



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.  
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), enero-febrero 2025,  
Volumen 9, Número 1.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v9i1](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1)

**ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD  
FAMILIAR Y ADHERENCIA A TRATAMIENTO  
ANTIHIPERTENSIVO EN LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR #9 FRONTERA, COAHUILA**

**ASSOCIATION BETWEEN FAMILY FUNCTIONALITY AND  
ADHERENCE TO ANTIHYPERTENSIVE TREATMENT IN  
FAMILY MEDICINE UNIT #9 FRONTERA, COAHUILA**

**Luis Alfredo Banda Loyola**

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

**Karla Ivette Esparza Treviño**

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

**Ana Gabriela Calzoncit Magallanes**

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

**Carlos Ramiro Lozano Mendoza**

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i6.15707](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i6.15707)

## Asociación entre Funcionalidad Familiar y Adherencia a Tratamiento Antihipertensivo en la Unidad de Medicina Familiar #9 Frontera, Coahuila

**Luis Alfredo Banda Loyola<sup>1</sup>**[alfredobanda6@gmail.com](mailto:alfredobanda6@gmail.com)<https://orcid.org/0009-0003-9078-2332>Instituto Mexicano del Seguro Social  
México**Ana Gabriela Calzoncit Magallanes**[ana.calzoncit@imss.gob.mx](mailto:ana.calzoncit@imss.gob.mx)<https://orcid.org/0000-0001-8626-4506>Instituto Mexicano del Seguro Social  
México**Karla Ivette Esparza Treviño**[karla.esparzat@imss.gob.mx](mailto:karla.esparzat@imss.gob.mx)<https://orcid.org/0009-0005-4862-7501>Instituto Mexicano del Seguro Social  
México**Carlos Ramiro Lozano Mendoza**[carlos.lozanome@imss.gob.mx](mailto:carlos.lozanome@imss.gob.mx)<https://orcid.org/0000-0001-8901-3534>Instituto Mexicano del Seguro Social  
México

### RESUMEN

Introducción: La OMS reconoce que mejorar la adherencia de pacientes al tratamiento aumenta la seguridad del mismo. La buena funcionalidad familiar preserva la salud del individuo, está ligado a la adherencia y apego a los cambios que comprenden el estilo de vida, teniendo un impacto significativo para el bienestar grupal e individual del paciente. Objetivo: Establecer la asociación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento antihipertensivo en los derechohabientes en la UMF 9. Diseño: Se realizó un estudio cuantitativo, prospectivo, observacional, y transversal. Métodos: Se aplicaron 2 test, la Prueba de Percepción de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) de 14 ítems, y la Escala Autoadministrada de Morisky de Adherencia a la Medicación de 8 ítems. Se obtuvo información como edad, género, estado civil, escolaridad, ocupación y comorbilidades. Los datos fueron capturados y procesados en SPSS para su análisis estadístico y realizar el reporte final. Resultados: Se obtuvo una muestra de 366 pacientes, se encontró una Chi-cuadrado de Pearson de  $p < 0.001$ , IC 95% OR 9.4 (5.6-15.8). Conclusiones: Se demostró que la familia tiene una participación importante en el proceso salud-enfermedad y la buena funcionalidad familiar, promoviendo la salud del paciente y mejorando la adherencia al tratamiento para tener mejores resultados en las metas de presión arterial. La mayoría fue género femenino, esto se explica con lo descrito en la literatura, donde describen a la mujer como encargada del cuidado de la salud familiar.

**Palabras Clave:** adherencia, funcionalidad familiar, hipertensión

---

<sup>1</sup> Autor principal

Correspondencia: [alfredobanda6@gmail.com](mailto:alfredobanda6@gmail.com)

# Association Between Family Functionality and Adherence to Antihypertensive Treatment in Family Medicine Unit #9 Frontera, Coahuila

## ABSTRACT

**Introduction:** The WHO recognizes that improving patient adherence to treatment increases its safety. Good family functionality preserves the health of the individual; it is linked to adherence and attachment to the changes that comprise the lifestyle, having a significant impact on the group and individual well-being of the patient. **Objective:** Establish the association between family functionality and adherence to antihypertensive treatment in beneficiaries in the UMF 9. **Design:** A quantitative, prospective, observational, and cross-sectional study was carried out. **Methods:** Two tests were applied, the 14-item Family Functioning Perception Test (FF-SIL), and the 8-item Morisky Self-Administered Medication Adherence Scale. Information such as age, gender, marital status, education, occupation and comorbidities was obtained. The data were captured and processed in SPSS for statistical analysis and to prepare the final report. **Results:** A sample of 366 patients was obtained, a Pearson's Chi-square was found of  $p < 0.001$ , IC 95% OR 9.4 (5.6-15.8). **Conclusions:** It was shown that the family has an important participation in the health-disease process and good family functionality, promoting the patient's health and improving adherence to treatment to have better results in blood pressure goals. The majority were female, this is explained by what is described in the literature, where they describe women as in charge of family health care.

**Keywords:** adherence, family functionality, hypertension

*Artículo recibido 10 diciembre 2024  
Aceptado para publicación: 30 enero 2025*



## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoce que mejorar la adherencia de los pacientes a su tratamiento también aumenta la seguridad del mismo dado que la mayor parte de la atención necesaria para los procesos crónicos se basa en el autocuidado del paciente. (1)

### **Adherencia al Tratamiento.**

Inicialmente la adherencia terapéutica era considerada como el grado en que el paciente sigue las instrucciones medicas sin embargo, esta definición contrajo una serie de efectos ya que se pensaba que el término “Médico” era insuficiente para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas. (2)

A pesar de los múltiples conceptos del término adherencia en el área médica, la OMS, en el 2004 fusionó las definiciones de Haynes y Rand para hablar de una adherencia al tratamiento al grado de una persona para; tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria, además de ser el momento en que se hizo un fuerte hincapié en la necesidad de diferenciar la adherencia al cumplimiento por medio de la observancia en su entorno y refieren el modelo de cinco dimensiones (3)

El interés en la adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores denominados dimensiones (socioeconómico, relacionados con el sistema de asistencia sanitaria, relacionados con la enfermedad, relacionados con el tratamiento y relacionados con el paciente), de los cuales los factores relacionados con el paciente solo son un determinante ya que la creencia común de que los pacientes se encargan exclusivamente de tomar su tratamiento es desorientado y con mayor frecuencia, refleja una concepción errónea sobre como otros factores afectan el comportamiento de la gente y la capacidad de adherirse a su tratamiento. (4)

Además de las cinco dimensiones de adherencia al tratamiento también es importante mencionar que la base de estos factores es el reconocimiento del padecimiento existente, es decir numerosos estudios han identificado que hace falta conocimiento por parte del paciente que se tiene la patología para que pueda prevenirse de manera correcta o en su defecto, mantenerse informado del tratamiento por su profesional de salud y su apego al tratamiento a prescribir. (5)



Becerra & Villegas, describe que la buena funcionalidad familiar fomenta y preserva la salud del individuo, lo cual está ligado a la adherencia y al buen apego a los cambios que comprenden el estilo de vida, teniendo un impacto significativo para el bienestar grupal e individual por parte del paciente dejando así la puerta abierta a la investigación constante, enfocada a dirigir esfuerzos en materia de prevención abordando la temática “funcionalidad familiar” con destino a mejorar la calidad de vida y disminución de costos a largo plazo en el sector salud. (6)

La funcionalidad familiar corresponde a los distintos procesos del cambio que pueden facilitar y promover la adaptación de la familia a una situación determinada. Años atrás, Olson la definía como la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia (cohesión), que pueda ser capaz de cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas (adaptabilidad) (7) y sobre todo de influir como ejemplo en el comportamiento de los hijos, además consideraba que un funcionamiento adecuado es aquel que posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están asignados, aunque algunas ocasiones puede verse afectado por algunas circunstancias negativas, es decir, no solo es importante el funcionamiento familiar, también, es necesario que la familia sea promotora de la práctica terapéutica del mismo. (8)

En seguimiento con lo mencionado, patologías como la Hipertensión arterial sistémica comprende hoy en día uno de los problemas con mayor interés por abordar de manera integral considerando estos dos criterios, su adherencia y la funcionalidad familiar, ya que según el primer análisis mundial de las tendencias de prevalencia, detección, tratamiento y control de hipertensión dirigido por el College de Londres y la OMS, aproximadamente el 50% de estas personas no sabían que tenían este padecimiento.(9)

### **Hipertensión Arterial Sistémica.**

Actualmente el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), recomienda clasificar a los jóvenes, adultos de mediana edad y ancianos con hipertensión arterial sistémica (HAS) cuando la Presión Arterial Sistólica (PAS) sea de  $\geq 140$ mmHg y/o la Presión Arterial Diastólica sea de  $\geq 90$ mmHg después de un examen repetido, tomada en consultorio. (10)



Si bien, aún no se conoce la etiología exacta de la hipertensión primaria, existen una serie de factores no modificables y modificables en el desarrollo de la HAS, aquellos que comprenden aspectos del entorno social son los que han cobrado mayor relevancia (11)

En seguimiento, la OPS estima de su población el 20-35% del mismo grupo de edad y países de Sudamérica como Argentina, Chile, Colombia y Brasil comprenden el 57% de su población registrada con HAS (12), además la ENSANUT reportó la prevalencia del 49.4% de nuestra población mexicana con un predominio en sexo masculino (55.3% vs 44% femenino). (13)

Si bien se estima que alrededor del año 2020 existían casi 15.2 millones de mexicanos con diagnóstico de HAS, sólo 7.48 millones de estos, eran derechohabientes del IMSS, Rosas-Peralta y Colaboradores observaron que se requiere atención médica continua enfocada en estrategias multifactoriales como la educación y el apoyo continuo en materia de autogestión de la HAS para superar los retos ya existentes: auto vigilancia del paciente por el resto de su vida. (14)

Ofrecer la atención multidisciplinaria al paciente considerando cada uno de los aspectos antes mencionados, nos será más fácil si conocemos a que tipo de familia pertenece, cuál es su red de apoyo y como es el funcionamiento de su familia. (15)

### **Relación entre adherencia y funcionalidad familiar en la hipertensión arterial sistémica.**

Dalal y Cols refiere que en un escenario de HAS, una mayor adherencia reduce el riesgo de eventos cerebrovasculares, muestra las cifras de adherencia tan variables que existen en India ya que corresponden del 19 al 96%, sus factores predominantes fueron la falta de conocimiento de la HAS y sus complicaciones así como la naturaleza asintomática de la enfermedad, sin embargo menciona que también múltiples factores como el tipo de tratamiento que reciba el paciente, el alto costo de su tratamiento vs el bajo nivel socioeconómico presentado en este país y la relación médico-paciente afectan la adherencia que vaya a tener el mismo (1)

De hecho, refiere que el médico debe utilizar cada encuentro para aconsejar a los pacientes con hipertensión y con menos años de diagnóstico sobre los beneficios de la adherencia a los fármacos. (16)

Así mismo Khadoura refiere que el 42,2% de los pacientes con HAS, no se adhieren a la medicación prescrita además de observar que la auto eficacia y el apoyo social fueron significativamente asociados a la no adherencia en el tratamiento antihipertensivo (17)



Es necesario seguir investigando sobre la existencia de todos los factores que comprenden la funcionalidad familiar que puedan influir en la adherencia terapéutica pues del apego que se tenga será la fuente de complicaciones psicológicas y médicas y tendrá un impacto en la calidad de vida de los pacientes, desperdiciando recursos de atención médica y reduciendo la creencia del individuo hacia el sistema de salud vs una fuerte adherencia, la cual puede tener mayor impacto en la salud que cualquier avance en las terapias antihipertensivas. (18)

Sin embargo, un abordaje global comprendido en el enfoque del entorno familiar ante la enfermedad de la hipertensión arterial sistémica no ha sido claro y a su vez, la información es limitada por lo que en este estudio se formula la siguiente pregunta:

¿Cuál es la asociación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los derechohabientes en la UMF#9?

## **METODOLOGÍA**

**Tipo de Estudio:** Estudio cuantitativo, prospectivo, observacional, transversal.

**Universo y Población:** Derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar Núm. 9 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Frontera, Coahuila, México. Pacientes con diagnóstico establecido de hipertensión arterial sistémica en tratamiento farmacológico.

**Lugar:** Unidad de Medicina Familiar núm. 9 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Frontera, Coahuila, México.

**Tiempo de Estudio:** La recolección de datos se llevó a cabo en el periodo comprendido de agosto del 2022 hasta abril del 2023, para luego continuar con el proceso estadístico y publicación de resultados.

**Tipo y Tamaño de la Muestra:** Se utilizó tipo de muestreo probabilístico para la cual se aplicó la fórmula de población finita de 7461 con un intervalo de confianza de 95%,  $Z = 1.96$ , donde se obtuvo una muestra total de 366 pacientes.

### **Variables.**

Dependiente: Adherencia a Tratamiento.

Independientes: Funcionalidad Familiar

Intervinientes: Edad, Género, Estado Civil, Escolaridad, Ocupación y Enfermedades preexistentes.



### **Criterios de Inclusión**

- Derechohabientes adultos mayores de 18 años
- Pacientes con diagnóstico establecido de hipertensión arterial sistémica en tratamiento farmacológico
- Que aceptarán voluntariamente y firmarán consentimiento informado.

### **Criterios de Exclusión**

- Pacientes analfabetas.
- Pacientes con enfermedad renal.
- Pacientes con diagnóstico de enfermedad psiquiátrica.
- Pacientes dependientes de familiar para ingesta de medicamento.
- Pacientes que vivan solos.
- Pacientes que se nieguen a participar en el estudio.

### **Criterios de Eliminación**

- Pacientes con pérdida de derechohabiencia durante el tiempo de realización del estudio.
- Pacientes que llenen incorrectamente el test.
- Consentimiento informado no firmado.

**Intervención:** El estudio se clasifica como investigación con riesgo mínimo; estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios. Previa autorización por parte del comité de ética y de investigación y el comité local de investigación en salud se invitó a participar a todo paciente con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica que acuda a la consulta de medicina familiar mayor de 18 años y que cumplió con el resto de los criterios de inclusión para el estudio. Si aceptaron se les entregó un consentimiento informado, donde se les explicó riesgos, beneficios, procedimientos y privacidad del estudio, que fue firmado para participar en el mismo.

Se aplicaron dos test, uno de funcionalidad familiar y otro de adherencia al tratamiento.

El primer test llamado Prueba de Percepción de funcionamiento familiar (FF-SIL) que consta de 14 ítems, mostrando en cada uno como posibles respuestas: casi nunca, pocas veces, a veces, muchas veces,

casi siempre; calificado cada uno con el valor en puntos de: 1, 2, 3, 4, 5 en el orden respectivamente mencionado, obteniendo una sumatoria de 14 puntos como mínima y máxima de 70 puntos para clasificar a la funcionalidad familiar como: funcional (57-70 puntos), moderadamente funcional (43-56 puntos), disfuncional (28-42) y severamente disfuncional (14-27 puntos). Alfa de Cronbach (.887).

El segundo test es el llamado Escala autoadministrada de Morisky de Adherencia a la Medicación de 8 ítems (MMAS-8) y ha sido validada en pacientes hipertensos y en el idioma español, Alfa de Cronbach (.646). Las preguntas se formulan para evitar el sesgo de decir sí a todas las respuestas. Las opciones de respuesta son “sí” o “no” para los ítems del 1 a 7, mientras que el ítem 8 se contesta según una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos. Cada respuesta “no” es valorada como 1 y cada respuesta “sí” como 0, con excepción del ítem 5 en el que la respuesta “sí” es valorada como 1 y la respuesta “no” como 0. Para el ítem 8, el código (0-4) tiene que ser normalizado dividiendo el resultado por 4 para calcular la puntuación total. El rango de puntuación total de la escala MMAS-8 va desde 0 a 8, reflejando la puntuación 8 una alta adherencia, las puntuaciones 7 o 6 reflejan una adherencia media y las puntuaciones inferiores a 6 una baja adherencia. Se tomó la decisión de fusionar los resultados de las familias moderadamente funcionales y disfuncionales, así como de fusionar los resultados de baja y media adherencia, para así obtener los resultados divididos en 2 variables, funcional y disfuncional así como alta y baja adherencia, y presentar los resultados dicotómicos.

Además de esto se realizó una toma de presión mediante la “toma estandarizada de Presión Arterial, para evaluar el control de la hipertensión arterial y posteriormente clasificarla.

Los datos obtenidos se trabajaron en hoja de datos Excel 365, para su posterior análisis en programa SPSS versión 27.0, siendo las variables analizadas a través de tablas de frecuencia y porcentajes, distribución de moda, media, mediana, rango y desviación estándar según corresponda.

## **RESULTADOS Y DISCUSION.**

Como podemos observar en la tabla 1, se obtuvo que del total de la población encuestada (n=366) se encontró un predominio de género femenino (n=254 pacientes, 69.3%) comparado con el masculino en el que fueron 112 pacientes (30.7%).

Encontramos pacientes entre los 27 y 90 años, presentando una media de 63.06 años, una moda de 64 años y una mediana de 63.5 años, de estos la mayoría eran casados con un 69.7% (n=255), 21.9% viudos



(n=80), 5.7% (n= 21) solteros, 2.2% (n=8) divorciados y con una menor cantidad en unión libre correspondiente a 0.5% (n=2).

En cuanto a la escolaridad, ningún paciente era analfabeta (0.0%) debido a los criterios de exclusión, 25 pacientes (6.8%) sabían leer y escribir, encontramos predominio de pacientes con estudios de primaria terminada (41.0%), 99 pacientes (27%) secundaria, 64 pacientes (17.5%) hasta preparatoria y 28 pacientes (7.7%) con licenciatura, además en relación con la ocupación se encontró que 221 pacientes (60.4%) eran ama de casa siendo esta la mayoría, 54 pacientes (14.8%) eran empleados, (1.9%) eran desempleados y 84 pacientes (23.0%) eran jubilados y/o pensionados.

Se observó que si bien uno de los criterios de selección de nuestra población es que tenga el diagnóstico de hipertensión, el indagar en el grado en el que se encuentra dicha enfermedad, nos complementa la situación que analizamos, es así que el 52.7% mantenía una tensión normal (n=193), 30.6% se encuentra en grado I (n=112) y sólo el 16.7% está ubicado en grado II (n=57), complementando este dato, si bien el predominio de nuestra población mantiene la tensión arterial en rangos normales, también obtuvimos que el 57.7% presenta al menos 1 o 2 comorbilidades (n=211), 41.5% no presenta ninguna enfermedad preexistente (n=152), y representando a la frecuencia mínima de 0.8% tiene más de 3 enfermedades (n=3), es decir una cantidad significativa de nuestra población a pesar de tener su tensión arterial en rangos normales comparte el tratamiento propio de la tensión arterial con otras comorbilidades, lo cual representa un gran complemento epidemiológico a nuestra unidad de Medicina familiar No.09.

En criterios de funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento, se tomó la decisión de fusionar los resultados de las familias moderadamente funcionales y disfuncionales, y de fusionar los resultados de baja y media adherencia y así obtener los resultados divididos en 2 variables, funcional y disfuncional así como alta y baja adherencia, con lo cual, obtuvimos que el 64.5% son funcionales (n=236) y 35.5% disfuncionales (n=130) (Tabla 2), de hecho en los resultados de adherencia al tratamiento se obtuvo también un predominio de alta adherencia con 71.9% (n=263) y el 28.1% presentó una baja adherencia (n=103), demostrando un valor significativo de p (<0.001) en los grados de hipertensión arterial en relación a la funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento, sin embargo estos datos sólo representan las variables como estadísticos individuales. (Tabla 3)



De la totalidad de los pacientes encuestados (n=366), el 64.5% (n=236) muestra una familia funcional, de esta clasificación el 78.7% con una alta adherencia al tratamiento (n=207), y un 28.2% (n=29) con una baja adherencia, en seguimiento se muestra una tendencia disminuida hacia la relación funcionalidad y adherencia ya que nos damos cuenta que el 35.5% (n=130) de la población encuestada donde tenía una disfuncionalidad familiar también se observó una baja adherencia al tratamiento con un 71.8% (n=74) y una alta adherencia de 21.3% n(=56). (Tabla 4)

Finalmente, acorde al objetivo inicial de nuestra investigación se obtiene una comprobación de la hipótesis de investigación: “una menor funcionalidad familiar disminuye la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los derechohabientes en la UMF #9”.

Se encontró una Chi-cuadrado de Pearson de  $p < 0.001$ , IC 95% OR 9.4 (5.6-15.8).

Sin embargo, nuestros resultados se complementan a continuación con lo que se ha encontrado en las investigaciones recientemente.

**Tabla 1** Características basales de los pacientes. Datos obtenidos de los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.09.

<b>Tabla 1. Características basales de los pacientes.</b>	
<b>Variable</b>	<b>Total N= 366</b>
Edad, años	63.06±10.72
Sexo	
- Femenino	254 (69.3)
- Masculino	112 (30.7)
Estado civil	
- Soltero	21 (5.7)
- Casado	255 (69.7)
- Unión libre	2 (0.5)
- Divorciado	8 (2.2)
- Viudo	80 (21.9)
Escolaridad	
- analfabeta	0 (0)
- sabe leer y escribir	25 (6.8)
- primaria	150 (41.0)
- secundaria	99 (27)
- preparatoria	64 (17.5)
- universidad	28 (7.7)
- posgrado	0 (0)
Ocupación	
- Ama de casa	221 (60.4)
- Empleado	54 (14.8)
- Desempleado	7 (1.9)
- Pensionado	84 (23.0)
- Estudiante	0 (0)
Enfermedades preexistentes	
- 0	152 (41.5))
- 1 o 2	211 (57.7)
- ≥3	3 (0.8)
Grado de Hipertensión Arterial	
- Normal	193 (52.7)
- Grado I	112 (30.6)
- Grado II	61 (16.7)
- Grado III	0 (0)



**Tabla 2** Características basales de los pacientes comparadas por grado de funcionalidad. Datos obtenidos de los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.09.

Tabla 2. Características basales de los pacientes comparadas por grado de funcionalidad.			
Variable	Funcional N= 236	Disfuncional N= 130	Valor de p
Edad, años	63.17±10.71	63.24±10.74	
Sexo			
- Femenino	172 (67.7)	82 (32.3)	0.051
- Masculino	64 (57.0)	48 (42.9)	
Estado civil			
- Soltero	16 (6.8)	5 (3.8)	0.361
- Casado	158 (66.9)	97 (74.6)	
- Unión libre	2 (0.8)	0 (0)	
- Divorciado	4 (1.7)	4 (3.1)	
- Viudo	56 (23.7)	24 (18.5)	
Escolaridad			
- Analfabeta	0 (0)	0 (0)	0.727
- Sabe leer y escribir	14 (5.9)	11 (8.5)	
- Primaria	96 (40.7)	54 (41.5)	
- Secundaria	62 (26.3)	37 (28.5)	
- Preparatoria	44 (18.6)	20 (15.4)	
- Universidad	20 (8.5)	8 (6.2)	
- Posgrado	0 (0)	0 (0)	
Ocupación			
- Ama de casa	148 (62.7)	73 (56.2)	0.440
- Empleado	35 (14.8)	19 (14.6)	
- Desempleado	5 (2.1)	2 (1.5)	
- Pensionado	48 (20.3)	36 (27.7)	
- Estudiante	0 (0)	0 (0)	
Enfermedades preexistentes			
- 0	102 (43.2)	50 (38.5)	0.333
- 1 o 2	133 (56.4)	78 (60%)	
- ≥3	1 (0.4)	2 (1.5)	
Grado de Hipertensión Arterial			
- Normal	176 (74.6)	17 (13.1)	<0.001
- Grado I	48 (20.3)	64 (49.2)	
- Grado II	12 (5.1)	49 (37.7)	
- Grado III	0 (0)	0 (0)	

**Tabla 3** Características basales de los pacientes comparadas por grado de adherencia terapéutica. Datos obtenidos de los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.09.

Tabla 3. Características basales de los pacientes comparadas por grado de adherencia terapéutica.			
Variable	Alta Adherencia N= 263	Baja Adherencia N= 103	Valor de p
Edad, años	63.17±10.71	63.27±10.71	
Sexo			
- Femenino	185 (70.3)	69 (67.0)	0.531
- Masculino	78 (29.7)	34 (33.0)	
Estado civil			
- Soltero	19 (7.2)	2 (1.9)	0.249
- Casado	179 (68.1)	76 (73.8)	
- Unión libre	2 (0.8)	0 (0)	
- Divorciado	7 (2.7)	1 (1)	
- Viudo	56 (21.3)	24 (23.3)	
Escolaridad			
- Analfabeta	0 (0)	0 (0)	0.916
- Sabe leer y escribir	18 (6.8)	7 (6.8)	
- Primaria	105 (39.9)	45 (43.7)	
- Secundaria	71 (27.0)	28 (27.2)	
- Preparatoria	47 (17.9)	17 (16.5)	
- Universidad	22 (8.4)	6 (5.8)	
- Posgrado	0 (0)	0 (0)	
Ocupación			
- Ama de casa	159 (60.5)	62 (60.2)	0.757
- Empleado	38 (14.4)	16 (15.5)	
- Desempleado	4 (1.5)	3 (2.9)	
- Pensionado	62 (23.6)	22 (21.4)	
- Estudiante	0 (0)	0 (0)	
Enfermedades preexistentes			
- 0	114 (43.3)	38 (36.9)	0.202
- 1 o 2	148 (56.3)	63 (61.2)	
- ≥3	1 (0.4)	2 (1.9)	
Grado de Hipertensión Arterial			
- Normal	178 (67.7)	15 (14.6)	<0.001
- Grado I	65 (24.7)	47 (45.6)	
- Grado II	20 (7.6)	41 (39.8)	
- Grado III	0 (0)	0 (0)	



**Tabla 4.** Contingencia de funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento.

		Adherencia al tratamiento		Total
		Alta Adherencia	Baja Adherencia	
Funcionalidad Familiar	Funcional	207 (78.7%)	29 (28.2%)	236 (64.5%)
	Disfuncional	56 (21.3%)	74 (71.8%)	130 (35.5%)
Total		263 (71.9%)	103 (28.1%)	366 (100%)

Datos obtenidos de los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.09.

## CONCLUSIONES

Debido a la prevalencia de la hipertensión arterial sistémica en el mundo y en México, y al no saber la etiología exacta que la causa, es de vital importancia hacer énfasis en la prevención de los factores modificables y no modificables ya establecidos, y los nuevos factores que se van agregando como el entorno social y familiar y así evitar las complicaciones ya conocidas de la enfermedad.

Los resultados que se obtuvieron mediante las variables elegidas nos dan un panorama que coincide con la epidemiología que se describe en la literatura.

La mayoría de los encuestados fueron del género femenino, lo cual se puede explicar con lo descrito en la literatura en los que la mujer es la encargada del cuidado de la salud familiar, coincide con Becerra Partida y Cols en 2021 donde la mayoría de sus encuestados eran del género femenino (63.7%) y en el que utilizaron la misma encuesta para medir funcionalidad familiar (FF-SIL), así mismo coincide con Khadoura et al en 2021 donde en su población más de la mitad (60,95%) de los participantes fueron del sexo femenino respectivamente; esto se comprueba con la mayoría de las ocupaciones que fueron ama de casa y el estado civil que predominó que fue el de casado, lo que nos motiva a realizar planes de integración para que los pacientes de sexo masculino acudan más a su unidad de medicina familiar y no recaiga todo el peso de la salud familiar sobre la mujer.

Se encontró que más de la mitad de los encuestados tenían buen control de su hipertensión arterial y un tercio presentaban cifras en grado I, la mayoría de ellos presentaban una buena funcionalidad familiar, por lo que se demostró que una buena funcionalidad familiar y un buen apego al tratamiento mejoran el control de las cifras de tensión arterial.

Se obtuvo una comprobación de la hipótesis de investigación “una menor funcionalidad familiar disminuye la adherencia al tratamiento antihipertensivo”, por lo que se demostró que la familia tiene una participación importante en el proceso salud-enfermedad, así como que la buena funcionalidad

familiar promueve la salud del paciente y mejora la adherencia al tratamiento para tener mejores resultados en las metas de las cifras de la presión arterial.

Es indispensable realizar planes de integración para que los pacientes del sexo masculino acudan más a su unidad de medicina familiar al control de sus enfermedades crónicas y que no recaiga toda la salud familiar en la mujer.

Es necesario realizar más estudios sobre la influencia de la funcionalidad familiar y el apego al tratamiento no solo en los pacientes con hipertensión arterial sistémica crónica, si no en las demás enfermedades crónicas que tienen mayor prevalencia en México y tomando en cuenta su asociación con diferentes variables a las elegidas en este estudio

Es de gran importancia iniciar y proponer proyectos en materia de prevención, abordando al individuo de una manera integral y biopsicosocial, tomando en cuenta factores como funcionalidad familiar y/o adherencia al tratamiento, además de los factores ya conocidos que influyen en el descontrol de cifras en pacientes con hipertensión arterial, lo cual mejoraría la calidad de vida de los pacientes y disminuiría costos en este ámbito en el sector salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Dalal, J. J., Kerkar, P., Guha, S., Dasbiswas, A., Sawhney, J. P. S., Natarajan, S., et al. (2021). Therapeutic adherence in hypertension: Current evidence and expert opinion from India. *Indian Heart Journal*, 73(6), 667–673. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2021.09.003>
2. Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Ginebra: OMS.
3. López-Romero, L. A., Romero-Guevara, S. L., Parra, D. I., & Rojas-Sánchez, L. Z. (2016). Adherencia al tratamiento: concepto y medición. *Revista Hacia Promoción Salud*, 21(1), 117-137.
4. Castro Díaz, L. A. (2018). Revisión de la literatura sobre las cinco dimensiones de la adherencia al tratamiento. En *Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud* (pp. 11–28). Bogotá: Editorial.
5. Baglietto-Hernández, J. M., Mateos-Bear, A., Nava-Sánchez, J. P., Rodríguez-García, P., & Rodríguez-Weber, F. (2020). Nivel de conocimiento en hipertensión arterial en pacientes con esta enfermedad de la Ciudad de México. *Medicina Interna de México*, 36(1), 1-14. <https://doi.org/10.24245/mim.v36i1.2844>



6. Becerra, P. E. N., & Villegas, G. C. (2021). Funcionalidad familiar en la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica en primer nivel de atención. *Revista CONAMED*, 26(2), 57-67. <https://dx.doi.org/10.35366/100348>
7. Olson, D., Russell, C. S., & Sprenkle, D. H. (1989). *Circumplex Model: Systemic Assessment and Treatment of Families* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315804132>
8. Ferrer-Honores, P., Miscán-Reyes, A., Pino-Jesús, M., & Pérez-Saavedra, V. (2013). Funcionamiento familiar según el modelo circunplejo de Olson en familias con un niño que presenta retardo mental. *Revista Enferm Herediana*, 6(2), 51-58.
9. World Health Organization. (2021). More than 700 million people with untreated hypertension. Retrieved August 25, 2021, from <https://www.who.int/es/news/item/25-08-2021-more-than-700-million-people-with-untreated-hypertension>
10. CENETEC. (2021). *Promoción, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en Primer Nivel de Atención. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones*. Retrieved from <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-076-21/ER.pdf>
11. Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., et al. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 39(33), 3021–104. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>
12. Día Mundial de la Hipertensión. (2017). Conoce tus números. Retrieved from [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13257:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=42345&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13257:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=42345&lang=es)
13. Campos-Nonato, I., Hernández-Barrera, L., Oviedo-Solis, C., Ramírez-Villalobos, D., Hernández-Prado, B., & Barquera, S. (2021). Epidemiología de la hipertensión arterial en adultos mexicanos: diagnóstico, control y tendencias. *Ensanut 2020. Salud Pública de México*, 63, 692-704. <https://doi.org/10.21149/12851>
14. Rosas-Peralta, M., Borrayo-Sánchez, G., Alcocer, L., Durán-Arenas, J. L. G., & Borja-Aburto, V. H. (2020). Terapia dual o triple en hipertensión arterial sistémica, ¿a quiénes, cuándo y con qué? *Gaceta Médica de México*, 156(3), 225-228. Epub May 27, 2021. <https://doi.org/10.24875/gmm.20000036>



15. Rosales-Córdova, N. C., Garrido-Pérez, S. M. G., & Carrillo-Ponte, F. (2017). Funcionalidad familiar y afrontamiento en pacientes con incapacidad permanente en una Unidad Médica Familiar. *Horizonte Sanitario*, 16(2), 127-137. <https://doi.org/10.19136/hs.v16i2.1592>
16. Olalemi, O. E., Muyibi, S. A., & Ladipo, M. M. (2020). Perceived family support and medication adherence amongst hypertensive outpatients in a tertiary hospital, Ibadan, Nigeria. *West African Journal of Medicine*, 37(5), 481-489.
17. Khadoura, K., Shakibazadeh, E., Mansournia, M. A., Aljeesh, Y., & Fotouhi, A. (2021). Determining the prevalence of and the factors associated with antihypertensive medication non-adherence in the Gaza Strip. *Korean Journal of Family Medicine*, 42(2), 150–158. <https://doi.org/10.4082/kjfm.19.0081>
18. Mekonnen, H. S., Gebrie, M. H., Eyasu, K. H., & Gelagay, A. A. (2017). Drug adherence for antihypertensive medications and its determinants among adult hypertensive patients attending chronic clinics of referral hospitals in Northwest Ethiopia. *BMC Pharmacology and Toxicology*, 18(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s40360-017-0134-9>

