



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Resolución No. 001-073 CEAACES-2013-13
INSTITUTO DE POSGRADO

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA MENCION EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA: Influencia de la Funcionalidad Familiar en la Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles, en tres Centros de Salud de Quito,

2022

**Trabajo de Investigación previo a la obtención del Título Magister en Salud Pública con
Mención en Enfermería Familiar y Comunitaria**

AUTOR: María Isabel Palacios Ruiz

DIRECTOR: Lic. Mercedes Del Carmen Flores Grijalva. MpH

IBARRA - ECUADOR

2022

DEDICATORIA

“La motivación es el empuje del éxito; el éxito es la plenitud de la vida; la vida no sería vida si no hubiera una familia”

A mis padres Rady y Roberto, por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, quienes me han inspirado y a quienes les debo lo que soy, son ellos las personas que cada día confían y creen en mí y siempre me han impulsado a construir mis sueños brindándome su apoyo cada momento de la vida, ellos no solo me han criado de la mejor forma, no solo me han ayudado a desarrollarme como estudiante, lo más importante es que me enseñaron a ser buena persona y creo que eso dice mucho de ellos como padres.

A mis hermanos Miguel y Enver, quienes están más allá de todo y de todos, mis compañeros del alma, de vida y de corazón, los que sin importar la edad que tengamos o la distancia que nos separe siempre estaremos con todo el amor del mundo apoyándonos el uno al otro.

A la personita que siempre será mi principal motivación, quien a lo largo de estos 11 años ha sujetado mi mano y ha sido el motor de mi vida, aquel que ahora entiende lo que significa la palabra amor y se ha dado cuenta de que todos los sueños con esfuerzo, dedicación y sacrificio se pueden lograr, con todo el amor y cariño este y todos los logros que obtenga a lo largo de mi vida son dedicados para la persona que ilumina mi vida, mi hijo Mateo.

Ma. Isabel Palacios Ruiz

AGRADECIMIENTO

A Dios por su infinita bondad.

A la Gloriosa Universidad Técnica del Norte, tanto a sus autoridades y la parte académica quienes fueron pilar fundamental para poder cumplir con éxito mi maestría.

A la Magister Mercedes Flores, tutora de mi trabajo de grado, gracias por no ser una docente común, por no solamente enseñarme sino por construir en mi mente el sueño de un futuro mejor, por ayudar a encender en mi corazón la llama que como profesional elegiré seguir a lo largo de mi vida.

Ma. Isabel Palacios Ruiz



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD	1003856273		
APELLIDOS Y NOMBRES	Palacios Ruiz María Isabel		
DIRECCIÓN	Ibarra - Av. 13 de Abril y Cañar		
EMAIL	Isa.palacios2808@gmail.com		
TELÉFONO FIJO	2547051	TELÉFONO MÓVIL:	0991884186
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	Influencia de la Funcionalidad Familiar en la Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles, en tres Centros de Salud de Quito, 2022		
AUTOR (ES):	Lcda. María Isabel Palacios Ruiz		
FECHA: DD/MM/AAAA	16/10/2022		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA DE POSGRADO	<input type="checkbox"/> PREGRADO	POSGRADO	<input checked="" type="checkbox"/>
TÍTULO POR EL QUE OPTA	Maestría en Salud Pública Mención Enfermería familiar y comunitaria		
TUTOR	Lic. Mercedes del Carmen Flores Grijalva. Mph		

2. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, 14 de Junio del 2023.

EL AUTOR:

(Firma)...  Firma electrónicamente por:
MARIA ISABEL
PALACIOS

Nombre: María Isabel Palacios Ruiz



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Resolución No. 001- 073 CEAACES - 2013 - 13

Ibarra, 16 de noviembre del 2022

Dra. Lucía Yépez

Director (a)

Facultad de Postgrado

ASUNTO: Conformidad con el documento final

Señora Directora:

Nos permitimos informar a usted que revisado el Trabajo final de Grado "Influencia de la Funcionalidad Familiar en la Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles, en tres Centros de Salud de Quito, 2022", de la maestrante María Isabel Palacios Ruiz, del Programa de Maestría de Salud Pública Mención Enfermería Familiar y Comunitaria, certificamos que han sido acogidas y satisfechas todas las observaciones realizadas.

Atentamente,

	Nombres y Apellidos	Firma
Tutor/a	Lic. Mercedes Flores Grijalva MpH	
Asesor/a	Lic. Rosa del Pilar López R. MsC: PhD	

SCIENTIA ET THECNICUS IN SERVITIUM POPULI

INDICE

Planteamiento del Problema	13
Antecedentes	17
Objetivos	20
Justificación	21
Marco Teórico	
Enfermedades Crónicas No Transmisibles	23
Obesidad	24
Diabetes.....	24
Hipertensión Arterial	25
Dislipidemias	25
Enfermedades Cerebro Vasculares y Cardiovasculares.....	26
Cáncer	26
Enfermedades Crónicas Respiratorias	27
Adherencia al Tratamiento.....	27
Adherencia al Tratamiento Farmacológico.....	27
Factores que Influyen en la Adherencia al Tratamiento	28
Clasificación de la falta de Adherencia al Tratamiento	31
Determinación de la Adherencia al Tratamiento	32
Métodos Directos.....	33
Métodos Indirectos.....	33
Sistema Familiar	33
Estructura Familiar.....	34
Clasificación Familiar.....	34
Instrumentos para Evaluar la Estructura y Dinámica Familiar	35
La Familia ante las Enfermedades Crónicas	36
La Familia ante la Adherencia al Tratamiento.....	37
Marco Legal	
Bases Legales.....	38
Constitución de la República del Ecuador	38
Ley Orgánica de Salud.....	38

Marco Metodológico	
Descripción del Área de Estudio.....	40
Enfoque y Tipo de Investigación	43
Variables	44
Población.....	45
Muestra.	45
Criterios De Inclusión.....	45
Criterios De Exclusión.....	45
Métodos, técnicas e instrumentos de Investigación.....	45
Plan de Procesamiento y Análisis De Datos	46
Consideraciones Bioéticas	47
Resultados y Discusión.....	50
Conclusiones.....	58
Recomendaciones	60
Referencias.....	61
Apéndice A. Operacionalización de Variables	69
Apéndice B. Consentimiento Informado	72
Apéndice C. Cuestionario Características Sociodemográficas.....	75
Apéndice D. Cuestionario de Funcionalidad Familiar FF-SIL.....	77
Apéndice E. Test Para Medir Adherencia Al Tratamiento	79
Apéndice F. Certificado del CAEI.....	80
Apéndice G. Informe Urkund	81

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características demográficas según Centro de Salud	49
Tabla 2. Adherencia al tratamiento farmacológico según Centro de Salud.....	52
Tabla 3. Características familiares según Centro de Salud.....	53
Tabla 4. Adherencia al tratamiento farmacológico de acuerdo a la funcionalidad familiar	54
Tabla 5. Adherencia al tratamiento farmacológico de acuerdo a la funcionalidad familiar según Centro de Salud.....	55

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Centro de Salud San Vicente	40
Figura 2. Centro de Salud Fray Bartolomé de las Casas.....	41
Figura 3. Centro de Salud Cocotog.....	42

RESUMEN

La adherencia a un tratamiento farmacológico en un paciente con ECNT es un proceso multidimensional, actualmente las enfermedades crónicas no transmisibles representan la principal causa de mortalidad en el mundo, siendo responsables de más de la mitad de las defunciones. El presente trabajo tiene como objetivo evaluar la influencia de la funcionalidad familiar sobre la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles que acuden a tres centros de primer nivel de atención. Se realizó un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, correlacional, no experimental, de corte transversal en pacientes con enfermedades crónicas que acuden a recibir atención médica y tratamiento; se evaluó funcionalidad familiar mediante la escala FF-SIL, y adherencia al tratamiento mediante el Test de Morisky Green. Los resultados muestran que el 100% de pacientes que provienen de familias disfuncionales no tienen adherencia al tratamiento farmacológico, identificando que la familia es un apoyo fundamental en el seguimiento terapéutico y que la falta de adherencia al tratamiento farmacológico se asocia a representaciones sociales y a los cambios que presentan los pacientes y su familia al momento de afrontar una crisis como es la enfermedad. Demostrando que existe una relación estadísticamente significativa entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento farmacológico; lo cual debe sensibilizar al equipo de salud para considerar importante el núcleo familiar de cada paciente e involucrarlo en el apoyo y soporte que el paciente necesita para lograr tener una adaptación y un control adecuado de su patología.

Palabras claves: Enfermedades crónicas / Funcionalidad familiar / Adherencia al tratamiento

ABSTRAC

Adherence to pharmacological treatment in a patient with ECNT is a multidimensional process, considering that chronic noncommunicable diseases currently represent the main cause of mortality in the world, accounting for more than half of all deaths. This study assessed the influence of family functionality on adherence to pharmacological treatment in patients with chronic noncommunicable diseases attending three Health Centers in Quito, in 2022. A quantitative, descriptive, correlational, non-experimental, crosssectional, and non-experimental study was conducted on patients with chronic diseases attending medical care and treatment in three Health Centers in the city of Quito. Family functionality was evaluated using the FF-SIL scale and adherence to treatment using the Morisky Green Test. 100% of patients who come from dysfunctional families do not adhere to pharmacological treatment, identifying that the family is a fundamental support in therapeutic follow-up and that the lack of adherence to pharmacological treatment is associated with social representations and the changes that patients and their families present when facing a crisis such as a disease. There is a statistically significant relationship between family functionality and adherence to pharmacological treatment, which should sensitize the health team to consider the importance of the family nucleus of each patient and involve it in the support that the patient needs to achieve adequate adaptation and control of their pathology.

Keywords: Chronic diseases / Family functionality / Adherence to treatment.

CAPITULO I

Planteamiento del Problema

Las enfermedades crónicas no transmisibles han cobrado relevancia en la Agenda Internacional de Salud, debido a que el aumento de la incidencia y prevalencia de las mismas causan daño social a las personas, las familias y las comunidades, así también el aumento de la esperanza de vida tanto en el hombre como en la mujer, los procesos de urbanización, migración, aculturación, deterioro ambiental, influencia de los medios de comunicación; diversos determinantes sociales como la pobreza, educación, los cambios en cuanto a los estilos de vida, constituyen factores de riesgo a los que está expuesta hoy en día la población ecuatoriana en todo su ciclo de vida, llegando al hecho de que seis de cada diez personas mueren por enfermedades crónicas no transmisibles y 3 de cada 6 personas con enfermedades crónicas no transmisibles mueren por enfermedades cardiovasculares (MSP, 2017).

Actualmente representan la principal causa de mortalidad en el mundo, siendo responsables de más de la mitad de las defunciones. En el año 2012, 38 millones de personas murieron a causa de estas enfermedades. Casi tres cuartos de estas muertes (28 millones) ocurrieron en países de ingresos bajos y medios. Entre las causas principales de mortalidad se encuentran fundamentalmente, las enfermedades cardiovasculares (17.5 millones de muerte, o 46.2% del total de las disfunciones de las ECNT), el cáncer (8.2 millones, o 21.7% del total de las disfunciones de las ECNT), las enfermedades respiratorias crónicas (4.0 millones, o 10% de las disfunciones de las ECNT) y la diabetes (1.5 millones, o el 4% de las disfunciones de las ECNT) (Aguilar Montejo, Zapata Vasquez, Lopez Ramon, & Zurita, 2018).

A pesar de las transformaciones que ha sufrido la humanidad, la familia constituye la forma más simple de organización en la que dos o más individuos se asocian para compartir metas y funciones. Si queremos conocer acerca de un país o de una sociedad, debemos estudiar cómo vive y actúa la familia, si queremos prever el futuro de una sociedad podemos saber bastante de ella observando las familias, si queremos reflexionar sobre la identidad personal, por qué somos de una forma y no de otra, por qué actuamos de esta manera, por qué nos orientamos en determinado sentido, gran parte de esta respuesta está en la historia familiar de cada uno (Lopez Arias & Pinzon Casas, 2019).

En 2016, Lizama Andrea recalca que el resultado de la enfermedad crónica no transmisible de un individuo no solo afecta la esfera biológica como tal, sino que involucra a todo su entorno biopsicosocial donde se incluye las relaciones interpersonales, los cambios y alteraciones que sufre la dinámica familiar y esto conlleva a una posible afectación del proceso de adaptación a la crisis no normativa de pérdida de la salud que se está viviendo (Lizama, 2016).

Gonzales Benitez & Acosta Ortiz detallan que el ser humano es un ente individual que pertenece a un colectivo que es la familia, y las crisis no normativas trastocan su funcionalidad, por ende como un suceso en cascada la presencia de enfermedades crónicas genera a quien la padece daños permanentes y complicaciones, además de producir efectos negativos para el núcleo familiar (Gonzales Benitez & Acosta Ortiz, 2016).

Una de las principales preocupaciones de los sistemas sanitarios es que los pacientes sean capaces de participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento siendo necesario incluir a la familia como fuente principal de apoyo social, afectivo y emocional para afrontar con éxito los problemas que da lugar la enfermedad, por lo que la interacción entre la familia y la enfermedad

puede tener una influencia positiva o negativa sobre el curso del proceso crónico (FEDER, 2018).

Es importante diferenciar que ante una situación de enfermedad aguda la familia y el individuo se ven afectados, pero todo regresa a la normalidad cuando se recupera la salud, en cambio en la enfermedad crónica se requiere de otras formas de adaptación en la que quien padece la enfermedad y el sistema familiar tienen que incluir a la enfermedad crónica como parte de su vida cotidiana, enfrentándose a los múltiples cambios que pueden alterar el funcionamiento familiar y al mismo tiempo la función de cuidado del integrante de la familia enfermo, generando así una modificación en su estilo de vida y adaptación al tratamiento farmacológico de acuerdo con (Fernandez Ortega, 2018).

La adherencia a un tratamiento farmacológico en un paciente con enfermedad crónica es un proceso multidimensional y se sabe que está determinado por la acción recíproca de un conjunto de factores que pueden agruparse en cinco grupos: factores socioeconómicos, los factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el tratamiento, y factores relacionados con el paciente, (Ramos Morales, 2017).

Para manejar un paciente crónico que tiene más de una patología y lleva un mal control de las mismas e incumple con los tratamientos, es imprescindible una coordinación entre el equipo de salud para tener un abordaje multidisciplinario. Entre los profesionales destaca el reconocimiento del papel de la enfermería: fortaleciendo la educación e importancia del autocuidado, realizando promoción y prevención de la salud enfocándose en hábitos de vida saludables, brindando información y sirviendo de conexión entre los pacientes y el Centro de Salud para que aprendan a cuidarse, a cumplir con sus chequeos, a confiar en sí mismos. Es

imprescindible el reconocimiento y papel de los profesionales de enfermería, la implicación y el compromiso profesional asumiendo la función que nos corresponde, para abordar, tratar y cuidar la cronicidad (Docío Castro, 2022).

La enfermería en la prevención de enfermedades tiene su rol identificado, siendo pues este clave y complementario al de los demás, destacan acciones en las que el profesional de enfermería desempeña una labor principal y en las que resalta por sobre el resto pues es justo en lo que el enfermero se ha capacitado, entre estas actividades podemos ver a la “aplicación de medidas de carácter investigativo en cuanto a los estudios epidemiológicos en las población de alto riesgo”, esto debido a que el profesional cumple rol protagónico al momento de aplicar instrumentos de recolección de información y a su vez en la complicación y análisis de la misma. Otra de las actividades de prevención en la que el personal enfermero destaca es precisamente en la labor educativa que llevan a cabo con la comunidad que labora, esto debido a que el profesional de enfermería “desempeña un rol fundamental en la adquisición de nuevos conocimientos por parte de la población a la que otorga sus cuidados” (Consejo General de Enfermería , 2018).

La importancia de la presencia de la enfermera en las actividades de prevención en todos los niveles de atención de establecimientos, públicos o privados de salud, entre los demás aspectos, se encuentra en el innegable hecho de que “los cuidados de enfermería van desde el momento de la concepción del ser humano, pasando por la niñez, avanzando hacia la adolescencia y adultez hasta los últimos días de vida del ser humano” es justo esto y la evidencia recolectada en el transcurso del tiempo mediante la interpretación de resultados la que deja claro que el actuar de la enfermería es imprescindible y su aplicación consecutiva, necesaria para

evitar que emerjan enfermedades en la población y disminuir la frecuencia con la que se presentan las mismas en la comunidad y establecimientos de salud (Docío Castro, 2022).

Antecedentes

Carrillo Bayas, en 2021 en su trabajo de investigación titulado: Calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes con hipertensión arterial, realizada en la ciudad de Ambato, concluyó que en su mayoría son familias conformadas por familias nucleares simples y familias nucleares, demostró que los hijos son los que más se preocupan de sus padres hipertensos brindado el apoyo para la adherencia al tratamiento dietético y farmacéutico, la dificultad en la adhesión y el desinterés por el tratamiento aumentan cuando no hay participación de la familia en el cuidado diario con el enfermo y las relaciones entre sus miembros es conflictiva. Sin embargo, cuando la familia asume su papel de cuidador, se percibe una respuesta satisfactoria en el control de la enfermedad. Se ha evidenciado que la participación familiar puede afectar de una manera positiva o negativa en la calidad de vida del paciente (Llerena Guachambala & Carrillo Bayas, 2021).

En el año 2020, Astudillo Roman, en su trabajo de investigación titulado: Enfermedades crónicas y su influencia en la funcionalidad familiar en el sector La Ferroviaria (Machala – Ecuador), llegó a la conclusión de que la funcionalidad familiar puede ser alterada en varios grados de disfuncionalidad cuando se presentan enfermedades crónicas en uno de sus integrantes. Los cambios de roles que genera una inadecuada adaptabilidad que por ser crónica termina generando problemas en su dinámica familiar. Las familias pueden afrontar al mismo tiempo las crisis normativas y paranormativas lo que deteriora más su situación. Los recursos de apoyo para el afrontamiento de las crisis con las que cuentan las familias como la adhesión,

armonía, adaptabilidad, y función de roles al ser modificadas sufren alteraciones que da paso a la disfuncionalidad familiar (Astudillo Roman , 2020).

Maqui Vilca en el año 2019, en Perú, realiza la investigación titulada: Adherencia al Tratamiento de la Diabetes con la Funcionalidad Familiar según factores socio-económicos y culturales, concluye la relación entre la Adherencia al tratamiento de la Diabetes con la con la funcionalidad familiar según factores económicos, se obtuvo que indica la relación entre la situación económica familiar (Regular y Mala), Disfuncionalidad Familiar Severa y la adherencia al tratamiento (50% no adheridos). Respecto a la relación entre la adherencia al tratamiento de la diabetes con la funcionalidad familiar según factores sociales, se obtuvo que existe relación significativa entre el grado de instrucción, la disfuncionalidad familiar severa y la adherencia al tratamiento con una significancia 50% no adheridos (Maqui Vilca, 2019).

Condori Fuentes y Cruz Quispe, en su investigación titulada: Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 realizada en el Hospital de Arequipa-Perú en el año 2017, concluye que con respecto a la funcionalidad familiar el 29.4% de la población presenta disfunción familiar leve, además podemos observar que no existe una gran diferencia entre el porcentaje de personas con buena función familiar. Las unidades de observación el 73.2% presenta una adherencia al tratamiento parcial, lo que quiere decir que todavía se presentan dificultades al seguir el tratamiento (Condori Fuentes & Cruz Quispe, 2017).

Bello Escamilla y Montoya, en el año 2016 realizaron una investigación titulada: adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y factores asociados concluye que los adultos mayores diabéticos con una edad menor de 80 años, que cursaron estudios básicos y que pertenecen a los quintiles I y III del nivel socioeconómico, presentan un aumento en el riesgo de no adherirse al tratamiento farmacológico y en relación a

las características familiares se asevera que tanto aquellos sujetos que tienen pareja como aquellos que no, presentan una adherencia similar al tratamiento. El funcionamiento familiar y el tipo de familia se relacionan débilmente con la adherencia al tratamiento farmacológico. La mayoría de los adultos mayores diabéticos adherentes y no adherentes pertenecen a familias con alto apoyo sin relacionarse con la adherencia al tratamiento (Bello Escamilla & Montoya , 2016).

El profesional de enfermería, como parte del equipo de la salud, es quien ha asumido el rol de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, en cuanto a la prevención de las ECNT la enfermería tiene a su haber, roles específicos los cuales le permiten determinar el tipo de acciones que precisan en cuanto a la atención de este problema, con base en las principales causas se puede establecer medidas objetivas según el problema siendo así que en el primer nivel de atención la enfermera puede aplicar su rol educativo con fines preventivos, tomando en cuenta lo importante que es la educación tanto al paciente como a familiares para lograr que éste tenga una buena adherencia al tratamiento, relacionando todos los factores que influyen en la funcionalidad familiar y la buena adherencia al tratamiento farmacológico (Docío Castro, 2022).

Objetivos

Objetivo General

Evaluar la influencia de la funcionalidad familiar sobre la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles que acuden a tres Centros de Salud de Quito 2022.

Objetivos Específicos

- Identificar las características familiares y sociodemográficas de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles de los tres Centros de Salud de Quito en el 2022.
- Medir el grado de adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles de los tres Centros de Salud de Quito en el 2022.
- Relacionar las características familiares con el grado de adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles de los tres Centros de Salud de Quito en el 2022.

Preguntas de Investigación.

- ¿Cuáles son las características familiares y sociodemográficas de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles de los tres Centros de Salud de Quito en el 2022?

- ¿Cuál es el grado de adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles de los tres Centros de Salud de Quito en el 2022?
- ¿Existe relación entre las características familiares con el grado de adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles de los tres Centros de Salud de Quito en el 2022?

Justificación

La presente investigación busca identificar cual es la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles que acuden a tres Centros de Salud en la ciudad de Quito, analizando cuán importante es que un paciente lleve un buen manejo de su tratamiento farmacológico intra-domiciliario con apoyo de su familia.

Las enfermedades crónicas no transmisibles están dentro de las principales causas de morbi-mortalidad a nivel mundial, estas enfermedades hacen que la persona diagnosticada desarrolle una crisis no normativa de pérdida de la salud que obligada a modificar hábitos y costumbres desarrollados durante toda la vida, sin embargo, no siempre se presentan tales conductas, por tanto realizar modificaciones del comportamiento no sólo dependerá del paciente, sino también de las redes de apoyo con las que cuente en su entorno social y familiar que cumplen un rol determinante al ser su ambiente inmediato y que puede influir positiva o negativamente en la adaptación y el cumplimiento del tratamiento farmacológico.

Esta investigación se realizó para beneficiar a la población con enfermedades crónicas no transmisibles que acuden a tres centros de salud de la ciudad de Quito ya que se analizara la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico,

además se obtendrán datos reales en los cuales el personal de salud se va a apoyar para realizar el control de los pacientes crónicos y su tratamiento, destacando la importancia de incluir el núcleo familiar.

Con los datos obtenidos en esta investigación los profesionales de enfermería podrán elaborar diversas estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con un enfoque holístico que involucre un aspecto importante como lo es el núcleo familiar y puedan encaminarse a la adherencia al tratamiento farmacológico.

Por último, este estudio se realizó en el sector de San Vicente de las Casas, La Gasca y Cocotog; el acceso a estos sectores y a sus pobladores conto con la aprobación y el apoyo de líderes comunitarios y varios actores sociales que tenían conocimiento de que pacientes acuden a los Centros de Salud de cada sector, lo cual facilitó la recolección de información. Los recursos humanos, financieros y materiales que se emplearon estuvieron a cargo de la investigadora.

CAPITULO II

Marco Teórico

Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Las enfermedades crónicas, no transmisibles son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. El término, enfermedades crónicas no transmisibles se refiere a enfermedades de larga duración, lenta progresión, que no se resuelven, estas no son causadas principalmente por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo (OMS, 2018) .

No se transmiten de individuo a individuo; son enfermedades que pueden tener una determinación congénita, hereditaria y muchas veces son autoinmunes, idiopáticas; la mayoría de enfermedades crónicas se deben a factores de riesgo modificables a los que se expone la población durante todo el ciclo de vida, como la mala alimentación (exceso de azúcar, sal, grasas), el sedentarismo, estrés, al tabaco, alcohol, ambientales, estrés. Las ECNT tienen una larga evolución sin resolución espontánea, los síntomas se manifiestan en algún momento de la vida y su tratamiento requiere de la modificación de comportamientos y en ocasiones necesita de tratamiento farmacológico constante o permanente (MSP, 2017).

Obesidad

Trastorno metabólico crónico, de origen multifactorial, caracterizado por exceso de tejido adiposo corporal, Se determina en el adulto a través del cálculo de su IMC superior a 30 Kg/m². La diabetes se observa diez veces más entre quienes tienen obesidad moderada que en la población que tiene un peso normal.

La obesidad está asociada a altos costos en salud y reducida productividad, constituye un riesgo para el desarrollo de enfermedades cardio vasculares, cáncer y discapacidad adquirida, está en relación estrecha con determinantes sociales como pobreza y educación, transición nutricional, dietas no saludables y escasa actividad física, empieza con mucha frecuencia durante el embarazo y la infancia (Rincon Ricote , 2017) .

Diabetes

El término diabetes mellitus (DM) describe un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina (Rojas Prado , Molina Maza, & Cruz Rodriguez, 2017).

- En la Diabetes Tipo 1, las células beta se destruyen, lo que conduce a la deficiencia absoluta de insulina. Sus primeras manifestaciones clínicas suelen ocurrir alrededor de la pubertad, cuando ya la función se ha perdido en alto grado y la insulino terapia es necesaria para que la persona sobreviva. Sin embargo, existe una forma de presentación de lenta progresión que inicialmente puede no requerir insulina y tiende a manifestarse en etapas tempranas de la vida adulta. A este grupo pertenecen aquellos casos denominados por algunos como diabetes autoinmune latente del adulto (LADA). Recientemente se ha

reportado una forma de diabetes tipo 1 que requiere insulina en forma transitoria y no está mediada por autoinmunidad. La etiología de la destrucción de las células beta es generalmente autoinmune; pero existen casos de DM1 de origen idiopático, donde la medición de los anticuerpos conocidos da resultados negativos (Rojas Prado , Molina Maza, & Cruz Rodriguez, 2017).

- La Diabetes Tipo 2, se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina pero se requiere también que exista una deficiencia en la producción de insulina que puede o no ser predominante. Ambos fenómenos deben estar presentes en algún momento para que se eleve la glucemia. El exceso de peso sugiere la presencia de resistencia a la insulina mientras que la pérdida de peso sugiere una reducción progresiva en la producción de la hormona. Aunque este diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2-2008 12 tipo de diabetes se presenta principalmente en el adulto, su frecuencia está aumentada en niños y adolescentes obesos (Rojas Prado , Molina Maza, & Cruz Rodriguez, 2017).

Hipertensión Arterial

Es la elevación persistente de la presión arterial sistólica y/o diastólica, por encima de los límites considerados como normales 130/90 y es un factor de riesgo cardiovascular (MSP, 2019).

Dislipidemias

Es cualquier situación clínica en la cual existan concentraciones anormales de colesterol total, colesterol de alta densidad, colesterol de baja densidad o triglicéridos se considera un factor de riesgo de las cardiovasculares (Pedro Enrique, 2018).

Enfermedades Cerebro Vasculares y Cardiovasculares

La aterosclerosis es precursora de la enfermedad cardiovascular, es la aparición de placas constituidas por un núcleo de lípidos, principalmente colesterol; su crecimiento obstruye la arteria dando lugar a la isquemia y a la migración de placas o trombos y/o ruptura concomitante de los vasos complicados; concluyéndose que las dislipidemias son los factores de riesgo lipídicos más importantes para que se presente la enfermedad vascular; en particular la cardiopatía coronaria y la enfermedad cerebro vascular son problemas graves y crecientes en poblaciones de bajos y medianos ingresos. Los pacientes con enfermedades cardiovasculares están expuestos a un riesgo muy alto de sufrir otros episodios de enfermedad potencialmente mortales, es importante tomar medidas asequibles para reducir episodios vasculares recurrentes, que incluyan cambios de estilos de vida, tratamiento farmacológico y procedimientos quirúrgicos de ser necesarios. La enfermedad cardiovascular es la causa más importante de enfermedad no transmisible, y la cardiopatía coronaria junto con la enfermedad cerebro vascular, contribuyen a la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, éstas presentan un aumento sostenido en las poblaciones de bajos y medianos ingresos (Muñoz Collazos, 2018).

Cáncer

El término «cáncer» es genérico y designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias». Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de los límites normales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo y propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer. Las localizaciones más frecuentes de cáncer en el Ecuador son, en los hombres: próstata, piel, estómago, sistema hematopoyético, ganglios linfáticos y pulmón. En las

mujeres: piel mama, cuello del útero, estómago, tiroides y sistema hematopoyético (Barrios Moreta & Garau Monte, 2017).

Enfermedades Crónicas Respiratorias

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) no es una sola enfermedad, sino un concepto general que designa diversas dolencias pulmonares crónicas que limitan el flujo de aire en los pulmones. Los términos más familiares 'bronquitis crónicas' y 'el enfisema' se incluyen en la diagnosis de la EPOC. Los síntomas más comunes son la disnea, o "falta de aliento", una excesiva producción de esputo y una tos crónica. Los factores de riesgo de EPOC más importantes son: el tabaquismo, la contaminación del aire en locales cerrados (combustible de biomasa usado para cocinar y como medio de calefacción), la contaminación del aire exterior, polvos y productos químicos (vapores, sustancias irritantes y gases) en el medio laboral (Fernandez Guerra, 2018).

Adherencia al Tratamiento

Se define como el grado en que el comportamiento de una persona, se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria, que además requiere conformidad del paciente (OMS, 2018).

Adherencia al Tratamiento Farmacológico

Se refiere a las recomendaciones relacionadas con los medicamentos como: tipo de medicamentos, dosis, frecuencia, duración del tratamiento y recomendaciones sobre horarios de administración (Espinal Domingo & Gimeno Arroyo, 2018)

De acuerdo a la bibliografía revisada en esta investigación se ha definido la adherencia como el grado de comportamiento del paciente en relación a la toma de medicamentos y cambios en los estilos de vida que coinciden con las recomendaciones médicas, acordados con el paciente.

Factores que Influyen en la Adherencia al Tratamiento

De acuerdo a la OMS los factores que influyen en la adherencia al tratamiento tienen una acción recíproca que está determinada por cinco conjuntos de factores.

Factores Socioeconómicos. A nivel socioeconómico existen múltiples factores que influyen en la adherencia terapéutica, algunos de estos son: estado socioeconómico deficiente, bajo

nivel educativo, falta de redes de apoyo social efectivos, costo elevado del transporte, alto costo de la medicación, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar (Ramos Morales, 2017).

De los anteriores se resaltan dos muy importantes:

- El bajo estado socioeconómico.
- El apoyo de la familia, allegados y la participación en grupos de apoyo.

Factores Relacionados con el Sistema y el Equipo de Salud. Las principales circunstancias que afectan la adherencia son: la falta de conocimiento acerca de la adherencia terapéutica, la falta de herramientas que ayuden a los profesionales a evaluar los problemas de adherencia, la falta de herramientas que ayuden a los pacientes a desarrollar comportamientos adaptativos saludables, las brechas en la prestación de atención para los procesos crónicos y la comunicación entre los pacientes y los profesionales de la salud. Los factores relacionados con los proveedores de servicios de salud requieren intervenciones integrales, que capaciten a los profesionales entorno a los conocimientos sobre adherencia terapéutica que impartirán a los pacientes, como lograr o facilitar la adherencia en los pacientes, identificar las necesidades individuales de información referente al tema y como crear y mantener hábitos que mejoren y perduren la adherencia (Valverde Merino, 2020).

Factores Relacionados con la Enfermedad. Representan las necesidades que cada paciente presenta de acuerdo a la enfermedad que padece y cuanto influye esto en la disposición para continuar con los tratamientos y mejorar su adherencia terapéutica. Algunas de estas están relacionadas con la gravedad de los síntomas, el grado de discapacidad, la velocidad de evolución

de la enfermedad y la disposición de los tratamientos. En cuanto a lo relacionado con la enfermedad, la intervención se basa en la oportuna identificación y tratamiento de los problemas que aquejan al paciente y de las posibles comorbilidades que interfieren en la buena adherencia a los tratamientos (Guaman Montero & Mesa Cano, 2020).

Factores Relacionados con el Tratamiento. Entre los factores más recurrentes relacionados con el tratamiento encontramos la complejidad del tratamiento médico (varios medicamentos con varias dosis al día), la duración, las malas experiencias con tratamientos anteriores, los constantes cambios de tratamiento y los efectos secundarios; adicional a esto, encontramos la dificultad para acostumbrarse a los tratamientos no farmacológicos como la dieta y los ejercicios. Para disminuir los factores que más interfieren en la adherencia es importante el trabajo articulado entre el profesional de la salud y el paciente, el paciente requiere apoyo e indicaciones en cuanto a cómo mejorar los efectos secundarios, como adaptar a las multidosis y no olvidarlas y en cómo mejorar sus hábitos de vida (Ramos Morales, 2017).

Factores Relacionados con el Paciente. Estos factores están representados por las facultades que tienen los pacientes, sus conocimientos, creencias, actitudes, percepciones y expectativas, que pueden afectar positiva o negativamente la adherencia. Algunos de los más influyentes son: el olvido, el estrés, la angustia por los efectos adversos, el poco conocimiento y habilidad para controlar los síntomas y el tratamiento, las creencias negativas de la efectividad del tratamiento, el entender mal las instrucciones de tratamiento, entre otros.

Los factores referentes al paciente que participan en la adherencia terapéutica, están influenciados por el tratamiento en sí, la relación profesional – paciente, las complicaciones de la enfermedad, las características socioeconómicas del paciente y su familia, las expectativas, las experiencias y los conocimientos previos, que hacen que la motivación para la adherencia al tratamiento sea asignada según el nivel que confianza, el interés, la disposición y el deseo de auto cuidarse que el paciente logre desarrollar durante la intervención de los factores anteriores (Parra, Romero Guevara, & Rojas).

Clasificación de la falta de Adherencia al Tratamiento

Diversos estudios han permitido clasificar la falta de adherencia terapéutica de la siguiente manera:

De Acuerdo a la Administración del Medicamento.

- **Primaria:** Es aquella en la cual el paciente no adquiere el medicamento y por lo tanto nunca inicia el tratamiento, por ejemplo, pacientes ancianos, enfermedades leves, costo elevado de los medicamentos, y temor a efectos secundarios.
- **Secundaria:** Es aquella en la que el paciente no toma la medicación como se ha prescrito, esto incluye alteración en la dosis correcta, cambio en los intervalos de dosificación, olvido en la administración de fármaco o suspensión del tratamiento antes de lo recomendado por el médico (Ingaramo Alvarez, Vita Sancho, & Bendersky Lauren , 2017).

De Acuerdo a la Voluntad del Paciente.

- **Voluntaria o intencionada:** Cuando el paciente por diferentes motivos deja de tomar los medicamentos, por ejemplo, creer que la medicación es excesiva o insuficiente.
- **Involuntaria o no intencionada:** Cuando el paciente no toma el medicamento por olvido o por errores en la interpretación de las instrucciones del médico (Silva Enrique & Galeano Raza, 2018).

De Acuerdo al Período de Seguimiento.

- **Parcial:** Cuando el paciente se adhiere al tratamiento en ciertos momentos.

- **Esporádico:** Cuando el paciente incumple de forma ocasional por olvido de dosis o toma dosis menores por temor a reacciones adversas.
- **Secuencia:** Cuando el paciente abandona el tratamiento durante el tiempo que se encuentra bien y lo retoma cuando aparecen las molestias.
- **Completo:** Cuando el paciente abandona el tratamiento de forma definitiva.
- **De bata:** Cuando el paciente se adhiere al tratamiento sólo cuando está cercana la consulta médica (Ingaramo Alvarez, Vita Sancho, & Bendersky Lauren , 2017).

De Acuerdo al Porcentaje de Medicación Ingerida

- **Adherente:** Es aquel paciente que tome el 100% de las dosis recomendadas; con datos variados según la bibliografía, considerándose también si toma del 75-80%, o del 80-100% de la dosis prescrita.
- **Hipoadherentes:** Aquellos que toman dosis por debajo del valor inferior antes citado.
- **Hiperadherentes:** Los que toman por encima del valor superior del intervalo (Silva Enrique & Galeano Raza, 2018).

Determinación de la Adherencia al Tratamiento

Existen diversos métodos para determinar la adherencia al tratamiento y se clasifican en directos e indirectos.

Métodos Directos. Son aquellos que determinan los niveles de los metabolitos del fármaco en sangre o las determinaciones de los marcadores biológicos, sin embargo son poco aplicables en atención primaria por el costo y la infraestructura requerida.

Métodos Indirectos. Son aquellos que valoran la adherencia al tratamiento a través de datos proporcionados por el propio paciente o por los cuidadores principales. Son los más utilizados por su bajo costo y por la facilidad de aplicarlos en la consulta diaria (Valverde Merino , Métodos Para Medir la Adherencia Terapeutica, 2018).

Dentro de estos métodos tenemos:

- La entrevista personalizada o auto cuestionario, es el recomendado por la mayoría de los autores; entre estos están, el test de Morisky-Green, Test de Batalla, Test de Haynes-Sackett o de cumplimiento auto comunicado.
- Recuento de las formas farmacéuticas sobrantes (cápsulas, comprimidos, etc.)
- Control de la dispensación.
- Control del resultado terapéutico.

De estos métodos se conoce que ninguno tiene una fiabilidad del 100% y en todos ellos se corre el riesgo de obtener falsos positivos. Por ello se recomienda siempre combinar varios métodos.

Sistema Familiar

La familia está definida desde varios puntos de vista, sin embargo, desde el punto de vista del Médico de Familia, se define como el conjunto de personas unidas por lazos de consanguinidad y afecto, que viven bajo el mismo techo, con objetivos o fines comunes, que se interrelaciona con un macro sistema social por límites semipermeables que definen a la familia y

le otorgan un sentido de pertenencia. Por tanto, la familia es un sistema vivo, dinámico en constante cambio, donde cada miembro tiene que cumplir reglas, jerarquías y roles para mantener la homeostasis familiar (Espinal Domingo & Gimeno Arroyo, 2018).

Estructura Familiar

La estructura familiar para el ser humano no está claramente identificada a pesar de formar parte de ella desde el nacimiento en la mayoría de los casos. La familia se constituye desde la unión de una pareja, el nacimiento de los hijos, la salida de los hijos del hogar hasta llegar al nido vacío cuando al terminar el proceso de formación de los hijos, la pareja vuelve a reencontrarse, con esta descripción estaríamos hablando de una familia nuclear. Pero este proceso “normal”, no se presenta en todos los sistemas familiares pues pueden ocurrir varios cambios como divorcio, muerte de uno de los cónyuges, el enganche del último hijo, hijos cumpliendo el rol paternal; estos factores determinan formas de familias que deben ser situadas en una clasificación (Armas & Diaz, 2017).

Clasificación Familiar

Familia Funcional. Se desarrolla en un ambiente favorable para la comunicación asertiva e interacción de sus miembros, y la realización individual. Hay claridad y flexibilidad en cuanto a las normas y roles a desempeñar. Es una fuente de amor, respeto, cooperación y solidaridad que contribuye al equilibrio emocional de sus integrantes y está abierta al cambio (Malpartida Ampundia, 2020).

Familia Disfuncional. Se desarrolla en un ambiente donde hay dificultades en el establecimiento de límites; carencia, rigidez o confusión en las normas; poca claridad o rigidez en los roles a desempeñar por sus integrantes y es fuente permanente de conflictos, pudiendo reproducir relaciones perversas y asumir diferentes tipos de violencia que derivan en trastornos de personalidad y de adaptación (Armas & Diaz, 2017).

Instrumentos para Evaluar la Estructura y Dinámica Familiar

La consulta del Médico de Familia, está enfocada en los aspectos biológicos, familiares, sociales y porque no mencionar lo espiritual, para ello requieren de herramientas o instrumentos que sean útiles en su práctica diaria, para poder identificar a los pacientes dentro del ámbito familiar y como se interrelaciona con la sociedad, que redes de apoyo tiene; si la familia es funcional o no, y si tiene la capacidad de adaptación a los cambios generados en el día a día; esta evaluación es fundamental para determinar características importantes del individuo, la familia y si estas características influyen en la toma de decisiones del médico (Peñalva, 2018).

Los instrumentos empleados para identificar las características familiares son:

Familiograma Estructural Y Funcional. El estructural es básicamente una fotografía de la familia en el momento en que se realiza la intervención, que permite explorar la composición familiar que incluye sus integrantes y las generaciones; el funcional está en relación a las interrelaciones que existen entre los miembros (Gonzalez Turnaria , 2017).

Ecomapa. Evalúa a la familia y su relación con el macrosistema social, el que puede influir positiva o negativamente al microsistema familiar y es fundamental para identificar las redes de apoyo como grupos sociales, familia extendida, amigos, escuela, colegio, grupos religiosos y

trabajo, con que cuenta el individuo y la familia, que serán las fuentes de apoyo si el sistema familiar enfrentara una crisis familiar normativa o no normativa (Tamayo Rozas, 2018).

APGAR Familiar. Evalúa la funcionalidad familiar; sus letras hacen referencia a la función familiar que está siendo valorada, así la A es la adaptación que la familia tiene a los cambios, la P es la participación que cada individuo tiene dentro del hogar, la G es el crecimiento de los integrantes de la familia generado por el apoyo familiar, la A hace referencia al afecto, el amor que debería existir entre los miembros que pertenecen a la familia, la R es el recurso económico, de tiempo o espacio que comparten en familia (Andrade, 2017).

FF-SIL (Test de Percepción de Funcionamiento Familiar). Para evaluar la funcionalidad familiar también se puede emplear el que se fundamenta en valorar los procesos más relevantes de la dinámica familiar (Aguilar Montejo, Zapata Vasquez, Lopez Ramon, & Zurita, 2018).

Círculo Familiar. Es un método fácil y rápido para evaluar funcionalidad familiar durante la consulta, se fundamenta en valorar la cercanía o lejanía del individuo evaluado con los demás integrantes de la familia (Gonzalez Turnaria , 2017).

La Familia ante las Enfermedades Crónicas

El resultado de la enfermedad de un individuo no solo afecta la esfera biológica como tal, sino que involucra a todo su entorno biopsicosocial donde se incluye las relaciones interpersonales, la dinámica familiar que se ven perturbados y esto conlleva a la vez a una posible afectación de la adaptación ante la crisis no normativa de pérdida de la salud que están viviendo, si el sistema familiar no tiene la fortaleza de funcionalidad para superarla (Gimeno Porques, 2018).

Ante una situación de enfermedad aguda la familia y el individuo se ven afectados pero todo regresa a la normalidad cuando se recupera la salud, en cambio en la enfermedad crónica se

requiere de otras formas de adaptación en la que, quien padece la enfermedad crónica y el sistema familiar tienen que incluir a la enfermedad como parte de la vida cotidiana y en todos los ámbitos que influyen en la familia como la parte afectiva, los recursos económicos y la sociedad (Gimeno Porques, 2018).

La Familia ante la Adherencia al Tratamiento

El apoyo familiar interviene frente a los eventos que afectan la salud; al estar en contacto permanente con el paciente, el familiar participa de manera activa y de manera trascendentalmente para favorecer el cumplimiento del tratamiento, no solo farmacológico sino también los cambios en sus hábitos de vida. La familia es responsable de su adherencia al tratamiento, ya que muchas veces ellos se ven inmersos en un fuerte perjuicio o estigmatización social, lo cual evidencia que su participación es primordial para llevar con éxito la adherencia al tratamiento. El apoyo de la familia es el eje fundamental para motivar al paciente a tomar el tratamiento completo, de acuerdo a las indicaciones del personal de salud y realizando los controles médicos respectivos. Así también, el apoyo afectivo es esencial ya que permite acompañar al paciente en el curso de la enfermedad, evitando pensamientos de negatividad y baja autoestima (Figuroa , y otros, 2018).

Marco Legal

Bases Legales

Constitución de la República del Ecuador

Art 32.- “La Salud es un Derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. La prestación de los servicios de salud, se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (Asamblea Nacional Del Ecuador, 2008).

Art. 46.- El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes: Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas (Asamblea Nacional Del Ecuador, 2008).

Ley Orgánica de Salud

Art. 3.- Señala que la salud es el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables (Congreso Nacional , 2015).

Art.6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios (Congreso Nacional , 2015).

Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico — degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto. Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos. Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables (Congreso Nacional , 2015).

CAPITULO III

Marco Metodológico

Descripción del Área de Estudio

La presente investigación se realizó en tres Centros de Salud de la ciudad de Quito correspondientes al Distrito 17D03 Condado – Calacalí, ubicado al Norte de la ciudad de Quito. Este Distrito está conformado por 54 Unidades Operativas, entre ellas 43 Centros de Salud tipo A, 4 Centros de Salud tipo B, 2 tipo C, 3 Puestos de Salud, 1 Hospital básico, 1 Centro de especialidades.

La población asignada a este Distrito de Salud en el año 2022 es de 618507 mujeres y 589453 hombres de todas las edades, sumando un total de 1207960 personas.

Los Centros de Salud a donde acude la población estudiada son:

- **Centro de Salud San Vicente de las Casas**

Es un Centro de Salud tipo A, correspondiente al primer nivel de atención. Se encuentra ubicado en la parroquia Rumipamba, en la zona periférica de la ciudad de Quito, su dirección es en la prolongación de la Avenida Mariana de Jesús y Oe-225 sector de La Primavera.

El horario de atención es de lunes a viernes de 8am a 4:30pm. La población estimada que se beneficiara de atención en este establecimiento de salud para el año 2022 es de 10.086 personas entre todas las edades y se atienden alrededor de 50 enfermos crónicos cada mes.

La cartera de servicios que disponen es de medicina general, medicina familiar, obstetricia, odontología, enfermería, vacunas y farmacia.

Figura 1

Centro de Salud San Vicente de las Casas, 2022



- **Centro de Salud Fray Bartolomé de las Casas**

Es un Centro de Salud tipo B, correspondiente al primer nivel de atención. Se encuentra ubicado en la parroquia Belisario Quevedo, en la zona centro de la ciudad de Quito, su dirección es la calle Francisco Lizarazu y Humberto Albornoz sector de Las Casas.

El horario de atención es de lunes a sábado 12 horas al día. La población que se beneficiará en el año 2022 en este establecimiento de salud es de 73.870 personas entre todas las edades y se atienden alrededor de 200 enfermos crónicos cada mes.

La cartera de servicios que disponen es de medicina general en consulta externa y emergencia, vacunatorios, salud mental, obstetricia, ginecología, odontología, pediatría, nutrición(itinerante),

laboratorio y rayos x, calificación de discapacidades, medicina familiar, terapia del lenguaje y estimulación temprana, trabajo social, farmacia.

Figura 2

Centro de Salud Fray Bartolomé de las Casas, 2022



- **Centro de Salud Cocotog**

Es un Centro de Salud tipo A, correspondiente al primer nivel de atención. Se encuentra ubicado en la parroquia de Zambiza, en la zona rural de la ciudad de Quito, su dirección es la calle Mariano Simbaña y García Moreno junto a la Unidad Educativa Jacinto Collahuazo.

El horario de atención es de lunes a viernes de 8 am a 4:30 pm. La población que se beneficiará en el año 2022 en este establecimiento de salud es de 2.271 personas entre todas las edades y se atienden alrededor de 32 enfermos crónicos cada mes.

La cartera de servicios que disponen es de medicina general, medicina familiar, medicina ancestral, obstetricia, odontología, vacunatorio, enfermería, farmacia.

Figura 3

Centro de Salud Cocotog, 2022

**Enfoque y Tipo de Investigación**

Por los objetivos planteados el enfoque de la investigación es cuantitativa, se utilizó escalas previamente validadas, los resultados se presentan y analizan en base a la estadística.

Es de tipo descriptiva, se presenta las principales características de la población en estudio, es un estudio correlacional ya que se analizó el grado de relación existente entre las variables y la modificación que van a tener al momento de sus variaciones para identificar la influencia que tiene la funcionalidad familiar sobre la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles; es de corte transversal se realizó en un

periodo determinado de tiempo y los datos se recabaron por una sola ocasión, no experimental por que se presentan los resultados sin alterar las variables.

Variables

Variable Dependiente

- Adherencia al tratamiento

Variable Independiente

- Funcionalidad familiar

Variables Intervinientes

- Edad
- Sexo
- Auto identificación étnica
- Estado Civil
- Nivel de Instrucción
- Ocupación
- Residencia

Población

La población que corresponde al Distrito 17D03 para el año 2022 es de 1207960 habitantes. Para realizar la investigación se seleccionó pacientes que acudan a recibir atención médica en 3 unidades operativas: Unidad Operativa Cocotog, San Vicente de las Casas y Fray Bartolomé de las Casas, en las cuales se atienden un aproximado de 282 pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.

Muestra.

Por las condiciones actuales de la pandemia se optó por tomar una muestra a conveniencia, teniendo acceso a un total de 75 pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.

Criterios De Inclusión

- Hombres y mujeres con diagnósticos de Enfermedades Crónicas No Transmisibles.
- Pacientes con enfermedad crónica que acepten ser parte de la investigación

Criterios De Exclusión

- Pacientes con discapacidad intelectual.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio.

Métodos, técnicas e instrumentos de Investigación

Técnicas

La técnica utilizada para la realización de esta investigación fue la encuesta por la rapidez en su aplicación.

Instrumentos

Para la recopilación de la información se utilizó un cuestionario dividido en 3 secciones:

- Características sociodemográficas se priorizó datos como: edad, sexo, etnia, estado civil, nivel de instrucción, ocupación y residencia.
- Para medir la adherencia al tratamiento médico se utilizó la Escala de Morisky, este cuestionario fue validado por Morisky en el año 2008, contiene 4 ítems que nos ayudan a medir el grado de adherencia al tratamiento los cuales fueron respondidos con SI y NO según la realidad. Para su interpretación se consideran pacientes que cumplen con el tratamiento a quienes contestan NO a las cuatro preguntas y no cumplidores a quienes contestan SI a una o más.
- Para medir la funcionalidad familiar, se utilizó la escala de funcionalidad familiar FF-SIL, la cual fue diseñada en 1994, y evalúa siete procesos implicados en las relaciones intrafamiliares: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad. Está compuesta por 14 ítems redactados en forma positiva, además de una escala tipo Likert con cinco opciones como alternativa de respuesta. La puntuación final se obtuvo de la suma de los puntos por reactivos y permite clasificar a la familia en cuatro tipos: familia funcional (57 a 70 puntos), moderadamente funcional (43 a 56 puntos), disfuncional (28 a 42 puntos) y severamente disfuncional (14 a 27 puntos).

Plan de Procesamiento y Análisis De Datos

Validación y Edición

Los instrumentos que se utilizaron ya han sido empleados y validados en investigaciones pasadas.

Tabulación Y Análisis Estadístico

Se realizó una tabulación de datos obtenidos y poder identificar y analizar el grado de

relación que tiene la funcionalidad familiar con la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, para el procesamiento de la información se utilizó el programa Epi Info, a través de cual se elaboraron tablas que permitieron la interpretación y análisis.

Consideraciones Bioéticas

El Marco Ético se sustenta en el Código Deontológico o Código Internacional de Ética para la profesión de enfermería el cual es una guía para actuar en base a valores y necesidades sociales. Las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. La necesidad de la enfermería es universal. Son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto.

Los cuidados de enfermería respetan y no discriminan según consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social. Las enfermeras prestan servicios de salud a la persona, la familia y la comunidad y coordinan sus servicios con los de otros grupos relacionados (Consejo Internacional de Enfermeras , 2016).

- **La enfermera y las personas:** La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será con las personas que necesiten cuidados de enfermería promoviendo un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad, cerciorándose de que la persona reciba información precisa, suficiente y oportuna, de manera culturalmente adecuada, en la cual fundamentará el consentimiento de

los cuidados y el tratamiento correspondiente, manteniendo en confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla, defendiendo la equidad y la justicia social en la distribución de los recursos, en el acceso a los cuidados de salud y en los demás servicios sociales y económicos, demostrando valores profesionales tales como el respeto, la disponibilidad, la compasión, la confianza y la integridad (Consejo Internacional de Enfermeras , 2016).

- **La enfermera y la práctica:** La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua, manteniendo un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados, cerciorándose de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas, fomentando y manteniendo una cultura de la práctica profesional que favorezca el comportamiento ético y el diálogo abierto (Consejo Internacional de Enfermeras , 2016).
- **La enfermera y la profesión:** La enfermera establece y aplica normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería, contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación, que favorezca la práctica basada en pruebas, contribuyendo al desarrollo y en el sostenimiento de un conjunto de valores profesionales creando un entorno ético de la organización y se opondrá a las prácticas y a los contextos no éticos (Consejo Internacional de Enfermeras , 2016).
- **La enfermera y sus compañeros de trabajo:** La enfermera mantendrá una relación respetuosa de cooperación con las personas con las que trabaje en la

enfermería y en otros sectores adoptando las medidas adecuadas para preservar a las personas, familias y comunidades cuando un compañero u otra persona pongan en peligro su salud, actuando adecuadamente para prestar apoyo y orientar a las personas con las que trabaja, para fortalecer el comportamiento ético (Consejo Internacional de Enfermeras , 2016).

CAPITULO IV

Resultados y Discusión

Tabla 1

Características Demográficas de la Población según Centro de Salud

Variables	Urbano		Periférico		Rural		Total	
	Las Casas		San Vicente		Cocotog			
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Grupo de Edad								
Adulto	19	76,00%	15	60,00%	12	48,00%	46	61,33%
Adulto mayor	6	24,00%	10	40,00%	13	52,00%	29	38,66%
Sexo								
Hombre	13	52,00%	14	56,00%	15	60,00%	42	56,00%
Mujer	12	48,00%	11	44,00%	10	40,00%	33	44,00%
Auto identificación étnica								
Afroecuatoriano	6	24,00%	5	20,00%	1	4,00%	12	16,00%
Indígena	0	0,00%	0	0,00%	10	40,00%	10	13,33%
Mestizo	19	76,00%	20	80,00%	14	56,00%	53	70,67%
Estado Civil								
Casado	11	44,00%	10	40,00%	9	36,00%	30	40,00%
Divorciado	7	28,00%	1	4,00%	3	12,00%	11	14,67%
Soltero			4	16,00%	4	16,00%	8	10,67%
Unión Libre	4	16,00%	5	20,00%	2	8,00%	11	14,67%
Viudo	3	12,00%	5	20,00%	7	28,00%	15	20,00%
Nivel de Instrucción								
Ninguna	3	12,00%	6	24,00%	7	28,00%	16	21,34%
Primaria	6	24,00%	4	16,00%	9	36,00%	19	25,33%
Secundaria	7	28,00%	8	32,00%	3	12,00%	18	24,00%
Superior	9	36,00%	7	28,00%	6	24,00%	22	29,33%

Al analizar las características demográficas de la población estudiada se puede determinar que la población con ECNT que acude al Centro de Salud de la zona urbana el 76% son adultos a diferencia de la zona rural siendo la mayoría 52% adultos mayores, considerando de que la totalidad de la población estudiada la mayoría el 61.33% son adultos entre 33 y 64 años de edad, a diferencia de un estudio realizado por Gudiño Diaz & Tituaña Andrade en el año 2016

en el cual se observó que el mayor porcentaje de población con enfermedades crónicas es el 63% entre los cuales están adultos mayores de 64 a 93 años de edad, corroborando de esta manera lo que la literatura actual (OPS, 2022) detalla haciendo énfasis en que la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles con el pasar del tiempo se dan cada vez en personas de menor edad, ya no solamente en adultos mayores. En lo que respecta al sexo el mayor porcentaje de participantes son hombres (56%) siendo la mayoría en los 3 grupos de población estudiada; zona urbana (52%), zona periférica (56%) y zona rural (60%), concordando con una investigación realizada en Brasil por Marín Macías, 2018, la cual detalla que los hombres hacen menor uso del sistema de salud principalmente para acudir a servicios preventivos o en el primer nivel de atención motivo por el cual se puede asumir que el porcentaje es más alto en hombres. En cuanto al auto identificación étnica del total de la población investigada en su mayoría fueron mestizos (70,67%) considerando que la población de auto identificación mestiza fue el porcentaje mayor; en la zona urbana (76%) , zona periférica (80%) y zona rural 56% y 40% de población indígena. En lo que respecta a estado civil la mayoría de la población investigada son casados (40%); zona urbana (44%), zona periférica (40%) y zona rural (36%), Vasquez & Horta en el año 2018 en su investigación obtuvieron como resultado que el 72% de enfermos crónicos eran casados, de esta manera se puede decir que las personas de estado civil casados debido a sus ocupaciones con el hogar tienden a descuidar sus controles preventivos en el servicio de salud. En tanto al nivel de instrucción del total de la población investigada el 29.33% tienen estudios superiores; zona urbana (36%), zona periférica (32%) y zona rural la mayoría (28%) solamente primaria, siendo la mayoría de la población investigada con estudios superiores y así mismo de esta población según la ocupación la mayoría (48%) al momento de la investigación se encuentran desempleados, cuando se aplicó el instrumento se evidenció que debido a la pandemia y recorte de personal en

múltiples empresas prescindieron del servicio de muchos empleados tanto del sector público como privado.

Tabla 2

Adherencia al tratamiento farmacológico en la población de estudio, según Centro de Salud.

Variables	Urbano		Periférico		Rural		Total	
	Las Casas		San Vicente		Cocotog		Freq	%
	Freq	%	Freq	%	Freq	%		
Adherencia al tratamiento	9	36,00%	11	44,00%	11	44,00%	31	41,33%
No Adherencia al tratamiento	16	64,00%	14	56,00%	14	56,00%	44	58,67%

La mayoría de la población estudiada (58.67%) no tiene adherencia al tratamiento farmacológico; zona urbana (64%) no adherencia, zona periférica (56%) no adherencia y zona rural (56%) no adherencia, considerando que la falta de adherencia o su baja presentación priva al paciente de obtener los beneficios que proporcionan los tratamientos médicos y por eso su determinación constituye una herramienta que permite hacer un pronóstico favorable o no de los resultados a esperar, si se observa una mala adherencia al tratamiento farmacológico esto se vuelve un problema para todo el sistema nacional de salud a largo plazo. Comparando con el estudio realizado en el Centro Médico La Mariscal en el año 2021 por Muñoz Valverde en el cual el grado de adherencia al tratamiento farmacológico fue del 68.1% y la no adherencia del 31.9%, se puede analizar que en el sector público tenemos menos adherencia a los tratamientos farmacológicos, considerando que existen varios factores que influyen en la adherencia al tratamiento, entre estos pueden ser factores socioeconomicos, factores relacionados con el sistema y el equipo de salud, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con el paciente.

Tabla 3

Características familiares de la población de estudio, según Centro de Salud.

Variables	Urbano		Periférico		Rural		Total	
	Las Casas		San Vicente		Cocotog			
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Funcional	6	24,00%	7	28,00%	6	24,00%	19	25,33%
Moderadamente funcional	14	56,00%	11	44,00%	12	48,00%	37	49,33%
Disfuncional	5	20,00%	7	28,00%	7	28,00%	19	25,33%

Al analizar la variable de funcionalidad familiar de la población estudiada se observa que según las características familiares la mayoría (49,33%) pertenecen a familias moderadamente funcionales; zona urbana (56%) familias funcionales, zona periférica (44%) familias funcionales y zona rural (48%) familias funcionales, considerando que una familia funcional o moderadamente funcional, se caracteriza por ser cohesionada con una unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas, armónica con correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo. En comparación con el estudio realizado en el Centro Médico La Mariscal en el año 2021 por Muñoz Valverde la proporción de familias funcionales fue el 71.5% de la población estudiada, casi el 2:1 en relación a los pacientes que acuden a sus controles mensuales a los Centros de Salud del sector público ya que no poseen seguro de salud.

Tabla 4

Adherencia al tratamiento de acuerdo a la funcionalidad familiar de la población de estudio.

Características familiares	Si tiene adherencia	No tiene adherencia	Total
Funcional	13 68,42%	6 31,58%	19 100,00%
Moderadamente funcional	18 48,65%	19 51,35%	37 100,00%
Disfuncional	0 0,00%	19 100,00%	19 100,00%

Valor de Probabilidad

0,0052

Analizando los datos se encontró que la totalidad (100%) de pacientes que provienen de familias disfuncionales no se adhieren al tratamiento farmacológico, haciendo una comparación con la investigación realizada en el año 2019 por Sola Villena en un Centro de Salud de La Concordia la cual tubo como resultado que el mayor porcentaje (46%) fueron familias disfuncionales cuyos pacientes en su totalidad no tenían adherencia al tratamiento, de esta manera se identifica que la familia es un apoyo fundamental en el seguimiento terapéutico y que la falta de adherencia al tratamiento farmacológico se asocia a representaciones sociales y a los cambios que presentan los pacientes y la familia en su estilo de vida y al momento de afrontar una crisis como es la enfermedad. Se observó que los pacientes que no tenían adherencia al tratamiento provienen de familias disfuncionales, cuyo valor de probabilidad fue de 0,0052 sabiendo que mientras más alejado se encuentre el valor de 1, mayor es el nivel de relación existente entre las variables funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento farmacológico.

Tabla 5

Adherencia al tratamiento de acuerdo a la funcionalidad familiar, según el Centro de Salud

Adherencia al Tratamiento	Centro de Salud Las Casas				Centro de Salud San Vicente				Centro de Salud Cocotog			
	Funcional	Moderada	Disfuncional	Total	Funcional	Moderada	Disfuncional	Total	Funcional	Moderada	Disfuncional	Total
	3	6	0	9	5	6	0	11	5	6	0	11
Si	33,33%	66,67%	0,00%	100,00%	45,45%	54,55%	0,00%	100,00%	45,45%	54,55%	0,00%	100,00%
	50,00%	42,86%	0,00%	36,00%	71,43%	54,55%	0,00%	44,00%	83,33%	50,00%	0,00%	44,00%
	3	8	5	16	2	5	7	14	1	6	7	14
No	18,75%	50,00%	31,25%	100,00%	14,29%	35,71%	50,00%	100,00%	7,14%	42,86%	50,00%	100,00%
	50,00%	57,14%	100,00%	64,00%	28,57%	45,45%	100,00%	56,00%	16,67%	50,00%	100,00%	56,00%
	6	14	5	25	7	11	7	25	6	12	7	25
Total	24,00%	56,00%	20,00%	100,00%	28,00%	44,00%	28,00%	100,00%	24,00%	48,00%	28,00%	100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Valor p= 0,16

Valor p = 0,017

Valor p= 0,0089

Al analizar la adherencia al tratamiento de acuerdo a la funcionalidad familiar por cada Centro de Salud se puede observar que en la población que acude al Centro de Salud Las Casas (zona urbana) el mayor porcentaje (56%) proviene de familias moderadamente

funcionales, y el 20% de familias disfuncionales de las cuales su totalidad no tiene adherencia al tratamiento farmacológico. En la población que acude al Centro de Salud San Vicente (zona periférica) el mayor porcentaje (44%) proviene de familias moderadamente funcionales, y el 28% de familias disfuncionales de las cuales su totalidad no tiene adherencia al tratamiento farmacológico. En la población que acude al Centro de Cocotog (zona rural) el mayor porcentaje (48%) proviene de familias moderadamente funcionales, y el 28% de familias disfuncionales de las cuales su totalidad no tiene adherencia al tratamiento farmacológico. Analizando que de los 3 grupos estudiados el 100% de familias disfuncionales no se adhieren a la adherencia al tratamiento farmacológico. Observando la probabilidad por cada Centro de Salud se logró evidenciar que en la población que acude al Centro de Salud Rural (Cocotog) es el valor de p es 0,0089, siendo así el Centro de Salud Cocotog con mayor nivel de relación entre las variables funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento farmacológico, a diferencia de la población que acude al Centro de Salud Urbano (Las Casas) cuyo valor p es de 0,16, teniendo así menos nivel de relación entre las variables que el Centro de Salud Rural y Periférico.

CONCLUSIONES

- La población de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en su mayoría son adultos entre 33 y 64 años de edad, comprobando que las enfermedades crónicas no transmisibles afectan cada vez a la población más joven; en su mayor parte son hombres, la mitad de ellos de estado civil casados, de auto identificación étnica mestizos; dos de cada diez no tienen ningún nivel de instrucción; la mayoría viven en el área urbana; al momento de realizar la investigación casi la mitad indican que se encuentran desempleados, factor que puede poner en riesgo la adherencia al tratamiento farmacológico.
- La adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles que acuden a los tres Centros de Salud de la ciudad de Quito según el Test de Morisky Green 1 de cada 2 no tienen adherencia al tratamiento farmacológico, situación que pone en riesgo su estado de salud. La no adherencia al tratamiento no solo aumenta el coste de la atención médica, sino que también puede empeorar la calidad de vida de las personas que padecen una enfermedad crónica no transmisible llegando a padecer discapacidad y hasta la muerte.
- De acuerdo a las características familiares se identificó que la mayoría de población investigada provienen de familias moderadamente funcionales, sin embargo al realizar el cruce de variables entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento se concluye que de la totalidad de familias disfuncionales, el total no tienen un grado de adherencia al tratamiento farmacológico. Corroborando la hipótesis alterna del estudio al demostrar que existe relación estadísticamente significativa entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento farmacológico; lo cual debe sensibilizar al equipo de salud para

considerar importante el núcleo familiar de cada paciente, asumiendo un rol de responsabilidad y que este le brinde la ayuda, el apoyo y el soporte que el paciente necesita para lograr tener una adaptación y un control adecuado de su patología.

RECOMENDACIONES

- Las actuaciones dirigidas a mejorar la adherencia a personas con enfermedades crónicas no transmisibles han de ser multidisciplinarias y coordinadas, contando con la participación de profesionales, pacientes y familias para conseguir mayor efectividad, recalcando que las enfermeras son el pilar fundamental en todos los programas de apoyo al paciente haciendo una valoración integral, el profesional de enfermería es un miembro activo que debe estar presente en la realización de actividades que garanticen la adherencia al tratamiento farmacológico, además de promover el autocuidado a través de una intervención educativa estructurada, mejorando la información que se le otorga al paciente, aclarando las dudas sobre el tratamiento y brindando seguimiento constante.
- Esta investigación podría servir como línea de base para generar Planes de Cuidado Estandarizados enfocados a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, con el fin de aplicar intervenciones de enfermería de calidad que nos garanticen conseguir resultados positivos para la salud de este grupo de pacientes, tomando en cuenta la importancia de incluir el apoyo familiar y considerando todos los factores que pueden intervenir en la adherencia al tratamiento farmacológico.
- La valoración de la funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento se deben implementar mediante protocolos con escalas establecidas y validadas, esto permitirá mantener un buen control de los pacientes; como se evidenció en este estudio donde la funcionalidad familiar tiene relación directa con la adherencia al tratamiento, para esto es importante el rol que desempeña el profesional de enfermería especializado en la familia y comunidad promoviendo la salud mental, física y social de una comunidad.

Referencias

- Aguilar Montejó, C., Zapata Vasquez, R., Lopez Ramon, C., & Zurita, Z. E. (15 de 01 de 2018). Adherencia terapeutica y funcionalidad familiar en pacientes con enfermedades hematologicas. Mexico.
- Andrade, K. (03 de 2017). Instrumentos para valorar las características familiares y funcionalidad familiar. Obtenido de <https://www.medicosfamiliares.com/familia/instrumentos-de-evaluacion-de-la-funcionalidad-familiar.html>
- Apolinar Membrillo, L. (2020). Clasificación o Tipología de la Familia. Obtenido de <https://www.medicosfamiliares.com/familia/clasificacion-o-tipologia-de-la-familia.html>
- Armas , N., & Diaz, L. (2017). Familias Por Dentro.
- Asamblea Nacional Del Ecuador. (2008). Constitución De La República Del Ecuador . Obtenido de <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/08/Constitucion.pdf>
- Astudillo Roman , M. E. (2020). Enfermedades crónicas y su influencia en la funcionalidad familiar en el sector La Ferroviaria. Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/enfermedades-cronicas-y-su-influencia-en-la-funcionalidad-familiar-en-el-sector-la-ferroviaria-machala-ecuador/>
- Barrios Moreta, E., & Garau Monte, M. (2017). Epidemiología del Cáncer. Obtenido de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/afm/v4n1/2301-1254-afm-4-01-00007.pdf>
- Bello Escamilla, N. V., & Montoya , C. P. (2016). Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabeticos tipo 2 y sus factores asociados. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n2/1134-928X-geroko-28-02-73.pdf>

- Bustamante Paredes , K., & Armas Narvaez, S. (2017). Unidad de Analisis e Investigación en Salud de la Secretaria de Salud. Obtenido de Secretaria Metropolitana de Salud del Distrito Metropolitano de Quito : https://www.quito.gob.ec/documents/Salud/Diagnostico_Salud_DMQ2017.pdf
- Carrillo Bayas, G. P. (Abril de 2021). Calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes con hipertension arterial. Obtenido de http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/32813/3/6._carrillo_vayas_gabriela_patricia%281%29.pdf
- Conde Minga, E. P., Torres Valdivieso, C. H., & Chalaco Vega, M. V. (23 de 05 de 2017). Enfermedades cronicas y funcionalidad familiar en personas con discapacidad.
- Condori Fuentes, S., & Cruz Quispe, G. (2017). Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 . Obtenido de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5780/ENcofus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Congreso Nacional . (2015). Ley Orgánica De La Salud . Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Consejo General de Enfermeria . (2018). Diario Independiente de Contenido Enfermero. Obtenido de <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/la-importancia-de-la-enfermeria-en-el-autocuidado-del-paciente-DDIMPORT-034972/>
- Consejo Internacional de Enfermeras . (2016).Codigo Deontológico del CIE para la profdesion de enfermeria . Obtenido de https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20sp.pdf

- Docío Castro, M. D. (2022). Cuidados De Enfermería Del Paciente Crónico En Atención Primaria. *Revista Ocronos*, 27.
- Espinal Domingo , I., & Gimeno Arroyo, A. (2018). El Enfoque Sistémico En Los Estudios Sobre La Familia. Obtenido de <https://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistemico.pdf>
- FEDER. (06 de 2018). La familia: principal fuente de apoyo. Obtenido de https://blogs.comillas.edu/fei/wp-content/uploads/sites/7/2018/06/Intervenci%C3%B3n-con-la-Familia-.docxD_.pdf
- Fernandez Guerra, D. (2018). Conferencia de Investigación sobre EPOC. Obtenido de <https://www.neumosur.net/files/EB03-25%20EPOC%20estable.pdf>
- Fernandez Ortega, M. A. (02 de 2018). El impacto de la enfermedad en la familia. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046f.pdf>
- Gimeno Porques, M. (2018). La Enfermedad Crónica y La Familia. Obtenido de http://www.centrelondres94.com/files/la_enfermedad_cronica_y_la_familia.pdf
- Gonzales Benitez, I., & Acosta Ortiz, J. (2016). Crisis familiares. Relaciones familiares, acontecimientos que cambian la vida, 11-12.
- Gonzales Benitez, I., & Acosta Ortiz, J. (2020). Las crisis familiares. Quito.
- Gonzalez Turnaria , M. D. (2017). Escala de evaluación del funcionamiento familiar. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4595/459545419005.pdf>
- Guaman Montero, N. A., & Mesa Cano, I. C. (2020). Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la diabetes melitus tipo II . Obtenido de https://www.revistaavft.com/images/revistas/2021/avft_3_2021/10_factores_influyen_adherencia.pdf

Gudiño Diaz, C. E., & Tituaña Andrade, A. E. (2016). Características Familiares en la Adherencia al Tratamiento. Quito.

Ingaramo Alvarez, R., Vita Sancho, N., & Bendersky Lauren , M. (2017). Estudio Nacional sobre Adherencia al Tratamiento . Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Daniel-Piskorz/publication/246747642_National_study_on_compliance_to_treatment/links/5c9a457c92851cf0ae99e367/National-study-on-compliance-to-treatment.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2017). Estadística y Censos Quito - Ecuador . Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Fasciculos_Censales/Fasc_Cantoniales/Pichincha/Fasciculo_Quito.pdf

Jiménez, V. (2007). Validación del test en hipertensos.

Lizama, A. (2016). Multidisciplinariedad en el manejo de enfermedades crónicas. Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile, 17.

Llerena Guachambala, E. P., & Carrillo Bayas, G. P. (2021). Calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes con hipertensión arterial. Obtenido de Repositorio Universidad Técnica de Ambato: <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/32813>

Lopez Arias, L. C., & Pinzon Casas, L. V. (13 de 03 de 2019). Funcionalidad familiar en la salud pública. Bogota, Colombia.

Louro Bernal, I., & Arés Muzio, P. (2004). Evaluación del funcionamiento familiar según instrumento SS-SIL. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v30n1/an0204114.pdf>

Malpartida Ampundia, M. K. (2020). Familia: enfoque y abordaje en la atención primaria. Sonergia, 14,15.

- Maqui Vilca, L. E. (2019). Adherencia al tratamiento de la diabetes con la funcionalidad familiar segun factores socio - economicos y culturales. Obtenido de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/31073/maqui_vl.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Marín Macías, T. (2018). Una mirada a los problemas de salud del hombre. Obtenido de <https://blogs.iadb.org/salud/es/salud-del-hombre/>
- Ministerio de Salud Pública. (2020). Analisis Situacional. Quito.
- Morisky, Green, & Levine. (2007). Test de Morsky Green - Adherencia al tratamiento.
- MSP. (2017). Plan estrategico nacional para la prevencion y control de las enfermedades crónicas no transmisibles. Obtenido de https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/ECU_B3_plan_estrategico_nacional_msp_final..pdf
- MSP. (2017). Plan Estrategico Nacional para la Prvencion y Control de las Enfermedades Cronicas No Transmisibles. Obtenido de https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/ECU_B3_plan_estrategico_nacional_msp_final..pdf
- MSP. (2019). Guia de Práctica Clinica de Hipertension Arterial. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_hta192019.pdf
- Muñoz Collazos, M. (2018). Enfermedad Cardiovascular y Enfermedad Cerebrovascular . Obtenido de <https://www.acnweb.org/guia/g1c12i.pdf>
- Muñoz Valverde, G. (2021). Relación entre la funcionalidad familiar y su adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II en el IESS La Mariscal. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/25967/1/UCE-FCM-CPO-MU%C3%91OZ%20GRACE.pdf>

- OMS. (2018). Enfermedades crónicas no transmisibles. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
- Parra, D. I., Romero Guevara, S. L., & Rojas, L. (s.f.). Factores influyentes en la adherencia al régimen terapéutico en hipertensión y diabetes. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072019000300002&script=sci_arttext&tlng=es
- Pedro Enrique, M. (2018). Dislipidemias . Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/aci/v20n6/aci121209.pdf>
- Peñalva, C. (2018). Evaluación del funcionamiento familiar. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/582/58222406.pdf>
- Perez, I. (2020). Enfermedades crónicas y su influencia en la funcionalidad familiar en el sector La Ferroviaria. Portales Médicos, 21.
- Ramos Morales, L. E. (2017). La adherencia al tratamiento como proceso complejo y factores influyentes. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/ang/v16n2/ang06215.pdf>
- Real Academia Española. (2018). Diccionario de la Lengua Española . Obtenido de <https://dle.rae.es/cong%C3%A9nito>
- Rincon Ricote , A. I. (2017). Fisiopatología de la obesidad. Obtenido de <http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/ANA%20ISABEL%20RINCON%20RICOTE.pdf>
- Rojas Prado , E., Molina Maza, R., & Cruz Rodriguez, A. (2017). Definición, Clasificación y Diagnóstico de la Diabetes Mellitus. Revista Venezolana de Endocrinología, 40-49.

Silva Enrique, G., & Galeano Raza, E. (2018). Implicaciones de la No Adherencia al Tratamiento Farmacológico. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1631/163113820004.pdf>

Sola Villena , J. H. (2019). Falta de adherencia al tratamiento, disfuncionalidad familiar y su relación con el área cognitiva de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, atendidos en la ciudad de La Concordia, en el área de consulta externa del Centro de Salud. La Concordia .

Tamayo Rozas, M. (2018). Instrumentos de evaluacion familiar. Obtenido de https://www.u-cursos.cl/medicina/2012/2/KI03010306034/1/material_docente/bajar?id_material=669427

Valverde Merino , M. I. (2018). Métodos Para Medir la Adherencia Terapeutica. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf>

Valverde Merino, M. I. (2020). Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000400251

Vasquez , A., & Horta, L. (2018). Enfermedad crónica no transmitible y calidad de vida. . Obtenido de <file:///C:/Users/ISA%20PALACIOS/Downloads/Dialnet-EnfermedadCronicaNoTransmisibleYCalidadDeVidaRevis-6482759.pdf>

APÉNDICES

Apéndice A. Operacionalización de Variables

Objetivo 1: Identificar las características familiares y sociodemográficas de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles de los tres Centros de Salud de Quito en el 2022.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES OPERACIONALES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA	TIPO DE VARIABLE	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Características Sociodemográficas de los pacientes con enfermedades crónicas	Conjunto de características, socio económico cultural, que están presentes en la población sujeta a estudio tomando aquellas que pueden ser medibles.	Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Años cumplidos	1.....	Cuantitativa discreta	Encuesta	Cuestionario
		Sexo	Conjunto de características biológicas comunes que comparten un mismo grupo de individuos.	Caracteres sexuales secundarios y/o registro en su cédula de ciudadanía	1= Hombre 2= Mujer	Cualitativa Nominal		
		Etnia	Comunidad humana que comparte un conjunto de rasgos de tipo sociocultural	Autoidentificación	1= Indígena 2= Mestizo 3= Blanco 4= Afroecuatoriano 5= Otro	Cualitativa Nominal		
		Estado Civil	Situación estable o permanente en la que se encuentra una persona física en relación con sus circunstancias personales y con la legislación.	Estado conyugal	1= Casado/a 2= Unión libre 3= Separado/a 4= Soltero 5= Viudo/a	Cualitativa Nominal		
		Nivel de Instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso	Instrucción alcanzada	1= Ninguno 2= Centro de alfabetización 3= Primaria 4= Secundaria	Cualitativa Nominal		

					5= Superior 6= Posgrado			
		Ocupación	Actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente y con la que gana dinero para sustento de su familia.	Empleo	1= Empleado 2= Desempleado	Cualitativa Nominal		
		Residencia	Ubicación del lugar o domicilio en el que se reside por la zona geográfica.	Zona	1= Urbana 2= Rural	Cualitativa Nominal		

Objetivo 2: Medir el grado de adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles de los tres Centros de Salud de Quito en el 2022.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES OPERACIONALES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA	TIPO DE VARIABLE	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Adherencia al Tratamiento	Grado en que el comportamiento de una persona, se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria, que además requiere conformidad del paciente	Grado de Adherencia	Paciente con continuidad en la toma de medicación, según la escala de adherencia al tratamiento.	Comportamientos de adherencia (dificultades)	1= Si 2= No 1= Nunca/casi nunca 2= Algunas veces 3= Habitualmente 4= Siempre	Cualitativas Nominales	Escala de Morisky (MMAS-8)	Cuestionario

Objetivo 3: Relacionar las características familiares con el grado de adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles de los tres Centros de Salud de Quito en el 2022.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES OPERACIONALES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA	TIPO DE VARIABLE	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Funcionalidad Familiar	Capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, con fuerte sentido de pertenencia, afecto maduro y sólido, con clara definición de aspectos jerárquicos, límites precisos, alianzas productivas y autonomía	Grado de funcionalidad y disfuncionalidad familiar	Procesos implicados en las relaciones intrafamiliares que permiten determinar su funcionalidad o disfuncionalidad	-Cohesión -Armonía -Comunicación -Adaptabilidad -Rol -Permeabilidad	1= Casi nunca 2= Pocas veces 3= A veces 4= Muchas veces 5= Casi siempre	Cualitativas Nominales	Encuesta	Cuestionario de la Prueba de funcionamiento familiar (FF-SIL)

Apéndice B. Consentimiento Informado

PARTE I. INFORMACIÓN PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Influencia de la Funcionalidad Familiar en la Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles, en tres Centros de Salud de Quito, 2022.

Institución/e: Universidad Técnica Del Norte

Investigadores: María Isabel Palacios Ruiz

Objetivo de la investigación: Evaluar la influencia de la funcionalidad familiar sobre la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles que acuden a tres Centros de Salud de Quito 2022.

La presente investigación es conducida por María Isabel Palacios Ruiz. Estudiante de la Universidad Técnica del Norte. La meta de este estudio es: Evaluar la influencia de la funcionalidad familiar sobre la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles que acuden a tres Centros de Salud de Quito 2022.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista, completar una encuesta, o participar en grupos focales. El llenar la encuesta le tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja con todos los instrumentos, será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario, a la entrevista y lo que se diga en los grupos focales, serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones serán eliminadas.

Los beneficios de la presente investigación, afectaran directamente a la población de enfermos crónicos de tres sectores de la ciudad de Quito y de manera indirecta a los profesionales de la salud que tratan a pacientes crónicos.

Por las características de la investigación no habrá riesgos para ninguno de los participantes en las diferentes modalidades de obtención de información. Por su participación se le dará un incentivo económico por completar las encuestas o un refrigerio por participar en los grupos focales.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en todo momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Mayor información

En caso de que quiera más información se puede comunicar con la autora de la investigación:

María Isabel Palacios Ruiz, al número de teléfono 0991884186.

Desde ya le agradecemos su participación.

PARTE II: FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, declaro que he leído este consentimiento informado y he comprendido en qué consiste mi participación en la investigación: Evaluar la influencia de la funcionalidad familiar sobre la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles que acuden a tres Centros de Salud de Quito 2022. Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, o participar en grupos focales, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Además, informo que he hecho preguntas y me han sido respondidas.

Por lo tanto, estoy de acuerdo en participar en esta investigación.

Firma o huella del participante

Nombre

Firma del investigador

C.I. 1003856273

Fecha

Apéndice C. Cuestionario Características Sociodemográficas

CUESTIONARIO

Características sociodemográficas

1. Edad -----

2. Sexo

- a. Hombre
- b. Mujer

3. Auto-identificación

- a. Indígena
- b. Mestizo
- c. Blanco
- d. Afroecuatoriano
- e. Otro

4. Estado civil

- a. Casado/a
- b. Unión libre
- c. Separado/a
- d. Divorciado/a
- e. Soltero/a
- f. Viudo/a

5. Nivel de instrucción

- a. Ninguna
- b. Centro de alfabetización
- c. Primaria
- d. Secundaria
- e. Superior
- f. Posgrado

6. Ocupación

- a. Empleado público
- b. Empleado privado

c. Desempleado

7. Residencia

a. Urbano

b. Rural

Apéndice D. Cuestionario de Funcionalidad Familiar FF-SIL

Evaluación del funcionamiento familiar según instrumento FF-SIL

Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL): a continuación, se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

La escala tiene diferentes valores de acuerdo con el criterio seleccionado, según se observa en el siguiente cuadro:

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía.					
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8. Cuando algún miembro de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos					

tenemos					
---------	--	--	--	--	--

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems, lo que permite llegar al diagnóstico de funcionamiento familiar; este se muestra en el siguiente cuadro:

Casi siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

Diagnóstico del funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba FF-SIL:

Funcional	De 70 a 57 puntos
Moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos
Disfuncional	De 42 a 28 puntos
Severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos

Validado por (Louro Bernal & Arés Muzio, 2004).

Apéndice E. Test Para Medir Adherencia Al Tratamiento

TEST DE MORISKY GREEN

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
2. ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

Interpretación: En todos los casos se debe responder “SI” o “NO”, se consideran pacientes que cumplen el tratamiento a quienes contestan NO a las cuatro preguntas y no cumplidores a quienes contestan SI a una o más.

Elaborado por: (Morisky, Green, & Levine, 2007).

Validado por: (Jiménez, 2007).

Apéndice F. Certificado del CAEI



Influence of Family Functionality on Adherence to pharmacological treatment in patients with Chronic Noncommunicable Diseases, in three Health Centers of Quito, 2022.

Author: María Isabel Palacios Ruiz

Tutor: Mercedes Flores G. Mph

Year: 2022

ABSTRACT

Adherence to pharmacological treatment in a patient with ECNT is a multidimensional process, considering that chronic noncommunicable diseases currently represent the main cause of mortality in the world, accounting for more than half of all deaths. This study assessed the influence of family functionality on adherence to pharmacological treatment in patients with chronic noncommunicable diseases attending three Health Centers in Quito, in 2022. A quantitative, descriptive, correlational, non-experimental, cross-sectional, and non-experimental study was conducted on patients with chronic diseases attending medical care and treatment in three Health Centers in the city of Quito. Family functionality was evaluated using the FF-SIL scale and adherence to treatment using the Morisky Green Test. 100% of patients who come from dysfunctional families do not adhere to pharmacological treatment, identifying that the family is a fundamental support in therapeutic follow-up and that the lack of adherence to pharmacological treatment is associated with social representations and the changes that patients and their families present when facing a crisis such as a disease. There is a statistically significant relationship between family functionality and adherence to pharmacological treatment, which should sensitize the health team to consider the importance of the family nucleus of each patient and involve it in the support that the patient needs to achieve adequate adaptation and control of their pathology.

Keywords: Chronic diseases / Family functionality / Adherence to treatment.

Reviewed by Víctor Raúl Rodríguez Viteri

Juan de Velasco 2-39 entre Salinas y Juan Montalvo
062 997-800 ext. 7351 - 7354
Ibarra - Ecuador

gerencia@lauemprende.com
www.lauemprende.com
Código Postal: 100150

Apéndice G. Informe Urkund



Document Information

Analyzed document	Adeherencia al tratamiento y Funcionalidad Familiar I_Palacios.docx (D150196824)
Submitted	11/19/2022 1:50:00 AM
Submitted by	FLORES GRIJALVA MERCEDES DEL CARMEN
Submitter email	mcflores@utn.edu.ec
Similarity	3%
Analysis address	mcflores.utn@analysis.orkund.com

Sources included in the report

W	URL: https://core.ac.uk/download/pdf/143442949.pdf Fetched: 1/21/2021 8:55:58 PM	5
W	URL: https://riullull.es/xmlui/bitstream/915/20242/2/Nivel%20de%20adherencia%20a%20tratamiento%20... Fetched: 5/25/2022 9:51:53 PM	1
W	URL: https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/54920/53107653.2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y Fetched: 5/28/2022 9:25:35 AM	1
SA	1A_MORALES_APOLINARIO_NORKA_JULISSA_TITULO_PROFESIONAL_2021.docx Document 1A_MORALES_APOLINARIO_NORKA_JULISSA_TITULO_PROFESIONAL_2021.docx (D127966627)	1
SA	TRABAJO DE TITULACIÓN GRACE MUÑOZ V final.pdf Document TRABAJO DE TITULACIÓN GRACE MUÑOZ V final.pdf (D127955060)	2

Entire Document

RESUMEN La adherencia a un tratamiento farmacológico en un paciente con ECNT es un proceso multidimensional, actualmente las enfermedades crónicas no transmisibles representan la principal causa de mortalidad en el mundo, siendo responsables de más de la mitad de las defunciones. El presente trabajo tiene como objetivo evaluar la influencia de la funcionalidad familiar sobre la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles que acuden a tres centros de primer nivel de atención. Se realizó un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, correlacional, no experimental, de corte transversal en pacientes con enfermedades crónicas que acuden a recibir atención médica y tratamiento; se evaluó funcionalidad familiar mediante la escala FF-SIL, y adherencia al tratamiento mediante el Test de Morisky Green. Los resultados muestran que el 100% de pacientes que provienen de familias disfuncionales no tienen adherencia al tratamiento farmacológico, identificando que la familia es un apoyo fundamental en el seguimiento terapéutico y que la falta de adherencia al tratamiento farmacológico se asocia a representaciones sociales y a los cambios que presentan los pacientes y su familia al momento de afrontar una crisis como es la enfermedad. Demostrando que existe una

relación estadísticamente significativa entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento farmacológico; lo cual debe sensibilizar al equipo de salud para considerar importante el núcleo familiar de cada paciente e involucrarlo en el apoyo y soporte que el paciente necesita para lograr tener una adaptación y un control adecuado de su patología.

Palabras claves: Enfermedades crónicas / Funcionalidad familiar / Adherencia al tratamiento
CAPITULO I