pacientes; entre estos factores se encuentran la ausencia de síntomas característicos de enfermedad, la estabilidad de los síntomas y otras características relacionadas a la patología presentada⁸⁴.

c) Factores relacionados al tratamiento.- Se relaciona con los aspectos derivados del régimen terapéutico del paciente; entre estos factores se consideran la facilidad del tratamiento, el tiempo de espera prolongado, inadecuada supervisión por parte del personal de salud, duración del tratamiento, características propias de los medicamentos y las reacciones adversas de la medicación⁸⁵.

d) Factores relacionados a las relaciones interpersonales.- Se refiere a aquellos aspectos propios de las relaciones que se establece entre el paciente y las personas que lo rodean; entre estos factores se encuentra la comunicación inadecuada, falta de empatía, insatisfacción del paciente, y el grado de funcionalidad o disfuncionalidad en el ambiente familiar⁸⁶.

2.3.10. Dimensiones de la adherencia terapéutica.

- a) Control de ingesta de medicamentos y alimentos.-** Esta dimensión evalúa la medida en que los pacientes con hipertensión arterial cumplen con las indicaciones médicas en cuanto al consumo de medicamentos y alimentos; considerándose la ingesta de medicamentos de forma puntual y oportuna, la dieta alimenticia y el consumo de alimentos permitidos por el médico, entre otros aspectos relacionados con la continuación del régimen terapéutico⁸⁷.
- b) Seguimiento médico conductual.-** Esta dimensión evalúa la medida en que los pacientes cuentan con medidas efectivas de cuidado de la salud a largo plazo, considerándose la asistencia a las consultas médicas de manera habitual, cumplimiento de las recomendaciones médicas y los análisis de laboratorio respectivos en relación al control y tratamiento de la hipertensión arterial⁸⁸.
- c) Autoeficacia en el cuidado de la salud.-** Esta dimensión evalúa la medida en que los pacientes perciben o consideran que el tratamiento o régimen terapéutico beneficia su estado de salud; constituyendo el control que tiene el paciente sobre el proceso salud – enfermedad, considerándose el apego al tratamiento médico, la aceptación y la confianza que tiene el paciente respecto al régimen terapéutico establecido⁸⁹.

2.4. Hipótesis.

2.4.1. Hipótesis general

Hi: La funcionalidad familiar se relaciona con la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.

Ho: La funcionalidad familiar no se relaciona con la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.

2.4.2. Hipótesis específicas

Hi₁: La funcionalidad familiar en la dimensión comunicación familiar se relaciona con la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial en estudio.

Ho₁: La funcionalidad familiar en la dimensión comunicación familiar no se relaciona con la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial en estudio.

Hi₂: La funcionalidad familiar en la dimensión cohesión familiar se relaciona con la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial en estudio.

Ho₂: La funcionalidad familiar en la dimensión cohesión familiar no se relaciona con la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial en estudio.

Hi₃: La funcionalidad familiar en la dimensión adaptabilidad familiar se relaciona con la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial en estudio.

Hi₃: La funcionalidad familiar en la dimensión adaptabilidad familiar no se relaciona con la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial en estudio.

2.5. Variables.

2.5.1. Variable Independiente.

Funcionalidad Familiar.

2.5.2. Variable Dependiente.

Adherencia Terapéutica.

2.5.3. Variables de caracterización

- **Características demográficas:**

- Edad.
- Género.
- Zona de procedencia.

- **Características sociales:**

- Estado civil
- Grado de instrucción.
- Situación Laboral.
- Ingreso económico.

2.6. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Funcionalidad Familiar	Comunicación Familiar	Categórica Dicotómica	Disfuncional: 0 a 8 puntos Funcional: 9 a 16 puntos	Nominal
	Cohesión Familiar	Categórica Dicotómica	Disfuncional: 0 a 8 puntos Funcional: 9 a 16 puntos	Nominal
	Adaptabilidad Familiar	Categórica Dicotómica	Disfuncional: 0 a 8 puntos Funcional: 9 a 16 puntos	Nominal
VARIABLE DEPENDIENTE				
Adherencia Terapéutica	Control e ingesta de medicamentos y alimentos	Categórica Dicotómica	Adherencia alta: 15 a 21 puntos. Adherencia media: 8 a 14 puntos Adherencia baja: 0 a 7 puntos	Ordinal
	Seguimiento médico conductual	Categórica Dicotómica	Adherencia alta: 15 a 21 puntos. Adherencia media: 8 a 14 puntos Adherencia baja: 0 a 7 puntos	Ordinal
	Autoeficacia cuidado de la salud	Categórica Dicotómica	Adherencia alta: 15 a 21 puntos. Adherencia media: 8 a 14 puntos Adherencia baja: 0 a 7 puntos	Ordinal

VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN				
Características demográfica	Edad	Numérica	En años	De razón
	Género	Categórica Dicotómica	Masculino Femenino	Nominal
	Zona de procedencia	Categórica Politómica	Zona urbana Zona rural Zona urbano marginal	Nominal
Características sociales	Estado Civil	Categórica Politómica	Soltero(a) Casado(a) Conviviente Separado(a) Viuda	Nominal
	Grado de instrucción	Categórica Politómica	Analfabeto(a) Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria Completa	Ordinal
	Situación Laboral	Categórica Politómica	Ama de casa Empleado Desempleado Jubilado	Nominal
	Ingreso económico mensual	Categórica Politómica	Alto Medio Bajo	Nominal

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de estudio.

Según la intervención de la investigadora, fue de tipo descriptivo observacional, pues no se realizó ningún tipo de intervención ni hubo manipulación de las variables en estudio; y los resultados demostraron de manera espontánea la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en la muestra en estudio.

Según el número de mediciones de las variables, fue de tipo transversal, porque los instrumentos de investigación fueron aplicados en una sola ocasión en los pacientes en estudio.

Según la planificación de la recolección de datos, fue de tipo prospectivo, porque los datos fueron proporcionados por los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial durante la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

Según el número de variables, fue de tipo analítico, porque se analizó la variable dependiente e independiente mediante un análisis estadístico de tipo bivariado, utilizando pruebas y parámetros estadísticos para poner a prueba las hipótesis de investigación planteadas en el presente estudio.

3.1.1. Enfoque.

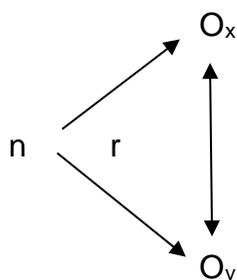
Esta investigación corresponde al enfoque cuantitativo, pues se basó en la medición del funcionamiento familiar y la adherencia terapéutica de los pacientes en estudio, sustentándose en la aplicación de métodos matemáticos y estadísticos, para dar a conocer la realidad evidenciada en la muestra analizada en el presente estudio de investigación.

3.1.2. Alcance o nivel.

La investigación pertenece al nivel relacional, pues su objetivo fundamental fue determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial en los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial participantes de la investigación.

3.1.3. Diseño.

El diseño del estudio fue de tipo correlacional, como se presenta en el siguiente esquema:



Dónde:

n : Muestra de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.

O_x: Funcionalidad familiar.

O_y: Adherencia Terapéutica.

r : Relación entre las variables en estudio.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población.

La población estuvo conformada por 256 pacientes con diagnóstico médico de hipertensión arterial atendidos en los consultorios del Hospital Regional de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano durante los meses de Abril a Junio del año 2018.

a) Criterios de inclusión.- Se incluyeron en el estudio a los pacientes que:

- Tuvieron diagnóstico médico de hipertensión arterial.
- Recibieron atención en los consultorios externos del Hospital Regional de Contingencia Hermilio Valdizán.
- Fueron mayores de 40 años de edad.
- Estuvieron recibiendo tratamiento durante un periodo mayor a dos meses.
- No tuvieron ninguna discapacidad auditiva o mental.
- Hablen el idioma castellano.
- Aceptaron participar voluntariamente del estudio.

b) Criterios de exclusión.- No se incluyeron en la investigación a los pacientes que:

- Acudieron por primera vez a los servicios de Consultorio del Hospital Regional Hermilio Valdizán.

- Tuvieron menos de un mes de tratamiento para la hipertensión arterial.
- Tuvieron menos de 40 años de edad.
- Fueron mujeres en estado de gestación.
- Tuvieron limitaciones para comunicarse (sordo, mudo).
- Fueron quechua hablantes.
- No aceptaron participar del estudio de investigación.

c) Criterios de eliminación.- Se eliminaron del estudio a los pacientes que:

- No concluyeron con el llenado de los instrumentos de investigación en un 100%.
- Se retiren del estudio durante el proceso de recolección de datos.

d) Ubicación en el espacio: El estudio de investigación se llevó a cabo en las instalaciones de los consultorios externos del Hospital Regional de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano, ubicado en el Jr., Juan Bosco S/N del Centro Poblado la Esperanza, en el distrito de Amarilis, provincia y departamento de Huánuco.

e) Ubicación en el tiempo: Se ejecutó en los meses de Abril a Junio del año 2018.

3.2.2. Muestra.

La selección de la muestra se realizó aplicando la fórmula de tamaño muestral para población finita o conocida:

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{e^2(N - 1) + Z^2 P Q}$$

Donde:

Z^2 = Nivel de confianza del 95 % (1.96).

P = Proporción estimada, $p = 0,5$.

Q = $1 - P$.

e = Precisión del error de 5 %.

N = Población.

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (256)}{(0.05)^2 (255) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = 154 \text{ madres}$$

La muestra estuvo conformada por 154 pacientes con diagnóstico médico de hipertensión arterial del Hospital Regional de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano seleccionadas mediante el muestreo no probabilístico intencionado y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.3.1. Para la recolección de datos.

a) Técnicas.

Las técnicas utilizadas en esta investigación fueron la encuesta y la psicometría, que permitieron obtener información respecto a la

funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos en estudio.

b) Instrumentos.

Los instrumentos utilizados en la presente investigación fueron los siguientes:

- **Cuestionario de características sociodemográficas (Anexo N° 01).**- Este instrumento permitió conocer las características sociodemográficas de los pacientes en estudio; estuvo constituida por siete reactivos divididos en 2 dimensiones: características demográficas (edad, género y lugar de procedencia) y características sociales (estado civil, grado de instrucción, situación laboral e ingreso económico mensual).
- **Escala de funcionalidad familiar modificada (Anexo N° 01).**- Este instrumento fue elaborado y validado por Quinto en su tesis de investigación y en el presente estudio fue modificado y utilizado para identificar la funcionalidad familiar en los pacientes en estudio; se encuentra constituida por 24 preguntas divididas en 3 dimensiones: comunicación familiar (8 reactivos), cohesión familiar (8 reactivos) y adaptabilidad familiar (8 reactivos).

Este instrumento presentó preguntas con respuestas de tipo politómicas cuyas opciones de respuesta fueron: “nunca”; “a veces” y “siempre”; y su valoración se realizó asignando los siguientes puntajes: nunca = 0 puntos; a veces = 1 punto y siempre = 2 puntos; y su categorización se realizó clasificándolo como familia disfuncional o disfuncional de acuerdo a las puntuaciones obtenidas

en cada una de las dimensiones analizadas en el presente estudio de investigación.

La medición de la variable funcionalidad familiar se realizó del siguiente modo: familia disfuncional = 0 a 24 puntos y familia funcional = 25 a 48 puntos.

Respecto a la evaluación por dimensiones, en la dimensión comunicación familiar la medición se ejecutó del siguiente modo: familia disfuncional = 0 a 8 puntos; y familia funcional = 9 a 16 puntos.

En la dimensión cohesión familiar la medición se estableció de la siguiente forma: familia disfuncional = 0 a 8 puntos; y familia funcional = 9 a 16 puntos.

Y por último, en la dimensión cohesión familiar la medición se realizó de la siguiente manera: familia disfuncional = 0 a 8 puntos; y familia funcional = 9 a 16 puntos.

- **Escala de adherencia terapéutica (Anexo N° 03).**- Este instrumento fue elaborado por Nava y en este estudio permitió identificar el grado de adherencia terapéutica de los pacientes en estudio; estuvo constituida por 21 ítems clasificados en 3 dimensiones: control de ingesta de medicamentos y alimentos (7 reactivos), seguimiento médico conductual (7 reactivos) y autoeficacia en el cuidado de la salud (7 reactivos).

Este instrumento presentó ítems con respuestas de tipo politómicas cuyas opciones de respuesta fueron: “nunca”, “a veces”

“casi siempre” y “siempre”; y su baremación se realizó asignando las siguientes puntuaciones: nunca = 0 puntos; a veces= 1 punto; casi siempre = 2 puntos y siempre = 3 puntos; y su valoración se realizó categorizándola como adherencia terapéutica alta, media y baja según las puntuaciones obtenidas en los instrumentos de investigación.

La medición para la variable adherencia terapéutica se ejecutó de la siguiente manera: adherencia terapéutica baja = 0 a 21 puntos; adherencia terapéutica media = 22 a 42 puntos y adherencia terapéutica alta = 43 a 63 puntos.

Respecto a la evaluación por dimensiones, en la dimensiones, en la dimensión control de ingesta de medicamentos y alimentos, la medición se realizó del siguiente modo: adherencia terapéutica baja = 0 a 7 puntos; adherencia terapéutica media = 8 a 14 puntos y adherencia terapéutica alta = 15 a 21 puntos.

En la dimensión seguimiento médico conductual, la medición se ejecutó de la siguiente manera: adherencia terapéutica baja = 0 a 7 puntos; adherencia terapéutica media = 8 a 14 puntos y adherencia terapéutica alta = 15 a 21 puntos.

Y por último, en la dimensión autoeficacia en el cuidado de la salud, la medición se ejecutó de la siguiente manera: adherencia terapéutica baja = 0 a 7 puntos; adherencia terapéutica media = 8 a 14 puntos y adherencia terapéutica alta = 15 a 21 puntos.

c) Validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos fueron sometidos a las siguientes pruebas de validación cualitativas y cuantitativas:

- **Validez racional.-** Se recolectó toda la información bibliográfica relacionados a la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial, que permitieron que cada una de las dimensiones, indicadores e ítems presentados en los instrumentos de recolección de datos se encuentren respaldados por una sólida base teórica y conceptual.
- **Validez por jueces expertos.-** Se seleccionaron 04 expertos, quienes evaluaron la representatividad de los ítems de los instrumentos en términos de suficiencia, objetividad, pertinencia, claridad, vigencia, estrategia, estructura y consistencia; identificándose que todos los jueces expertos evaluaron de manera satisfactoria los instrumentos de investigación; y de manera específica algunas recomendaciones brindadas por los expertos fueron:

Experta N° 01: Dra. Gladys Liliana Rodríguez de Lombardi (Nutricionista Clínica Hospital Regional Hermilio Valdizán); la experta consideró que los instrumentos recogían los datos para la medición de las variables por lo que se debía aplicar en la muestra en estudio.

Experto N° 02: Lic. Eler Borneo Cantalicio (Docente Universidad de Huánuco); el experto recomendó continuar con el

proceso de validación cuantitativa de los instrumentos de investigación.

Experto N° 03: Med. Luis Laquise Lerma (Docente Universidad de Huánuco); el experto consideró que los instrumentos eran adecuados y era factible su aplicación en la muestra en estudio.

Experto N° 04: Lic. Bertha Serna Román (Docente Universidad de Huánuco) la experto recomendó considerar el estado civil en la evaluación de las características sociodemográficas y que luego se debería realizar la ejecución inmediata de la recolección de datos propiamente dicha.

- **Validez por consistencia interna (confiabilidad).**- Se realizó un estudio piloto donde se sometieron los instrumentos de investigación a prueba en el contexto en estudio permitiendo identificar diversas limitaciones que pudieron suscitarse en el estudio, a fin de tomar las medidas correctivas pertinentes. La prueba piloto se realizó en el Centro de Salud Perú Corea, considerando como muestra a 10 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, seleccionadas mediante el muestreo no probabilístico por conveniencia y que presentaron características afines a la muestra en estudio.

Con los resultados de la aplicación de la prueba piloto se determinó el valor de confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos utilizado en el estudio; por ello, se determinó la confiabilidad del instrumento “Escala de funcionalidad familiar modificada”, mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach,

obteniéndose un valor de 0,865; que demostró que este instrumento tenía un grado alto de confiabilidad, validando su uso en la fase de recolección de datos.

Y posteriormente se determinó el valor de confiabilidad del instrumento “Escala de adherencia terapéutica”, mediante el coeficiente del alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de confiabilidad de 0,845; demostrando también un alto valor de confiabilidad, y validando su uso en esta investigación.

3.3.2. Para la presentación de datos.

En la presentación de los resultados de este estudio se consideraron estas etapas:

a) Autorización.- Se emitió un oficio dirigido al director del Hospital Regional de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano solicitando la autorización para la ejecución del estudio de investigación.

b) Aplicación de instrumentos.- En esta etapa se realizaron los siguientes procedimientos:

- Se recogió la autorización emitida por el director del Hospital Regional de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano.
- Se realizó la validación cualitativa y cuantitativa de los instrumentos de recolección de datos.
- Se contrataron dos personas para la aplicación de instrumentos de recolección de datos previa capacitación respectiva.
- Se identificaron y abordaron a los pacientes en estudio, solicitando su participación en esta investigación.

- Se solicitó la lectura y firma del consentimiento informado; y se aplicaron los instrumentos de investigación en los pacientes en estudio
 - Se concluyó el proceso de recolección de datos, agradeciendo a los pacientes por la colaboración brindada.
- c) Revisión de los datos.-** Se realizó el control de calidad de cada uno de los instrumentos de investigación garantizando que todas las preguntas hayan sido respondidas en su totalidad; y depurando las que fueron rellenos de manera inadecuada.
- d) Codificación de los datos.-** Los resultados obtenidos, fueron transformadas en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas proporcionadas por las madres en estudio, teniendo en consideración las respuestas establecidas en el marco teórico correspondiente a las variables analizadas en esta investigación.
- e) Procesamiento de los datos.-** Los datos fueron procesado manualmente mediante la elaboración de una tabla matriz de base de datos en una hoja de cálculo del programa Excel 2016; que posteriormente fue trasladada a una base de datos en el programa IBM SPSS Versión 24.0 para Windows donde se realizó el procesamiento estadístico e inferencial de los resultados del estudio.
- f) Plan de tabulación de datos.-** Los resultados fueron tabulados en cuadros de frecuencias y porcentajes para una mejor comprensión de la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes en estudio.

g) Presentación de datos.- Los resultados de la investigación fueron presentados en tablas académicas de acuerdo a las dimensiones analizadas en esta investigación, que permitió realizar la interpretación respectiva de acuerdo al marco teórico correspondiente a la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial en estudio.

3.3.3. Para el análisis e interpretación de datos.

a) Análisis descriptivo.- Se detallaron las características inherentes y específicas relacionadas a la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en la muestra en estudio, considerándose solo el uso de las medidas de frecuencia por haberse identificado únicamente variables categóricas en esta investigación.

b) Análisis inferencial.- Para demostrar la relación entre las variables de estudio, se elaboraron tablas de contingencia, donde mediante el ritual de significancia estadística, se realizó un análisis estadístico bivariado utilizando la prueba no paramétrica del Chi – Cuadrado de Independencia, donde se contrastaron y pusieron a prueba cada una de las hipótesis planteadas previamente, considerándose el valor de significancia $p < 0,05$ en la significancia estadística de las pruebas de esta investigación.

c) Consideraciones éticas de la investigación.- Antes de la recolección de datos, se solicitó la firma del consentimiento informado de cada uno de los pacientes participantes del estudio; y también se consideró la aplicación de los siguientes principios bioéticos:

- **Beneficencia;** se respetó este principio porque en ninguna fase de la investigación se dañó la integridad física y el bienestar integral del paciente; y los resultados derivados de esta investigación permiten proponer estrategias de intervención orientadas a mejorar la adherencia terapéutica y la funcionalidad familiar como aspecto esencial en la mejora de la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial.
- **No maleficencia;** se respetó este principio, porque se tuvo cuenta la custodia de los datos obtenidos en el presente estudio, las cuales fueron manejados de manera estrictamente confidencial y solo fueron utilizadas con fines de investigación.
- **Autonomía;** se respetó este principio, pues se aplicó el consentimiento informado, respetando los derechos de la persona de decidir de manera libre y voluntaria para participar en el estudio así como también de retirarse de la investigación en el momento que lo consideren conveniente.
- **Justicia;** se respetó este principio, porque todos los pacientes tuvieron la misma posibilidad de ser escogidos como participantes de la investigación y tuvieron las mismas condiciones e indicaciones para el desarrollo de la investigación durante el proceso de recolección de datos u otros sin ningún tipo de discriminación.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1. Procesamiento de datos.

4.1.1. Características generales de los pacientes en estudio.

Tabla 01. Edad en años de los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.

Edad en años	Frecuencia	%
43 a 50	12	7,8
51 a 58	45	29,2
59 a 66	65	42,2
67 a 74	32	20,8
Total	154	100,0

Fuente. Cuestionario de características sociodemográficas. (Anexo 01).

Respecto a la edad en años de los pacientes con hipertensión arterial participantes del estudio, se encontró que el 42,2% (65) tuvieron de 59 a 66 años de edad; 29% (45) presentaron edades entre los 51 y 58 años; 20,8% (32) tuvieron de 67 a 74 años; y el 7,8% (12) restante presentaron edades que fluctuaron entre los 43 y 50 años de edad.

Tabla 02. Género de los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.

Género	Frecuencia	%
Masculino	81	52,6
Femenino	73	47,4
Total	154	100,0

Fuente. Cuestionario de características sociodemográficas. (Anexo 01).

En relación al género predominante en los pacientes con hipertensión arterial en estudio, se identificó que el 52,6% (81) de encuestados pertenecieron al género masculino y 47,4% (73) restante fueron del género femenino.

Tabla 03. Estado civil de los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.

Estado Civil	Frecuencia	%
Soltero(a)	10	6,5
Casado(a)	41	26,6
Conviviente	85	55,2
Separado(a)	13	8,4
Viudo(a)	05	3,3
Total	154	100,0

Fuente. Cuestionario de características sociodemográficas. (Anexo 01).

En relación al estado civil de los pacientes con hipertensión arterial en estudio, se identificó que el 55,2% (85) de encuestados fueron convivientes, 26,6% (41) estuvieron casados(as); 8,4% (13) estuvieron separados(as); 6,5% (10) se encuentran solteros y el 3,3% (5) restante son viudos(as).

Tabla 04. Grado de instrucción de los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.

Grado de instrucción	Frecuencia	%
Analfabeto(a)	04	2,6
Primaria incompleta	07	4,5
Primaria completa	18	11,7
Secundaria incompleta	27	17,5
Secundaria completa	69	44,8
Superior incompleta	16	10,5
Superior completa	13	8,4
Total	154	100,0

Fuente. Cuestionario de características sociodemográficas. (Anexo 01).

En relación al grado de instrucción de los pacientes con hipertensión arterial en estudio, se identificó que el 44,8% (69) tienen secundaria completa; 17,5% (27) señalaron tuvieron secundaria incompleta; 11,7% (18) tuvieron primaria completa; 10,5% (16) tuvieron como grado de instrucción el nivel superior incompleto; 8,4% (13) tuvieron nivel superior completo; 4,5% (7) presentaron primaria incompleta y por último, el 2,6% (4) restante fueron analfabetos(as).

Tabla 05. Situación laboral de los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.

Situación Laboral	Frecuencia	%
Ama de casa	61	39,6
Empleado(a)	45	29,2
Desempleado(a)	10	6,5
Jubilado(a)	38	24,7
Total	154	100,0

Fuente. Cuestionario de características sociodemográficas. (Anexo 01).

En cuanto a la situación laboral de los pacientes con hipertensión arterial en estudio, se identificó que el 39,6% (61) fueron amas de casa; 29,2% (45) estuvieron empleados(as), es decir que se encontraban laborando de manera dependiente e independiente en instituciones públicas o privadas de la ciudad, 24,7% (38) fueron jubilados; y el 6,5% (10) restante refirieron encontrarse desempleados.

Tabla 06. Ingreso económico mensual de los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.

Ingreso Económico Mensual	Frecuencia	%
Alto	12	7,8
Medio	82	53,2
Bajo	60	39,0
Total	154	100,0

Fuente. Cuestionario de características sociodemográficas. (Anexo 01).

Respecto al ingreso económico mensual de los pacientes con hipertensión arterial en estudio, se encontró que el 53,2% (82) tuvieron un ingreso económico medio, es decir, sus ingresos fluctuaban entre los 750 y 1500 soles mensuales; 39,0% (60) tuvieron un ingreso económico bajo, cuyos ingresos económicos fueron inferiores a los 750 soles mensuales; y el 7,8% (12) restante tuvieron un ingreso económico alto, con ingresos económicos superiores a los 1500 soles mensuales.

4.1.2. Funcionalidad familiar de los pacientes en estudio.

Tabla 07. Funcionalidad familiar en la dimensión comunicación familiar de los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.

Funcionalidad Familiar Dimensión Comunicación Familiar	Frecuencia	%
Familia Funcional	89	57,8
Familia Disfuncional	65	42,2
Total	154	100,0

Fuente. Escala de funcionamiento familiar modificada. (Anexo 02).

Respecto a la funcionalidad familiar en la dimensión comunicación familiar en los hogares de los pacientes con hipertensión arterial considerados en el presente estudio, se identificó que el 57,8% (89) de encuestados tenían familias funcionales, mientras que el 42,2% (65) restante provenían de familias disfuncionales en su contexto familiar.

Tabla 08. Funcionalidad familiar en la dimensión cohesión familiar de los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.

Funcionalidad Familiar Dimensión Cohesión Familiar	Frecuencia	%
Familia Funcional	84	54,5
Familia Disfuncional	70	45,5
Total	154	100,0

Fuente. Escala de funcionamiento familiar modificada. (Anexo 02).

Respecto a la funcionalidad familiar en la dimensión cohesión familiar en los hogares de los pacientes con hipertensión arterial participantes de la investigación, se encontró que el 54,5% (84) de pacientes provenían de familias funcionales, y el 45,5% (70) restante tenían familias disfuncionales en sus hogares.

Tabla 09. Funcionalidad familiar en la dimensión adaptabilidad familiar de los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.

Funcionalidad Familiar Dimensión Adaptabilidad Familiar	Frecuencia	%
Familia Funcional	81	52,6
Familia Disfuncional	73	47,4
Total	154	100,0

Fuente. Escala de funcionamiento familiar modificada. (Anexo 02).

Respecto a la funcionalidad familiar en la dimensión adaptabilidad familiar en los hogares de los pacientes con hipertensión arterial considerados en esta investigación, se evidenció que el 52,6% (81) tuvieron familias funcionales, y el 47,4% (73) restante presentaron familias disfuncionales en su ambiente familiar.

Tabla 10. Funcionalidad familiar de los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.

Funcionalidad Familiar Nivel General	Frecuencia	%
Familia Funcional	88	57,1
Familia Disfuncional	66	42,9
Total	154	100,0

Fuente. Escala de funcionamiento familiar modificada. (Anexo 02).

Respecto a la funcionalidad familiar en los hogares de los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán, se identificó que el 57,1% (88) de pacientes encuestados tenían familias funcionales en su hogar, y el 42,9% (66) restante tenían familias catalogadas como disfuncionales en su ambiente familiar.

4.1.3. Adherencia terapéutica en los pacientes en estudio.

Tabla 11. Adherencia terapéutica en la dimensión control de ingesta de medicamentos y alimentos en los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.

Adherencia Terapéutica	Frecuencia	%
Control de Ingesta de Medicamentos y Alimentos		
Adherencia alta	50	32,5
Adherencia media	73	47,4
Adherencia baja	31	20,1
Total	154	100,0

Fuente. Escala de adherencia terapéutica. (Anexo 03).

En cuanto a la adherencia terapéutica en la dimensión control de la ingesta de medicamentos y alimentos en los pacientes con hipertensión arterial considerados en el estudio; se encontró que el 47,4% (73) de pacientes encuestados tuvieron adherencia terapéutica media; 32,5% (50) presentaron adherencia terapéutica alta; y el 20,1% (31) restante tuvieron un nivel de adherencia terapéutica baja en esta dimensión.

Tabla 12. Adherencia terapéutica en la dimensión seguimiento médico conductual en los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.

Adherencia Terapéutica Seguimiento Médico Conductual	Frecuencia	%
Adherencia alta	48	31,2
Adherencia media	77	50,0
Adherencia baja	29	18,8
Total	154	100,0

Fuente. Escala de adherencia terapéutica. (Anexo 03).

En cuanto a la adherencia terapéutica en la dimensión seguimiento médico conductual en los pacientes con hipertensión arterial considerados en el estudio; se encontró que el 50,0% (77) de pacientes encuestados tuvieron adherencia terapéutica media; 31,2% (48) presentaron adherencia terapéutica alta; y el 18,8% (29) restante tuvieron un nivel de adherencia terapéutica baja en esta dimensión.

Tabla 13. Adherencia terapéutica en la dimensión autoeficacia en el cuidado de salud en los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.

Adherencia Terapéutica Autoeficacia en el Cuidado de la Salud	Frecuencia	%
Adherencia alta	61	39,6
Adherencia media	67	43,5
Adherencia baja	26	16,9
Total	154	100,0

Fuente. Escala de adherencia terapéutica. (Anexo 03).

En relación a la adherencia terapéutica en la dimensión autoeficacia en el cuidado de la salud en los pacientes con hipertensión arterial considerados en el estudio; se identificó que el 43,5% (67) de pacientes encuestados presentaron adherencia terapéutica media; 39,6% (61) tuvieron adherencia terapéutica alta; y el 16,9% (26) restante presentaron un nivel de adherencia terapéutica baja en esta dimensión.

Tabla 14. Adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.

Adherencia Terapéutica Nivel General	Frecuencia	%
Adherencia alta	56	36,4
Adherencia media	70	45,5
Adherencia baja	28	18,1
Total	154	100,0

Fuente. Escala de adherencia terapéutica. (Anexo 03).

Respecto a la adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano; se encontró que el 45,5% (70) de pacientes encuestados tuvieron adherencia terapéutica media; 36,4% (56) presentaron adherencia terapéutica alta; y el 18,1% (28) tuvieron un nivel de adherencia terapéutica baja en el presente estudio de investigación.

4.2. Contrastación y prueba de hipótesis.

Tabla 15. Relación entre la funcionalidad familiar en la dimensión comunicación familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.

Funcionalidad Familiar Comunicación Familiar	Adherencia Terapéutica						Total		Chi Cuadrado	P (valor)
	Alta		Media		Baja					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Funcional	49	31,9	36	23,4	04	2,5	89	57,8	43,151	0,000
Disfuncional	07	4,5	34	22,1	24	15,6	65	42,2		
TOTAL	56	36,4	70	45,5	28	18,1	154	100,0		

Fuente. Escala de funcionalidad familiar modificada (Anexo 02) y Escala de adherencia terapéutica (Anexo 02).

Respecto a la relación entre la funcionalidad familiar en la dimensión comunicación familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes en estudio, se identificó que la mayoría de pacientes que tuvieron adherencia terapéutica alta tuvieron familias funcionales (31,9%), y la mayoría de pacientes que presentaron adherencia terapéutica baja tuvieron familias disfuncionales (15,6%); y los pacientes que tuvieron adherencia terapéutica media, provinieron de familias funcionales (23,4%) y de familias disfuncionales (22,1%) en similares proporciones en esta dimensión.

Al analizar la relación entre las variables mediante la prueba del Chi Cuadrado de Independencia, se encontró un valor de 43,151 con un nivel de significancia $p = 0,000$; que indica que estas variables se relacionan significativamente, por lo que se concluye que la funcionalidad familiar en la dimensión comunicación familiar se relaciona de manera significativa con la adherencia terapéutica en los pacientes en estudio; por ello, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en esta dimensión.

Tabla 16. Relación entre la funcionalidad familiar en la dimensión cohesión familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.

Funcionalidad Familiar Cohesión Familiar	Adherencia Terapéutica						Total		Chi Cuadrado	P (valor)
	Alta		Media		Baja		Nº	%		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
Funcional	48	31,2	33	21,5	03	1,8	84	54,5	45,186	0,000
Disfuncional	08	5,2	37	24,0	25	16,3	70	45,5		
TOTAL	56	36,4	70	45,5	28	18,1	154	100,0		

Fuente. Escala de funcionalidad familiar modificada (Anexo 02) y Escala de adherencia terapéutica (Anexo 02).

Respecto a la relación entre la funcionalidad familiar en la dimensión cohesión familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes en estudio, se encontró que la mayoría de pacientes que tuvieron adherencia terapéutica alta tuvieron familias funcionales (31,2%), mientras que la mayoría de pacientes que presentaron adherencia terapéutica baja provenían familias disfuncionales (16,3%); y los pacientes que tuvieron adherencia terapéutica media provinieron de familias disfuncionales (24,0%) y de familias funcionales (21,5%) en proporciones semejantes en esta dimensión.

Al analizar la relación entre las variables mediante la prueba del Chi Cuadrado de Independencia, se encontró un valor de 45,186 con un nivel de significancia $p = 0,000$; que indica que estas variables se relacionan significativamente, por lo que se concluye que la funcionalidad familiar en la dimensión cohesión familiar se relaciona de manera significativa con la adherencia terapéutica en los pacientes en estudio; por ello, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en esta dimensión.

Tabla 17. Relación entre la funcionalidad familiar en la dimensión adaptabilidad familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.

Funcionalidad Familiar	Adherencia Terapéutica						Total	Chi Cuadrado	P (valor)	
	Alta		Media		Baja					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº			%
Funcional	45	29,2	31	20,2	05	3,2	81	52,6	32,802	0,000
Disfuncional	11	7,2	39	25,3	23	14,9	73	47,4		
TOTAL	56	36,4	70	45,5	28	18,1	154	100,0		

Fuente. Escala de funcionalidad familiar modificada (Anexo 02) y Escala de adherencia terapéutica (Anexo 02).

Respecto a la relación entre la funcionalidad familiar en la dimensión adaptabilidad familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes en estudio, se encontró que la mayoría de pacientes que tuvieron adherencia terapéutica alta tenían familias funcionales (29,2%) en su hogar, mientras que la mayoría de pacientes que presentaron adherencia terapéutica baja provenían familias disfuncionales (14,9%); y los pacientes que tuvieron adherencia terapéutica media, tenían familias disfuncionales (25,3%) y familias disfuncionales (20,2%) en porcentajes similares en esta dimensión.

Al analizar la relación entre las variables con la prueba del Chi Cuadrado de Independencia, se encontró un valor de 32,802 y un nivel de significancia $p = 0,000$; que demuestra que estas variables se relacionan significativamente, por lo que se concluye que la funcionalidad familiar en la dimensión adaptabilidad familiar se relaciona de manera significativa con la adherencia terapéutica en los pacientes en estudio; por ello, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en esta dimensión.

Tabla 18. Relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial usuarios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.

Funcionalidad Familiar	Adherencia Terapéutica						Total		Chi Cuadrado	P (valor)
	Alta		Media		Baja		Nº	%		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
Funcional	50	32,5	34	22,1	04	2,5	88	57,1	46,725	0,000
Disfuncional	06	3,9	36	23,4	24	15,6	66	42,9		
TOTAL	56	36,4	70	45,5	28	18,1	154	100,0		

Fuente. Escala de funcionalidad familiar modificada (Anexo 02) y Escala de adherencia terapéutica (Anexo 02).

En cuanto a la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, se encontró que la mayoría de pacientes que tuvieron adherencia terapéutica alta tuvieron familias funcionales (32,5%) en su hogar, mientras que la mayoría de pacientes que presentaron adherencia terapéutica baja provenían familias disfuncionales (15,6%) en su ámbito familiar; y los pacientes que tuvieron adherencia terapéutica media, provinieron de familias disfuncionales (23,4%) y de familias funcionales (22,1%) en proporciones similares en el presente estudio de investigación.

Al analizar la relación entre las variables mediante la prueba del Chi Cuadrado de Independencia, se encontró un valor de 46,725 con un nivel de significancia $p = 0,000$; que demuestra que estas variables se relacionan significativamente, por lo que se concluye que la funcionalidad familiar se relaciona de manera significativa con la adherencia terapéutica en los pacientes en estudio; por ello, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en el presente estudio de investigación.

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. Contrastación de resultados.

El estudio sobre la relación entre la funcionalidad familia y la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018, realizado en la localidad de La Esperanza, distrito de Amarilis, provincia y departamento de Huánuco evidenció mediante la aplicación de la prueba no paramétrica del Chi Cuadrado de Independencia (X^2) que hubo significancia estadística en cuanto a la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes en estudio [$X^2 = 46,725$ y $p = 0,000$]; permitiendo aceptar la hipótesis de investigación y rechazar la hipótesis nula en el contexto del presente estudio de investigación.

Los resultados de esta investigación evidenciaron que respecto a la funcionalidad de familiar, 52,1% de pacientes hipertensos tenían familias funcionales y 47,9% presentaron familias disfuncionales; en relación a la adherencia terapéutica, se encontró que 45,5% tuvo adherencia media, 36,4% alta y 18,1% presentó adherencia baja.

Al analizar la relación entre las variables se observó que la mayoría de paciente hipertensos que tuvieron adherencia terapéutica alta provenían de familias funcionales (32,5%); mientras que la mayoría de pacientes que presentaron adherencia terapéutica baja tenían familias disfuncionales en el hogar (15,6%) evidenciando la relación entre cada una de las variables en el presente estudio.

Estos resultados son similares a los obtenidos por Sanchez⁹⁰ quien en su tesis de investigación concluyó que la funcionalidad familiar se relaciona de manera directa y significativa con la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial, identificando que los pacientes que tenían familias disfuncionales presentaron niveles de bajos de adherencia terapéutica y viceversa, resaltando la importancia del apoyo familiar en el seguimiento y cumplimiento del régimen terapéutico de los pacientes hipertensos, que se asemeja a lo presentado en esta investigación.

Por su parte Barbecho⁹¹ considera que la funcionalidad familiar es un factor protector que se asocia significativamente e influye de manera adecuada y positiva en la adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial; concluyendo que los profesionales de Enfermería deben considerar el entorno familiar para la difusión de actividades preventivo promocionales encaminados a mejorar la adherencia terapéutica de los pacientes.

Galindo y Perez⁹², también evidenciaron la presencia de relación significativa entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica, concluyendo que es trascendental empoderar a los miembros del grupo familiar en la realización de actividades promocionales preventivas, encaminados a incrementar los niveles de cumplimiento terapéutico de los pacientes hipertensos, que también se presentó en esta investigación.

Al respecto, Bustamante y Silva⁹³ demostraron que la cohesión familiar se relacionó e influenció de manera positiva con los niveles de adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial, enfatizando que las familias más cohesionadas y unidas son las que presentan mayores tasas de cumplimiento y seguimiento del tratamiento respectivo que también se observó en el presente estudio.

Para Olvera⁹⁴, el ámbito y grupo familiar desempeñan un rol trascendental en el proceso de adherencia terapéutica de los pacientes, estableciendo que el grado de funcionalidad y disfuncionalidad familiar va repercutir positiva o negativamente en la mejora de las adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial, concluyendo que los niveles bajos de adherencia terapéutica se relacionan con pacientes que tienen familias disfuncionales; y que niveles altos de funcionalidad familiar se relaciona con niveles óptimos de adherencia terapéutica.

Medina, Rojas y Vilcachagua⁹⁵ identificaron que los factores que se asociaron a la adherencia del tratamiento terapéutico en los pacientes hipertensos fueron la edad y el tipo de terapia médica; estableciendo además que la funcionalidad familiar desempeña un rol trascendental en la adherencia del régimen terapéutico y en el fomento de actividades de protección de la salud en el ambiente familiar.

Leyva⁹⁶ también consideró que la funcionalidad familiar constituye un aspecto primordial para que los pacientes cumplan con su régimen terapéutico, estableciendo que las familias que tienen una armonía y convivencia saludable se preocupan por el bienestar de cada uno de sus

miembros, como el cumplimiento del tratamiento médico para mejorar su calidad de vida.

Lagos y Flores⁹⁷ también concordaron en establecer que la funcionalidad familiar y el automanejo son variables que se encuentran íntimamente relacionadas en los pacientes con hipertensión arterial, como se manifiestan en los resultados de esta investigación.

Según los resultados del presente estudio, el panorama de la problemática es en cierta medida alentados, pues se ha podido identificar un porcentaje significativo de pacientes que tuvieron niveles adecuados de funcionalidad familiar en sus hogares y de adherencia terapéutica en el cumplimiento de su tratamiento que repercute de manera positiva en el acceso a una mejora del estado de salud y de su calidad de vida, sin embargo se considera que aún hay mucho por hacer en el afrontamiento de esta problemática pues también se ha podido evidenciar la presencia de pacientes que no cumplen con su tratamiento de manera adecuada, debido a diversos factores como el olvido de la dosis y hora de medicación, la accesibilidad a los servicios de salud y la falta de apoyo de sus familiares en el hogar, que originan que se presenten una serie de complicaciones que repercuten en su estado de salud, por lo que es importante que los profesionales de Enfermería como profesionales encargados del cuidado de salud y la promoción de estilos de vida saludables realicen actividades de intervención educativa orientadas a promover la participación y empoderamiento de la familia en el cumplimiento del régimen terapéutico de los pacientes con hipertensión arterial

A nivel metodológico se puede establecer que la muestra considerada en la presente investigación fue idónea y adecuada, debido a que se consideró como participantes de la investigación a una proporción estadísticamente representativa de los pacientes con diagnóstico médico de hipertensión arterial que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, sin embargo es conveniente señalar que los resultados de esta investigación son válidos únicamente para la muestra en estudio, siendo extrapolables a todos los pacientes hipertensos que presenten características similares a la muestra en estudio; por lo que se considera que es indispensable continuar realizando estudios de investigación relacionados a la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica, para tener mejor conocimiento de la situación real de esta problemática en los establecimientos de salud de nuestra región y mediante ello se puedan implementar medidas de intervención desde el enfoque preventivo promocional y de comunicación en salud encaminadas a mejorar los niveles de adherencia terapéutica y fortalecer la funcionalidad familiar en los hogares de los pacientes con hipertensión arterial.

CONCLUSIONES

- ❖ Respecto a la funcionalidad familiar de los pacientes en estudio, el 57,1% tenían familias funcionales y 42,9% presentaban familias disfuncionales en su ambiente familiar.
- ❖ En relación a la adherencia terapéutica en los pacientes en estudio; el 45,5% presentó adherencia terapéutica media; 36,4% tuvo adherencia terapéutica alta y 18,1% presentó adherencia terapéutica baja.
- ❖ Al analizar la relación entre las variables, se identificó que la funcionalidad familiar se relacionó significativamente con la adherencia terapéutica en los pacientes en estudio [$X^2 = 46,725$; $p = 0,000$]; se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula en el presente estudio de investigación.
- ❖ Respecto a la evaluación por dimensiones, se encontró relación significativa entre la funcionalidad familiar en la dimensión comunicación familiar y la adherencia terapéutica de la muestra en estudio [$X^2 = 43,151$; $p = 0,000$], se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en esta dimensión.
- ❖ Se encontró relación significativa entre la funcionalidad familiar en la dimensión cohesión familiar y la adherencia terapéutica de la muestra en estudio [$X^2 = 45,186$; $p = 0,000$], se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en esta dimensión.

- ❖ Se encontró relación significativa entre la funcionalidad familiar en la dimensión adaptabilidad familiar y la adherencia terapéutica de la muestra en estudio [$\chi^2 = 32,802$; $p = 0,000$], se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en esta dimensión.

RECOMENDACIONES

A la Comunidad Científica en general:

- Realizar investigaciones relacionadas a la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica de los pacientes en los diversos establecimientos de salud de nuestra región, que permitan tener una perspectiva integral de esta problemática y se puedan implementar estrategias sanitarias orientadas a mejorar la adherencia terapéutica y la funcionalidad familiar en los pacientes con hipertensión arterial.
- Realizar estudios cuasi experimentales donde se evalúen la efectividad de las sesiones educativas y otras estrategias de intervención en salud en la mejora de la adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial.

A las(os) enfermeras(os) del Hospital Regional Hermilio Valdizán:

- Mejorar sus intervenciones formativas y educativas en el contexto asistencial, pues la transmisión de una información correcta, adecuada y oportuna a los pacientes y sus familiares respecto al tratamiento y régimen terapéutico de la hipertensión arterial permita promover el empoderamiento e involucramiento familiar en la mejora de la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos.
- Fortalecer la relación terapéutica entre los profesionales de Enfermería, familiares y pacientes con hipertensión arterial, creando un vínculo de

confianza que permita mejorar la adherencia terapéutica en los pacientes mediante un óptimo apoyo en el ambiente familiar.

- Identificar de manera oportuna situaciones de riesgo que se presenten en los hogares de los pacientes con hipertensión arterial y que afecten sus niveles de adherencia terapéutica, realizando medidas encaminadas a promover la funcionalidad familiar como estrategia de intervención desde el enfoque de familias saludables en el cuidado de la salud.
- Promover la participación familiar en el cuidado de los pacientes con hipertensión arterial, pues la familia constituye un aspecto fundamental que influye de manera significativa en los pensamientos, acciones y conductas que realizan los pacientes para mejorar su nivel de adherencia terapéutica en el control de su enfermedad.

A los pacientes con hipertensión arterial:

- Tomar conciencia respecto a la importancia que tiene el cumplimiento del régimen terapéutico para el control de la hipertensión arterial, y el acceso a un mejor estado de salud y una mejor calidad de vida en el contexto biológico, familiar y social.
- Fortalecer las relaciones interpersonales con los miembros de su familia como estrategia de motivación para cumplir con su tratamiento y mejorar su adherencia terapéutica en la hipertensión arterial.

A los familiares de los pacientes con hipertensión arterial:

- Participar de manera activa en el cuidado de la salud de sus familiares con hipertensión arterial, incentivándolos que cumplan con su régimen terapéutico y pongan en práctica actividades de autocuidado de la salud para un mejor control, tratamiento y afrontamiento de esta patología en el ambiente familiar.
- Promover el apoyo, empoderamiento y participación de todos los miembros de la familia en el cumplimiento y mejora de la adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial. Ginebra: OMS; 2013.
2. Carhuallanqui R, Diestra G, Tang J, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. Rev Med Hered 2010; 21(4): 12 – 21.
3. Goya M, Rigchag A, Gonzales E. Funcionalidad familiar y adherencia terapéutica en pacientes hipertensos. [Tesis para optar el grado de Magister en Salud Pública] Ecuador: Universidad de Loja; 2016.
4. Espinosa A. Hipertensión arterial: cifras para definirla al comenzar 2018. Rev. Finlay [Internet]. 2018 Mar [Consultado 22 de Agosto del 2018]; 8(1): 66 - 74. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S222124342018000100008&lng=es.
5. Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Hipertensión 2018. Conoce tus números. [Internet] [Consultado 18 de Agosto del 2018] Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14300%3Adia-mundial-de-la-hipertension-2018-conoce-tusnumeros&catid=9283%3Aworld-hypertensionday&Itemid=72266&lang=es.
6. Organización Panamericana de la Salud. Día Mundial de la Hipertensión 2017: Conoce tus números [Internet] [Consultado 20 de Agosto del 2018] Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13257%3Adia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tusnumeros&catid=9283%3Aworld-hypertensionday&Itemid=42345&lang=es
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Nota de Prensa: El 36,9% de las personas de 15 y más años de edad tiene sobrepeso. [Internet] [Consultado 20 de Agosto del 2018] Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-369-de-las-personas-de-15-y-mas-anos-de-edad-tiene-sobrepeso-10776/>
8. Dirección Regional de Salud Huánuco. Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística – Huánuco. Hipertensión Arterial: datos y estadísticas Huánuco 2017 [Internet] [Consultado 21 de Agosto del 2018] Disponible en: <http://www.diresahuanuco.gob.pe/OITE/morbilidad.htm>.
9. García S, Llanco L. Nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado en personas con hipertensión arterial CAP II – Chupaca – ESSALUD – 2014. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería] Huancayo: Universidad Nacional del Centro; 2015.

10. Limaylla M. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria III Huaycan – EsSalud. [Tesis para optar el Grado Académico de Magíster en Atención Farmacéutica] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
11. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo – pruebas para la acción. 2004. [Internet]. Suiza. [Consultado 22 de Agosto del 2018]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid.
12. Niquín E. Adherencia terapéutica farmacológica antihipertensiva en pacientes atendidos en la Farmacia Farmasalud – Trujillo. [Tesis de Pregrado] Trujillo: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2015
13. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2016. Ginebra: OMS; 2016.
14. Organización Panamericana de la Salud. Pide dar más atención al control de la hipertensión Asunción, 2015. [Internet] [Consultado 22 de Agosto del 2018]; Disponible en http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=950:ops-pide-dar-mas-atencion-al-controlde-la-hipertension&Itemid=340 .
15. Teo K, Chow CK, Vaz M, Ranjarajan S, Yusuf S. Estudio prospectivo de epidemiología rural urbana
16. Encuesta nacional de salud y nutrición. Hipertensión arterial en los adultos. Importancia de mejorar diagnóstico oportuno y de control. ENSANUT; México: ENSANUT; 2012
17. Ministerio de salud. Prevenir la hipertensión arterial [Internet] [Consultado 22 de Agosto del 2017] Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/hipertension/index.html>
18. Faustino Y. Adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2016.
19. Limaylla M. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria III Huaycan – EsSalud. [Tesis para optar el Grado Académico de Magíster en Atención Farmacéutica] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.

20. Sabaté E. Adherencia terapéutica: evidencias para la acción. Organización Mundial de la Salud. [Internet] [Consultado 23 de Agosto del 2018] Disponible en: <https://books.google.com.co/books?id=kcYUTH8rPiwC&hl=es>.
21. Marín R, Rodríguez M. Apoyo Familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Rev. Salud Pública de México. 2001; 43 (4): 336 – 339.
22. González M., González D, Vázquez D, González L, Gómez D. Importancia de la participación familiar en el control de la hipertensión arterial. Ecuador: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 2004.
23. Munar G. La familia como factor coadyuvante en el tratamiento psicológico de pacientes con cáncer. Colombia: Universidad de Sabana; 2007.
24. Marín R, Rodríguez M. Op. Cit., p. 337.
25. Bustamante P, Silva M. “Influencia de la cohesión familiar sobre la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos que desarrollaron enfermedad arterial periférica de la clínica de enfermos crónicos metabólicos del Centro de Salud de los Rosales en el año 2016. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada(o) en Enfermería] Ecuador: Pontificia Universidad Católica de Ecuador; 2016.
26. Condori S, Cruz G. Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo 2, pacientes Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa – 2017. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]: Arequipa: Universidad de San Agustín; 2018.
27. Lagos H, Flores N. Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el hospital de Puente Piedra de Lima. Rev. Cuid. Salud. 2014; 1(2): 84 – 92.
28. Sánchez D. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la funcionalidad familiar en adultos medios. Parroquia La Avanzada. Año 2016. [Tesis para obtener el título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria] Ecuador: Universidad de Loja; 2017.
29. Barbecho M. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en los adultos mayores hipertensos de las parroquias rurales del Cantón Gualaceo 2015. [Tesis para obtener el título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria] Ecuador: Universidad de Cuenca; 2017.
30. Galindo M, Pérez D. Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial sistémica de la UMF N° 220, periodo 2016, Toluca. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería] Ecuador: Universidad Autónoma del Estado de México; 2016.
31. Bustamante P, Silva M. Op. Cit, p. 26.

32. Olvera S. Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en personas con hipertensión familiar. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería] México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2013.
33. Medina R, Rojas J, Vilcachagua J. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en el adulto y adulto mayor con hipertensión arterial de un hospital general, Octubre 2016. [Tesis para optar el grado de Licenciada en Enfermería] Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017.
34. Leiva J. Automanejo en adultos con hipertensión arterial en el consultorio externo del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz Puente Piedra, Lima, 2017. [Tesis para obtener el título profesional de Licenciatura en Enfermería] Lima: Universidad César Vallejo; 2017.
35. Rodríguez R. Grado de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos atendidos en Boticas Inkafarma – Trujillo. Abril – julio 2016. [Tesis para optar el título profesional de Químico Farmacéutico] Trujillo: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2016.
36. Sánchez S. Adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento antihipertensivo en el Hospital Regional Docente Las Mercedes-Chiclayo, Enero- Noviembre 2016. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano] Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2016.
37. Lagos H, Flores N. Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el hospital de Puente Piedra de Lima. Rev. Cuid. Salud. 2014; 1(2): 84 – 92.
38. Garay J. Adherencia a la terapéutica en pacientes adultos con Diabetes Mellitus 2 del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, Amarilis 2016. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2016.
39. Faustino Y. Op. Cit, p. 7.
40. Friedman M. Reunión de asesoramiento con docentes y estudiantes de Maestría en Enfermería con Énfasis en Salud Familiar. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2009.
41. *Ibíd.*, p. 23.
42. *Ibíd.*, p. 24.
43. Friedman ML, Andrews M. Family support and child adjustment in single-parent families. *Issues Compr Pediatr Nurs.* 2002; 13(4):289 – 301.
44. *Ibíd.*, p. 294.
45. *Ibíd.*, p 295.

46. Soto F, Lacoste J, Papenfuss L, Gutiérrez A. El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 1997 Jul [Consultado 23 de Agosto del 2018]; 71(4): 335-341. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000400002&lng=es.
47. Cabrera G, Tascón J, Lucumi D. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2001; 19(1): 91 – 101.
48. Correa D, Arrivillaga M, Arévalo M. Conocimientos y creencias sobre la hipertensión arterial presentes en usuarios de servicios de salud. Pensamiento Filosófico 2004; 3(1): 41 – 58.
49. Orem D. Teoría del autocuidado. En: Maerriner T. Modelos y teorías en Enfermería. 5ta Ed. España: Mosby; 2005.
50. Orem D. Enfermería: Conceptos de la práctica. Barcelona: Masson – Salvat Medicina; 2003
51. Ministerio de Salud. Los lineamientos de política y estrategias para la prevención y control de enfermedades no transmisibles [Internet]. [Consultado 22 de Agosto del 2018], disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_229-2016-MINSA.pdf.
52. *Ibíd.*, p. 34.
53. *Ibíd.*, p. 34.
54. *Ibíd.*, p. 35.
55. *Ibíd.*, p. 35.
56. *Ibíd.*, p. 36.
57. *Ibíd.*, p. 36.
58. Organización Panamericana de la Salud. Guía para la atención integral de las personas con hipertensión arterial. Panamá: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
59. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Guía técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la enfermedad hipertensiva. Resolución Ministerial N° 031-2015/MINSA. [Internet] [Consultado 23 de Agosto del 2018] Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM0312015-MINSA.pdf>
60. Díaz L, Lezama N. Hipertensión arterial y su relación con el deterioro cognitivo en adultos mayores de la población Boca del Monte, Caicara de Maturín. Estado Monagas; Enero – Julio 2010. [Tesis de Licenciatura] Venezuela: Universidad de Oriente; 2010.

61. Aguilar Y. Prevalencia y factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en pacientes del servicio de medicina del Hospital José Agurto Tello – Chosica, Julio del 2009 a Julio del 2011. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano] Lima: Universidad Ricardo Palma; 2011.
62. Organización Mundial de la Salud. Op. Cit., p. 8
63. Espinoza L, Luna L, Pérez M. Relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de cuello uterino en una institución de salud. [Trabajo académico para optar el Título de Segunda Especialidad en Cuidado Enfermero en Oncología] Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017.
64. Zaldívar F. Funcionamiento Familiar Saludable. Cuba. Fundación Salud Vida 2007; 3 (2): 5 – 7.
65. Olson D. Inventarios sobre familia. Instrumentos para medir funcionalidad familiar FACES III y calidad de vida, formatos para adultos y para adolescentes. Bogotá: Guadecón; 2003.
66. Minuchin S. Familias y terapia familiar 10ma Edición. Barcelona: Gedisa; 2001.
67. Camacho, S. Relación entre la percepción del tipo de familia y los valores interpersonales en adolescentes de cuarto y quinto grado de secundaria de Lima-Cercado. [Tesis para optar por el Grado Académico de Magíster en Psicología, mención: Psicología Educativa]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2002.
68. Satir V. Psicoterapia familiar conjunta. 9na Edición. México: Editorial Prensa Médica Mexicana; 2002.
69. *Ibíd.*, p. 35.
70. *Ibíd.*, p. 36.
71. Olson D. Modelo Circumplejo de Sistemas Familiares. En Walsh F. Proceso Familiares Normales. 3ra Edición. Nueva York: Mac Graw Hill; 2003.
72. Olson D. Inventarios sobre familia. Instrumentos para medir funcionalidad familiar FACES III y calidad de vida, formatos para adultos y para adolescentes. Bogotá: Guadecón; 2003
73. Mendoza A. Guía Metodológica para la Intervención Preventiva con Familias. Perú: Devida. 2004.
74. Organización Mundial de la Salud. Op. Cit., p. 12
75. Haynes B, Taylor W, Sackett D. Cumplimiento en el cuidado de la salud. Editores. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 1979.
76. Griffith S. Una revisión de los factores asociados con el cumplimiento del paciente una la toma de los medicamentos prescritos. BJ Gen Pract.1990; 40: 114 – 116.

77. Bimbela J. El Counseling en atención primaria. Jano, 2002; 54 – 60.
78. Farmaindustria. Plan de adherencia al tratamiento. Uso responsable del medicamento [Internet]. Barcelona. 2016; 2 (1): 1 – 116.
79. *Ibíd.*, p. 110.
80. *Ibíd.*, p. 111.
81. *Ibíd.*, p. 112.
82. Meichenbaum D, Turk, D. Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. Madrid: Desclée de Brouwer. 1991.
83. *Ibíd.*, p. 43.
84. *Ibíd.*, p. 44.
85. *Ibíd.*, p. 44.
86. *Ibíd.*, p. 45.
87. Espinoza L, Luna L, Pérez M. *Op. Cit.*, p. 28.
88. *Ibíd.*, p. 29.
89. *Ibíd.*, p. 30.
90. Sánchez D. *Op. Cit.*, p. 19.
91. Barbecho M. *Op. Cit.*, p. 23
92. Galindo M, Pérez D. Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial sistémica de la UMF N° 220, periodo 2016, Toluca. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería] Ecuador: Universidad Autónoma del Estado de México; 2016.
93. Bustamante P, Silva M. *Op. Cit.*, p. 27.
94. Olvera S. *Op. Cit.*, p. 35.
95. Medina R, Rojas J, Vilcachagua J. *Op. Cit.*, p. 42.
96. Leiva J. Automanejo en adultos con hipertensión arterial en el consultorio externo del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz Puente Piedra, Lima, 2017. [Tesis para obtener el título profesional de Licenciatura en Enfermería] Lima: Universidad César Vallejo; 2017.
97. Lagos H, Flores N. Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el hospital de Puente Piedra de Lima. *Rev. Cuid. Salud.* 2014; 1(2): 84 – 92.

ANEXOS

Código:

Fecha:/...../.....

ANEXO N° 01

CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

TITULO DE LA INVESTIGACION: “Relación de la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión Arterial del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018”.

INSTRUCCIONES: Estimado(a) usuario(a) el presente cuestionario forma parte de un estudio orientado a obtener información sobre las características sociodemográficas de los pacientes hipertensión que acuden a esta institución; por lo tanto sírvase marcar con una aspa (x) dentro de los paréntesis y completar algunas líneas las respuestas que usted considere pertinente; las cuales serán manejadas con carácter confidencial, agradezco su gentil colaboración.

I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS:

1. ¿Cuántos años tiene usted?

_____ Años

2. ¿Cuál es su género?:

- a) Masculino.
- b) Femenino.

3. ¿De qué zona procede usted?

- a) Zona Urbana ()
- b) Zona Rural ()
- c) Zona Urbano Marginal ()

II. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS:

4. ¿Cuál es su estado civil?

- a) Soltero(a) ()
- b) Casado(a) ()
- c) Conviviente ()
- d) Separado(a) ()
- e) Viudo(a) ()

5. ¿Cuál es su grado de instrucción?

- a) Analfabeto ()
- b) Primaria incompleta ()
- c) Primaria completa ()
- d) Secundaria incompleta ()
- e) Secundaria completa ()
- f) Superior incompleta ()
- g) Superior completa ()

6. ¿Cuál es su situación laboral actual?

- a) Ama de casa
- b) Empleado
- c) Desempleado
- d) Jubilado

7. ¿Cuál es su ingreso económico mensual?

- a) Alto (mayor de 1500 soles)
- b) Medio (de 750 a 1500 soles)
- c) Bajo (menor de 750 soles)

Gracias por su colaboración...

Código:

Fecha:/...../.....

ANEXO N° 02

ESCALA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR MODIFICADA

TITULO DE LA INVESTIGACION: “Relación de la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión Arterial del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018”.

INSTRUCCIONES: Estimado(a) usuario(a), la presente escala forma parte de una investigación orientada a identificar la funcionalidad familiar en las familias de los pacientes con Hipertensión Arterial que acuden a este establecimiento de salud; por lo que a continuación se presentan una serie de reactivos relacionados a la problemática estudiada, que usted deberá leer detenidamente y marcar con un aspa dentro de los casilleros según la respuesta que usted considere adecuada; sus respuestas serán manejadas de manera anónima y confidencial por lo se le solicita veracidad al contestar las preguntas planteadas, agradezco de antemano su gentil colaboración.

N°	REACTIVOS	Nunca	A veces	Siempre
I.	COMUNICACIÓN FAMILIAR			
1	En mi familia se preocupan por mi estado de salud.			
2	En mi familia se preocupan por que cumpla con mi tratamiento de mi enfermedad.			
3	En mi familia se preocupan porque cumpla con una dieta adecuada para el tratamiento de mi enfermedad.			
4	En mi hogar predomina la armonía y convivencia familiar			
5	En mi familia, puedo contar y expresar lo que siento sin tener temor.			
6	En mi familia cada integrante cumple con sus responsabilidades en el hogar.			
7	En mi familia se conversa sobre los problemas del hogar.			
8	En mi familia se respeta las opiniones de todos los miembros del hogar.			
II	ADAPTABILIDAD FAMILIAR	Nunca	A veces	Siempre
9	En mi familia se consideran las sugerencias para el tratamiento de mi enfermedad.			
10	Mi familia me brinda su apoyo ahora que tengo esta enfermedad.			

11	Mi familia me permiten tomar decisiones en el tratamiento de mi enfermedad			
12	En mi familia las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana			
13	En mi familia, los intereses y necesidades de cada integrante son respetados por el núcleo familiar.			
14	En mi familia, cuando algún integrante de la familia tiene un problema los demás le ayudan.			
15	En mi familia, se distribuyen las tareas del hogar de forma que nadie esté sobrecargado			
16	En mi familia, se aceptan los defectos de los demás y podemos sobrellevarlos.			
III.	COHESIÓN FAMILIAR	Nunca	A veces	Siempre
17	Los miembros de mi familia me apoyan ahora que estoy enfermo(a).			
18	Me gusta la convivencia con mis familiares en el hogar			
19	En mi hogar la unión familiar es muy importante			
20	En mi familia, nos demostramos el cariño que nos tenemos			
21	En mi familia, todos los integrantes participan en la toma de decisiones para cosas importantes en el hogar.			
22	En mi familia realizamos actividades de recreación y compartimos el tiempo juntos.			
23	En mi hogar, todos los integrantes de la familia se mantienen unidos frente a cualquier problema o adversidad.			
24	En mi hogar se toma en cuenta las experiencias de otras familias frente a situaciones difíciles			

Gracias por su colaboración...

Código:

Fecha:/...../.....

ANEXO N° 03

ESCALA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

TITULO DE LA INVESTIGACION: “Relación de la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión Arterial del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018”.

INSTRUCCIONES: Estimado(a) usuario(a), la presente escala forma parte de una investigación orientada a conocer el grado de adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos que acuden a este establecimiento de salud; por lo que a continuación se presentan una serie de reactivos relacionados que usted deberá leer y responder marcando con un aspa dentro de los casilleros según los puntajes que usted considere pertinente, agradezco de antemano su gentil colaboración.

N°	REACTIVOS	Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
I.	CONTROL SOBRE LA INGESTA DE MEDICAMENTOS Y DIETA ALIMENTICIA				
1	Ingiero mis medicamentos de manera puntual.				
2	No importa que el tratamiento sea por largo tiempo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada.				
3	Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto.				
4	Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite.				
5	Asisto a mis consultas de manera puntual.				
6	Para que yo siga el tratamiento, es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos.				
7	Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud, dejo el tratamiento.				
II.	SEGUIMIENTO MÉDICO CONDUCTUAL	Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
8	Me hago análisis clínicos en los periodos que el médico me indica				
9	Después de haber iniciado un tratamiento para controlar mi presión arterial, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.				

10	Me hago mis análisis clínicos periódicamente como me lo recomienda el médico, aunque no esté enfermo.				
11	Me inspira confianza que el personal de salud demuestre conocer mi enfermedad.				
12	Atiendo las recomendaciones del médico en cuanto estar al pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi salud.				
13	Cuando me dan resultados de mis análisis clínicos, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento.				
14	Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento.				
III.	AUTOEFICACIA EN EL CUIDADO DE LA SALUD	Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
15	Estoy dispuesto a dejar algo placentero como por ejemplo dejar de fumar o no ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena				
16	Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer, se me olvida tomar mis medicamentos.				
17	Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento				
18	Cuando los síntomas desaparecen, abandono el tratamiento				
19	Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago.				
20	Si sospecho que mi enfermedad es grave, hago lo que esté en mis manos para aliviarme.				
21	Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo				

Gracias por su colaboración...

ANEXO 04

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- **Título del proyecto.**

“Relación de la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión Arterial del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018”.

- **Responsable de la investigación.**

Huamán Gómez, Liz; estudiante de la Escuela Académica Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco.

- **Introducción / Propósito**

El objetivo del estudio es determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes con diagnóstico médico de hipertensión arterial; en aras de proponer estrategias de intervención orientadas a promover el apoyo y empoderamiento familiar en el cumplimiento del régimen terapéutico en los pacientes con hipertensión arterial.

- **Participación**

Participarán los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial del Hospital Regional de Contingencia Hermilio Valdizán.

- **Procedimientos**

Se le aplicará un cuestionario un cuestionario de características sociodemográficas, una escala de funcionalidad familiar y una escala de adherencia terapéutica en la recolección de los datos; solo se tomará un tiempo aproximado de 25 a 30 minutos en el proceso de recolección de la información.

- **Riesgos / incomodidades**

No habrá incomodidades para usted ni su integridad física debido a que es un estudio observacional, porque el proceso de recolección de datos se centrará solo en las respuestas que usted proporcione respecto a la problemática estudiada.

- **Beneficios**

El beneficio que obtendrá por participar en el estudio, es el de recibir información pertinente respecto a la relación entre la funcionalidad familiar

y el grado de adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos en estudio.

- **Alternativas**

Si usted siente incomodidad al participar de la investigación, la alternativa de retirarse del estudio en el momento que lo crea conveniente; ello no le representara ninguna contrariedad o consecuencia negativa para usted.

- **Compensación**

No recibirá pago alguno por su participación en la investigación; asimismo usted podrá solicitar información respecto al estudio a la investigadora responsable.

- **Confidencialidad de la información**

Los datos obtenidos en el presente estudio serán manejados con total confidencialidad de modo que solo se empleara para cumplir los objetivos antes descritos. La identificación será manejada a través de códigos y será anónimos, garantizando la confidencialidad absoluta durante el estudio de investigación.

- **Problemas o preguntas**

De tener alguna duda comunicase al celular 984910619 o escribir al correo Liz_hg@hotmail.com.

- **Consentimiento / Participación voluntaria.**

Acepto participar en el estudio: He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin que me afecte de ninguna manera.

Firma del usuario

Firma de la investigadora

Huánuco, a los... días del mes de...del 2018

ANEXO 05
CONSTANCIAS DE VALIDACIÓN

CONSTANCIA DE VALIDACION

Yo Glorias Luzmila Rodríguez de Lombardi, con DNI N° 22404125
de profesión Nutricionista, ejerciendo actualmente
como Nutricionista Clínica, en la institución
HOSPITAL REGIONAL HERMIOSA VALDÍAN MIELERNO

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación
cualitativa de contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes
recomendaciones:

EL INSTRUMENTO RECOJE LOS DATOS PARA LA
MEDICIÓN DE LA VANASSE POR LO TANTO PUEDE
SER APLICADO.

En Huánuco, a los 05 días del mes de ENERO del 2018

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional "Herminia Valdían Mielerno"

Dr. Nut. G. Umana Rodríguez de Lombardi
ESP. NUT. CLÍNICA
CRP C. N. N.º 022
Firma

CONSTANCIA DE VALIDACION

Yo Elda Borneo Cantalicio, con DNI N° 40613242,
de profesión LICENCIADO EN ENFERMERIA, ejerciendo actualmente
como DOCENTE INVESTIGACION, en la institución
VDH.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación
cualitativa de contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes
recomendaciones:

MUY BIEN, CONTINUAR CON EL ESTUDIO

En Huánuco, a los 27 días del mes de SET. del 2017


Elda Borneo Cantalicio
LICENCIADO EN ENFERMERIA
E.P. 30950

Firma

CONSTANCIA DE VALIDACION

Yo Luis Laguise Lerma, con DNI N° 2941622,
de profesión Medico, ejerciendo actualmente
como Docente Auxiliar, en la institución
Universidad de Huánuco.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación
cualitativa de contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes
recomendaciones:

Puede proseguir en el estado y aplicar
el tratamiento.

En Huánuco, a los 16 días del mes de marzo del 2018.

 **MINISTERIO DE SALUD**
DIRECCION REGIONAL DE SALUD HUANUCO
Luis Laguise Lerma
MEDICO - PSIQUATRA
CMP 45708

Firma

CONSTANCIA DE VALIDACION

Yo Bertha Serna Román, con DNI N° 22518726,
de profesión Enfermera, ejerciendo actualmente
como Enfermera Asistencial y Docente, en la institución
H.H.I.C. SHOWING F. y U.D.H.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación
cualitativa de contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes
recomendaciones:

1. Características demográficas; sugiero agregar
estado civil y religión; luego el instrumento queda
apto para aplicar.

En Huánuco, a los 03 días del mes de 10 del 2017.



Cc. Bertha Serna Román
CEP. 2101
Firma

ANEXO 06
OFICIO INSTITUCIONAL DE AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN
DE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



"año del buen servicio al ciudadano"

Huánuco 12 de diciembre del 2017

OFICIO. Mult - N° 72 - 2017D/PA – ENF – UDH

Señor(a)
Med. Heriberto, Hidalgo Carrasco
DIRECTOR del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano



Presente:

De mi consideración

Es grato dirigirme a Usted, para saludarte cordialmente y a la vez hacer de su conocimiento que la alumna HUAMAN GOMEZ LIZBETH de la Escuela Académico Profesional de enfermería de la Universidad de Huánuco, se encuentra desarrollando el trabajo de investigación titulado "RELACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO HUÁNUCO 2018" por lo que solicito campo clínico para aplicar la recolección de datos de dicho estudio, ya que tendrá como muestra de estudio a todos los pacientes que acuden por consultorios externos al establecimiento de salud.

Esperando contar con su apoyo y comprensión, agradezco anticipadamente a Usted reiterándole las muestras de mi consideración y estima personal.

Atentamente.



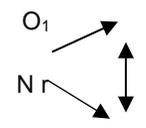
Mg. Amalia Verónica Leiva Yaro
Directora PA de enfermería

Jr. Hermilio Valdizan N°871 – Jr. Progreso N° 650 - teléfono la esperanza (062) 515151 anexo 331 telefax: 062 513154 – E-mail: ud.ocv@terra.com.pe

HUANUCO - PERU

ANEXO 07
MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES		
<p>Problema general: ¿Cuál es la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018?</p>	<p>Objetivo general: Determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.</p>	<p>Hipótesis general Hi: La funcionalidad familiar se relaciona con la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018. Ho: La funcionalidad familiar no se relaciona con la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018.</p>	VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES
			Funcionalidad Familiar	Comunicación Familiar	Funcional Disfuncional
Cohesión Familiar	Funcional Disfuncional				
Adaptabilidad Familiar	Funcional Disfuncional				
<p>Problemas específicos: ¿Qué relación existe entre la funcionalidad familiar en la dimensión comunicación familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes en estudio?</p> <p>¿Qué relación existe entre la funcionalidad familiar en la dimensión cohesión familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes en estudio?</p> <p>¿Qué relación se establece entre la funcionalidad familiar en la dimensión adaptabilidad familiar y la adherencia terapéutica en el paciente en estudio?</p>	<p>Objetivos específicos: Identificar la relación que existe entre la funcionalidad familiar en la dimensión comunicación familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes en estudio.</p> <p>Establecer la relación que existe entre funcionalidad familiar en la dimensión cohesión familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes en estudio.</p> <p>Analizar la relación que se establece entre la funcionalidad familiar en la dimensión adaptabilidad familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes en estudio.</p>	<p>Hipótesis específicas: Hi1: La funcionalidad familiar en la dimensión comunicación familiar se relaciona con la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial en estudio. Ho1: La funcionalidad familiar en la dimensión comunicación familiar no se relaciona con la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial en estudio.</p> <p>Hi2: La funcionalidad familiar en la dimensión cohesión familiar se relaciona con la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial en estudio Ho2: La funcionalidad familiar en la dimensión cohesión familiar no se relaciona con la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial en estudio.</p> <p>Hi3: La funcionalidad familiar en la dimensión adaptabilidad familiar se relaciona con la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial en estudio. Ho3: La funcionalidad familiar en la dimensión adaptabilidad familiar se relaciona con la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial en estudio.</p>	VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES
			Adherencia Terapéutica	Control de la ingesta de medicamentos y alimentos	Adherencia Alta Adherencia Media Adherencia Baja
				Seguimiento Médico Conductual	Adherencia Alta Adherencia Media Adherencia Baja
				Autoeficacia en el cuidado de la salud	Adherencia Alta Adherencia Media Adherencia Baja

DISEÑO	POBLACION Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS
<p>TIPO DE ESTUDIO: Relacional</p> <p>Según la intervención de la investigadora: Observacional.</p> <p>De acuerdo a la planificación de la recolección de datos: Prospectivo.</p> <p>Por el número de ocasiones en que se mide la variable en estudio: Transversal</p> <p>Según el número de variables de estudio: Analítico</p> <p>Diseño de estudio: El diseño de aplicación en estudio será el diseño descriptivo correlacional.</p>  <p>Dónde: N : Muestra de pacientes con hipertensión arterial O₁ : Funcionalidad Familiar. O₂ : Adherencia Terapéutica r : Relación entre las variables.</p>	<p>POBLACION La población estuvo conformada por 256 pacientes con diagnóstico médico de hipertensión arterial atendidos en los consultorios del Hospital Regional de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano durante los meses de Abril a Junio del año 2018.</p> <p>MUESTRA La muestra estuvo conformada por 154 pacientes con hipertensión arterial atendidos en los consultorios del Hospital Regional de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano durante el periodo de ejecución de estudio, seleccionadas mediante el muestreo no probabilístico intencionado y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos.</p>	<p>PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS: Cuestionario de características sociodemográficas. Escala de funcionalidad familiar modificada. Escala de adherencia terapéutica</p> <p>ANÁLISIS DE DATOS: Análisis descriptivo: Se detallaron las características de cada una de las variables en estudio, considerando el uso de las medidas de frecuencias para las variables categóricas identificadas en esta investigación.</p> <p>Análisis inferencial. Para la contratación de las hipótesis se utilizó la Prueba del Chi cuadrado de comparación de frecuencias para establecer la relación entre las dos variables en estudio con un nivel de significancia estadística $p < 0.05$.</p>