



**Universidad del Azuay**

**Departamento de Posgrados**

**Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria**

**Nivel de funcionalidad, cohesión y adaptabilidad familiar asociado al cuidado del adulto(s) mayor(es) con y sin hipertensión arterial crónica; Coyoctor - Cañar, 2015.**

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título de  
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria**

**Autor: Dr. Frantz Ricardo Padrón Quezada**

**Directora: Dra. Janeth Catalina Serrano Serrano**

**Cuenca, Ecuador**

**2016**

### **Dedicatoria**

A las personas de la comunidad de Coyoctor, de la cual ahora me siento parte, que han hecho de esta, una experiencia gratificante, desde su inicio hasta su término.

Gracias alas familias que abrieron sus puertas tanto profesional como personalmente.

### **Agradecimiento**

A mi familia por soportar el rezago de estos tiempos, a mi esposa por la dedicación necesaria para equilibrar a la familia, en especial a mis hijos a los que siempre los traigo en el corazón.

De manera especial agradezco el apoyo a mi cuñada, por su tiempo y solidaridad, pese a las incertidumbres familiares.

## Resumen

La presente investigación se realizó en la comunidad de Coyector del cantón El Tambo, en el año 2015; se procuró encontrar los niveles de cohesión, adaptabilidad y funcionalidad familiar en las familias que tienen a su cuidado adultos de 65 años o más, con y sin diagnóstico de hipertensión arterial crónica. Es un estudio de Cohortes, en el cual se trabajó con dos grupos de familias: el primer grupo tiene a su cuidado adultos mayores con HTA crónica y el otro grupo familiar con adultos mayores sin patología Hipertensiva; en ambos grupos, tras la aplicación del test de FF SIL, se determinó el análisis de funcionalidad familiar, y luego se aplicó el test de FACE III para evaluar Cohesión y Adaptabilidad.

Con la información se desarrolló una base de datos, a partir de la cual se elaboraron tablas, figuras que sirvieron de apoyo para la descripción y análisis de los resultados

Se concluyó que el tener familiares adultos mayores con hipertensión es un factor de riesgo para la disfuncionalidad familiar

**Palabras clave:** adulto mayor, disfuncionalidad familiar, adaptabilidad familiar, cohesión familiar, hipertensión arterial.

### ABSTRACT


This research was carried out in the community of *Coyector* in El Tambo canton, in 2015. Its objective was to find the levels of cohesion, adaptability and family functionality among the caregivers of the elderly aged 65 and over, with and without a chronic hypertension diagnosis.

This is a cohort study, which worked with two family groups: the first group takes care of elderly people with chronic hypertension, and the other family group of elderly persons without hypertensive pathology. After the application of the FF SIL test, the analysis of family functionality was determined in both groups. Then, the FACE III test was applied to evaluate Cohesion and Adaptability. A database was developed with the information obtained, from which statistical tables that served as support for the description and analysis of the results were elaborated.

It was concluded that having elderly relatives with hypertension is a risk factor for family dysfunction

**Keywords:** Elderly, Family Dysfunction, Family Adaptability, Family Cohesion, Arterial Hypertension



  
Translated by,  
Lic. Lourdes Crespo

## INDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
1.1 Planteamiento del problema .....	4
1.2. Justificación:.....	4
1.3 Sustento teórico .....	5
1.4 Objetivo general.....	9
1.5 Objetivo específicos.....	9
1.6 Hipótesis.....	9
CAPITULO 1: MATERIALES Y MÉTODOS .....	10
2.1 Tipo de investigación y diseño general del estudio .....	10
2.2 Universo de estudio .....	10
2.3 Criterios de inclusión.....	10
2.4 Criterios de exclusión.....	11
2.5 Operacionalización de variables .....	11
2.6 Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar .....	11
CAPITULO 2 RESULTADOS.....	13
Resultado 1: Características de la población según variables socio-demográficas (edad, sexo, nivel de instrucción) acompañamiento, comorbilidad y tiempo de enfermedad. ....	13
Resultado 2: Nivel de funcionalidad familiar con el test FF SIL; Cohesión y Adaptabilidad con el test FACE III, en dos grupos de familias que tienen a su cuidado adulto(s) de 65 años o más con y sin HTA crónica. ....	17
Resultado 3: Hipertensión arterial crónica en el adulto mayor como factor de riesgo para la funcionalidad, cohesión y adaptabilidad familiar patológica. ....	19
CAPITULO 3.....	21
Discusión.....	21
Conclusiones.....	23
Recomendaciones .....	25
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26
Anexo 1: Formulario.....	29
Anexo 2: .....	30
Anexo 3: .....	31
1.1.1 Formulario 2: FACE III.....	31

### Índice de Tablas

Tabla 1 Características por edad de los adultos mayores con y sin diagnóstico de Hipertensión arterial crónica, Coyocto – 2016.....	14
Tabla 2 Características de los grupos familiares de expuestos y no expuestos, según el nivel de instrucción, Coyocto 2016. ....	15
Tabla 1 Características de los adultos mayores con y sin HTA en los de expuestos y no expuestos, según acompañamiento, Coyocto 2016 .....	15
Tabla 2 Características de los adultos mayores con y sin HTA en los de expuestos y no expuestos, según comorbilidad, Coyocto 2016.....	16
Tabla 3 Características de los adultos mayores con y sin HTA en los grupos de expuestos, según tiempo de enfermedad, Coyocto 2016. ....	16
Tabla 4 Disfuncionalidad Familiar, en familiares que tienen a su cuidado adultos mayores con y sin HTA crónica. ....	17
Tabla 5 Cohesión familiar, en familiares que tienen a su cuidado adultos mayores con y sin HTA crónica.....	18
Tabla 6 Adaptabilidad familiar, en familiares que tienen a su cuidado adultos mayores con y sin HTA crónica.....	18
Tabla 7 Disfuncionalidad Familiar, en familiares que tienen a su cuidado adultos mayores con y sin HTA crónica.. ....	19
Tabla 10 Cohesión familiar, en familiares que tienen a su cuidado adultos mayores con y sin HTA crónica .....	20
Tabla 8 Adaptabilidad familiar, en familiares que tienen a su cuidado adultos mayores con y sin HTA crónica.....	20

### Índices gráficos

Gráfico 1: Frecuencia por edad de los integrantes del estudio, Coyoctor – 2016.....	13
Gráfico 2: Características por sexo de los grupos familiares de expuestos y no expuestos.....	14

### Índice Anexos

Anexo 1: Formulario datos demográficos.....	29
Anexo 2: Formulario 1 FF SIL.....	30
Anexo 3: Formulario FACE III.....	31
Anexo 4: Consentimiento informado.....	32
Anexo 5: Operacionalización de variables.....	33
Anexo 6: Cronograma de actividades.....	35
Anexo 7: Recursos.....	38



Frantz Ricardo Padrón Quezada

Trabajo de graduación

Directora: Janeth Catalina Serrano Serrano

Marzo - Agosto 2015

**Nivel de funcionalidad, cohesión y adaptabilidad familiar asociado a la presencia de hipertensión arterial en el adulto mayor; Comunidad Coyector del Cantón Tambo, 2015**

### **INTRODUCCIÓN**

Las familias, aún en las sociedades más desarrolladas, necesitan ser dinámicas, evolutivas y tienen funciones que se deben cumplir durante las etapas de desarrollo de la misma, principalmente en las funciones de afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus familiar. Estos aspectos interesan a la medicina contemporánea llamándola funcionalidad familiar y corresponde a uno de los parámetros principales que se evalúa en el estudio de la salud familiar. La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de estas funciones por alteración en algunos de los subsistemas familiares. Por otra parte, analizando a la familia como sistema, ésta es disfuncional cuando uno o más de sus subsistemas se alteran por cambio en los roles de sus integrantes <sup>(1)</sup>

En la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria es importante establecer el diagnóstico de salud de los grupos familiares y debe considerarse establecer grado de funcionalidad familiar. Es tarea del médico, fomentar en la familia, la idea de la autorresponsabilidad en la salud de éste colectivo y de sus miembros, así como, desarrollar y utilizar todas las potencialidades del grupo en aras de mejorar su salud. El médico que no aproveche estas posibilidades no ejerce eficazmente sus funciones.

Las familias con enfermos crónicos, por su carácter de permanente, provocan mayores dificultades en la respuesta adaptativa de la familia, esto a la vez, representa un evento tensionante que afecta no sólo al enfermo, sino a cada uno de sus integrantes y a la familia como un todo <sup>(2)</sup>

La cohesión ha demostrado ser un elemento fundamental para la predicción de la respuesta que tendrá la familia frente a la enfermedad. Una patología crónica incapacitante o no, puede intensificar y prolongar estas transiciones normales, y la necesidad de cohesión suele ser permanente, obstaculizando los cambios del desarrollo normativos de los miembros de la familia. Así mismo, las habilidades de un grupo familiar para adaptarse a las cambiantes circunstancias o a las tareas del desarrollo del ciclo de vida se complementan con su necesidad de valores durables, tradiciones y normas de comportamientos previsibles y coherentes. La adaptabilidad es un elemento fundamental particularmente en las enfermedades progresivas o que presentan crisis médicas agudas <sup>(3)</sup>.

La hipertensión arterial sistémica (HAS) constituye una de las enfermedades crónicas con más prevalencia en el Ecuador; de cada 100.000 personas 1.373 tienen problemas de hipertensión, así lo afirma el informe 2012 de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) revela que en el 2010 el 7% del total de todas las muertes registradas en el país fueron por hipertensión. Estos números resultan alarmantes, pues, en el Ecuador según el Estudio de Prevalencia de Hipertensión Arterial, tres de cada 10 personas son hipertensas. De ellas, el 40% está consciente de su enfermedad, y apenas el 7% está en tratamiento <sup>(4)</sup>.

Cabe agregar que la aparición de una enfermedad sea esta aguda o crónica en algún miembro de la familia puede representar un serio problema, tanto en su funcionamiento como en su composición. Se puede considerar a la enfermedad crónica como una crisis familiar, dada la capacidad que tiene para desorganizar un sistema familiar, lo que impacta en cada uno de sus miembros de manera diferente <sup>(5)</sup>.

### **1.1 Planteamiento del problema**

La población actual según los registros de las fichas familiares de la comunidad existen 80 familias que tienen a su cuidado o conviven con adultos mayores. Contrastando con las proyecciones del MSP del 2015 que dan 52 familias.

Según el perfil de salud enfermedad del Puesto de salud Coyector, la Hipertensión es la patología más frecuente encontrada en la tercera edad y más en el sexo femenino de lo observado en el ejercicio profesional impresiona que muchas de las personas de la tercera edad son rechazados por sus familias. Los hipertensos deben llevar medicación permanente, dieta hipo sódica cuidados generales, además de una apropiada participación familiar.

Por este motivo con este trabajo se manifestó, los niveles de cohesión, adaptabilidad, y funcionalidad familiar; con el fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de sus integrantes.

### **1.2. Justificación:**

Entre las actividades del médico familiar esta las de prevención de la enfermedad, promoción de la salud, tratamiento de los problemas de salud y rehabilitación en los requeridos. Para ello es fundamental una evaluación completa del grupo familiar para buscar con su participación soluciones a los determinantes que desarrollan disfuncionalidad familiar, de manera especial para asegurar un mejor apego para el cuidado de las patologías crónicas como la HTA.

El diagnóstico de la funcionalidad, cohesión y adaptabilidad familiar, permiten una orientación en la conservación de la integridad, con el fin de mantener en lo posible una

homeostasis biológica y psicoactiva, para generar acciones que permitan mejorar la calidad de vida de las familias así como del adulto mayor y mejor control del paciente enfermo <sup>8</sup>.

El presente estudio surgió de la necesidad de conocer la cohesión, adaptabilidad y funcionalidad familiar en familias que tienen a su cuidado adultos mayores con y sin HTA crónica de la comunidad Coyocor del Cantón el Tambo; justamente porque la HTA es la principales causa de morbilidad encontradas en las fichas familiares de los pacientes de la tercera edad.

Por lo tanto, el proyecto se consideró viable porque daría a conocer si existe la presencia de funcionalidad, cohesión y adaptabilidad familiar patológica asociadas al cuidado de un miembro adulto mayor con y sin HTA crónica, apoyaría el fortalecimiento de los programas propuestos por el MSP para la intervención adecuada e individual del paciente y sus familias.

### **1.3 Sustento teórico**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), registra una disminución de la tasa de fecundidad y un aumento de la esperanza de vida por la proporción creciente de personas mayores de 60 años en todos los países incluido el Ecuador; este aumento de la población adulta mayor lo justifican por el éxito de las políticas públicas de salud y el desarrollo socioeconómico <sup>(6)</sup>.

Según la OMS a nivel mundial, 1 de cada 3 padece hipertensión arterial, constituyendo por sí misma una enfermedad y a la vez un factor de riesgo para desarrollar otras patologías cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. Los hombres tienen una predisposición mayor para desarrollar HTA, pero, durante la etapa de la menopausia las mujeres igualan esta condición <sup>(7)</sup>.

Según las estadísticas del INEC 2011, las enfermedades hipertensivas están representadas por 10.429 casos, la HTA esencial es la más frecuente con 8.653; los adultos mayores (52,39% de la población) son los más vulnerables <sup>(7)</sup>.

Como padecimiento crónico, la hipertensión arterial, es un evento estresante con altas probabilidades de ser emocionalmente difícil para los familiares y el paciente. La aparición de patología aguda o crónica o terminal en algún miembro de la familia representa un riesgo para el funcionamiento y composición de la misma, pudiendo llevarla a la desorganización. Así, la enfermedad hipertensiva, como causa principal de morbi-mortalidad en la población adulta mayor, reviste especial importancia por el grado de participación familiar que representa y que debe ser cumplida regularmente por el resto de la vida del paciente para su control como: ajuste de la alimentación, control del peso, actividad física adecuada, toma medicación; todo esto, con el fin de disminuir complicaciones severas y mejorar la calidad

de vida a pesar del padecimiento en esta población. Por lo tanto, el apoyo familiar es clave para el control de la hipertensión, al propiciar un ambiente favorable, reduce el estrés y mejora el cumplimiento del tratamiento<sup>(8)</sup>.

La familia, definida como un sistema, debe ser abierta para ser organizada, ya que al estar formada por un número variable de miembros que conviven en un mismo lugar, es la responsable de guiarlos y protegerlos; pero, para lograr este objetivo se requiere una educación acorde a cada una de sus necesidades para una correcta participación en el control de padecimientos no transmisibles en algún miembro de la familia. Como lo describimos, la presencia de una enfermedad en uno de sus miembros altera la vida del resto de familiares, quienes tienen que modificar su estilo de vida para cuidar al familiar enfermo<sup>(9)</sup>.

Según Virginia Satir, la familia es considerada como el grupo primario de referencia del ser humano, en el, recibe cuidado, provee y recibe afecto, adquiere una posición y rol dentro de la estructura familiar que le permite desarrollarse en planos diferentes, manteniendo la función bio, psico y social; estas funciones, les permiten a los integrantes interactuar en diferentes escalas, que definen la dinámica familiar, la cual será óptima cuando permite el desarrollo, su disfunción que llevará a crisis o estados crónicos que desencadenan enfermedades en los integrantes, impactando al individuo y a la familia rompiendo su estabilidad.

En la enfermedad, el primer periodo es funcional, donde solo existen trastornos fisiológicos, cuyos resultados son el aumento de la presión, en el segundo periodo aparecen modificaciones vasculares cuya patología está relacionada con la duración de la alteración hemodinámica y vascular, dando posteriormente un factor de cronicidad que hacen que requieran tratamientos de por vida, sumando gastos en consultas y en medicinas y, si el enfermo es jefe de familia los problemas serán más evidentes. Para esta enfermedad existen controles, lo cual exige cambios en los estilos de vida del paciente y también de la familia, por lo que, durante el tratamiento se necesitará apoyo emocional<sup>(10)</sup>

Al médico familiar, le debe interesar la evaluación de la funcionalidad familiar en medida que permita comprender como los daños de la salud (como factores individual y familiar) son manejados por las familias. Dicha evaluación comprenderá actividades de carácter clínico vinculando factores bio-psico-sociales que interactúan para dar como resultado varios daños a la salud. El afrontar estos factores dependerá del grado de cohesión, adaptabilidad y calidad de comunicación, entre los miembros de la familia. La evaluación y diagnóstico de la disfuncionalidad familiar da la posibilidad al médico familiar de ofrecer apoyo integral de los daños a la salud así como la prevención de nuevos procesos, lo que es consecuente con el cumplimiento a la premisa de la medicina de familia: la continuidad, evaluación integral del

proceso individual y familiar, anticipación de los daños de salud mediante el enfoque de riesgo <sup>(11)</sup>.

Basándonos en el dinamismo de la funcionalidad familiar es erróneo dar un diagnóstico definitivo o decir que permanecerá en el tiempo, porque la cohesión entendida como la unión emocional que tienen los miembros de una familia, se integra por diversos conceptos como: unión emocional, límites de los roles familiares, alianzas, tiempo compartido, espacios comunes, amistades, toma de decisiones, intereses y recreación. Se han identificado cuatro niveles de cohesión que se caracterizan en sendos tipos de familias, en una escala cualitativa ordinal: no relacionada, semirrelacionada, relacionada y aglutinada; esta escala se relaciona con el nivel de cohesión, siendo el nivel más bajo el de las familias no relacionadas y el más alto el de las familias aglutinadas. Las familias semirrelacionadas y relacionadas tienen un nivel de cohesión intermedio, sin ser consideradas como malas o buenas, pero si llaman a una intervención en su organización, en especial los extremos de las escalas <sup>(12)</sup>.

Sin embargo, para un desarrollo óptimo de cada uno de los miembros de la familia el nivel de cohesión al mismo tiempo debe ser compatible con la necesaria individualización y autonomía de todos y cada uno de ellos.

El apego excesivo y desapego entre sus miembros puede describirse como los extremos del espectro de las modalidades de interacción familiar. Siendo el desapego la manifestación de una necesidad de poner distancia, la cual a veces llega a la separación emocional, mientras que el apego excesivo es una necesidad de fusión. En cualquier caso existe una perturbación de la proximidad - distancia <sup>(13) (14)</sup>.

Minuchin, S. (1979) describe que el aglutinamiento y desligamiento se refieren a un estilo transaccional o de preferencia, por un tipo de interacción. La mayor parte de las familias poseen subsistemas aglutinados y desligados. Pero las operaciones de extremos pueden indicar aéreas problema; una madre y su hijo sumamente aglutinados pueden excluir al padre que, se convierte en excesivamente desligado <sup>(4)</sup>

En el área central del modelo circunflejo de Olson, los individuos son capaces de lograr un equilibrio entre ser independientes y de vincularse afectivamente a sus familias. De acuerdo a ello, las familias deben balancear su nivel de unión y conexión como unidad, mientras que también, deben mantener la individualidad y separación. Olson define por lo tanto, a la cohesión como el ligamen emocional que los miembros de una familia tienen entre sí <sup>(15)</sup>

La adaptabilidad se define como la posibilidad de cambio en el liderazgo, relación de roles, y normalización de la relación entre los miembros de una familia. Con el propósito de valorar esta dimensión, se han considerado diversos conceptos con fundamento sociológico; de

estos conceptos pueden mencionarse: liderazgo (control, disciplina), estilos de negociación, roles, normas para la relación interpersonal y grupal, etc. La adaptabilidad debe ser concebida como el balance entre flexibilidad y estabilidad (cambio - no cambio) y la comunicación clara, abierta y consistente. Al igual que la cohesión, la adaptabilidad se ha clasificado en una escala cualitativa ordinal que permite identificar 4 tipos de familias: rígida, estructurada, flexible y caótica. El más bajo nivel de adaptabilidad corresponde a las familias rígidas, el más alto a las caóticas. Los niveles intermedios de esta dimensión clasifican a las familias como estructuradas o flexibles <sup>(16)</sup> <sup>(17)</sup>.

En Latinoamérica hay escasez de publicaciones actualizadas sobre la utilización de FACES III para evaluar la funcionalidad familiar (FF). En un trabajo previo realizado en población abierta con un marco muestral aleatorio y representativo, se validó el instrumento en su versión en español (anexo), la confiabilidad fue mayor de 0,90 (test-retest) y 0,68 con alfa de Cronbach, por lo que fue considerado útil para evaluar la FF en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. Según sus resultados, el instrumento determina rangos evaluatorios en cada una de estas dimensiones clasificando a las familias como extremas y balanceadas

Casas P. (2012), en su estudio realizado en Lima - Perú, encontró 23% de disfunción familiar con el test de APGAR que, fue aplicado a los familiares que tenían a su cuidado adultos mayores independientemente de patología previa no transmisible, etnia o género, aunque la patología más frecuentemente reportada fue la hipertensión arterial en 55.5% de los casos. Hallazgos similares fueron reportados en el estudio de Hisako y col (2011) para la disfuncionalidad familiar (32%) en la misma población en Portugal. Estudios como estos, concluyen que las políticas de salud se deben orientar también en la realización de medidas que mejoren la funcionalidad familiar ya que influye en la calidad de vida de los adultos mayores <sup>(18)</sup>.

García R., (2012) describe que frecuentemente los adultos mayores de 65 años son la población que más riesgo tienen de padecer hipertensión arterial sin saberlo y están expuestos a sus complicaciones sin olvidar que el aumento de la presión arterial diastólica se haya relaciona con la mortalidad de esta edad <sup>(19)</sup>.

Los adultos mayores con patología crónica, son un grupo vulnerable de la población, con ambientes y necesidades que demandan de un mayor cuidado. Según los datos estadísticos del INEC, en el 2013 la HTAS es la segunda causa de muerte en sexo femenino y tercera en masculino. Es por este motivo que la familia con pacientes hipertensos constituye una parte fundamental en la facilitación de las atenciones y el control de la enfermedad.

Los adultos mayores con enfermedades crónicas que tienen al menos un familiar que lo aliente y cuide de su salud, tendrá más aceptación de su enfermedad, por lo tanto, cumplirá con los cuidados generales y con el tratamiento médico. Pero, la disfunción familiar actúa como barrera para afrontar conjuntamente el problema y poniendo en peligro la vida del que sufre la patología <sup>(20)</sup>.

#### **1.4 Objetivo general**

Determinar la asociación entre hipertensión arterial en el adulto mayor con el nivel de Funcionalidad, Cohesión y Adaptabilidad Familiar.

#### **1.5 Objetivo específicos**

1. Determinar las características socio-demográficos y generales de la población de estudio.
2. Identificar el nivel de funcionalidad familiar con el test FF SIL; Cohesión y Adaptabilidad con el test FACE III, en dos grupos de familias que tienen a su cuidado adulto(s) de 65 años o más con y sin HTA crónica.
3. Establecerla asociación entre la hipertensión arterial en el adulto mayor y funcionalidad familiar, cohesión y adaptabilidad familiar.

#### **1.6 Hipótesis**

La hipertensión arterial crónica en el adulto mayor es un factor de riesgo para desarrollar disfuncionalidad, alteración de la cohesión y trastornos de adaptabilidad en el grupo familiar, comparados con aquellos familiares que tienen adultos mayores sin HTA crónica.

## **CAPITULO 1: MATERIALES Y MÉTODOS**

La presente investigación se realizó en la Comunidad Coyoctor del Cantón El Tambo, en el año 2015; se procuró encontrar los niveles de cohesión, adaptabilidad y funcionalidad familiar, en las familias que tienen a su cuidado adulto(s) de 65 años o más con y sin diagnóstico de hipertensión arterial crónica. Esta investigación, se la realizó para determinar la funcionalidad familiar utilizando el test de FF SIL y el Test de FACE III de David H. Olson para la cohesión y adaptabilidad, ya que en la práctica diaria los adultos mayores conviven con patologías crónicas degenerativas y se buscó determinar la influencia de esta alteración en el grupo familiar.

### **2.1 Tipo de investigación y diseño general del estudio**

Es un estudio observacional, analítico, de cohortes, en el cual se trabajó con dos grupos de familias; el primer grupo, de 48 personas,-los expuestos- tenía a su cuidado adulto(s) mayor(es) con HTA crónica y el otro grupo, de 30- no expuestos- estaba constituido con adulto(s) mayor(es) sin patología hipertensiva; se realizó un seguimiento de seis meses, comenzando con 78 participantes y se terminó con el mismo número de individuos, no se incluyó en el transcurso ningún caso nuevo más.

Al final del seguimiento, con la aplicación del test de FFSIL a las familias de los adultos mayores se determinó la funcionalidad familiar y con el test de FACE III se evaluó cohesión y adaptabilidad. El primer test evalúa: la funcionalidad familiar respecto a 7 variables: Cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles, Adaptabilidad; el segundo evalúa Cohesión:( vinculación emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses, recreación), y la adaptabilidad (poder en la familia asertividad, control, disciplina, estilo de negociación, relaciones de roles, reglas de las relaciones).

### **2.2 Universo de estudio**

Se trabajará con 78 familias que tienen a su cuidado adultos mayores con y sin diagnóstico de patología crónica hipertensiva, de un total de 80, porque 2 familias no firmaron el consentimiento informado. Los datos fueron obtenidos de las fichas familiares actualizadas del año 2015 del puesto de salud de Coyoctor del cantón de El Tambo de la provincia del Cañar.

### **Unidad de análisis y observación**

Las 78 familias con adultos mayores con y sin HTA, de la comunidad de Coyoctor del cantón El Tambo.

### **2.3 Criterios de inclusión**

Para conformar el grupo de expuestos se tomó en consideración los siguientes criterios



- familias que tengan en su seno adultos mayores diagnosticados de HTA
- Aceptación y firma del consentimiento informado.
- Familiares mayores de 18 años, al cuidado de adultos mayores

Para conformar el grupo de no expuestos se tomó en consideración los siguientes criterios

- familias que tengan en su seno adultos mayores no diagnosticados de HTA
- Aceptación y firma del consentimiento informado.
- Familiares mayores de 18 años, al cuidado de adultos mayores

#### **2.4 Criterios de exclusión**

- Familiares con discapacidad intelectual evidente.

#### **2.5 Operacionalización de variables**

La tabla de Operacionalización de variables se adjunta en el anexo 5

Variables generales: socio-demográficas: edad, sexo, nivel de instrucción; acompañamiento, comorbilidad, tiempo de enfermedad

Variable dependiente: funcionalidad, adaptabilidad y cohesión familiar.

Variable independiente: hipertensión arterial en el adulto mayor.

#### **2.6 Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar**

- Diseño del formulario que incluyó las variables del estudio y revisión por el director del proyecto.
- Identificación de la población que conformó los grupos de estudio (expuesto- y no expuesto).
- Información del estudio a los participantes y aceptación del mismo con la firma del consentimiento informado por parte del representante del grupo familiar.
- Formación de las cohortes, aplicación del formulario para la recolección de los datos socio-demográficos y seguimiento.
- Al final del periodo se aplicó los test de funcionalidad familiar
- Revisión de los datos e ingreso de los mismos al ordenador.

#### **Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos:**

Previo a la inclusión en el estudio de los participantes, se comunicó los detalles de la investigación y, aceptaron la misma con la firma del consentimiento informado. El manejo de la información en todo momento fue confidencial, utilizando por ello códigos, siendo este el número de las historias clínicas. La base de datos estaba solo al acceso del investigador y asesor estadístico.

## **Procesamiento y análisis de la información**

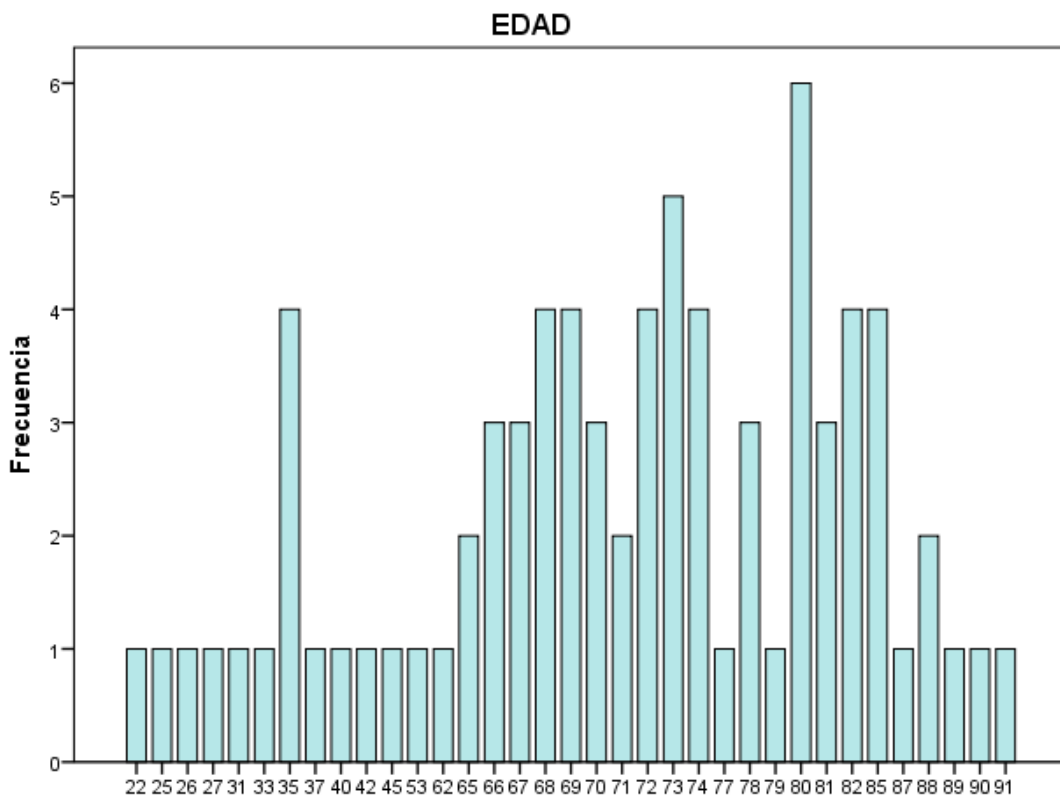
Con la información recopilada se realizó la base de datos, a partir de ella se elaboró tablas que permitieron realizar el manejo estadístico pertinente, tanto descriptivo como analítico, con apoyo del software estadísticos Excel de Microsoft office versión 15 y SPSS versión 15.

El análisis descriptivo en dependencia del tipo de variable, con el propósito de resumir la información, se trabajará en el caso de las variables cuantitativas con la media aritmética ( $\bar{x}$ ) y desviación estándar; para variables cualitativas con frecuencias ( $N^{\circ}$ ) y porcentajes (%); para comparar los grupos se utilizó el test de chi cuadrado, considerando significativo un p valor  $< 0.05$ ; tras lo cual se realizó el análisis de la asociación con el factor de riesgo, organizaremos los datos en una tabla tetracórica de 2 x 2. Determinaremos con este método el Riesgo Relativo (RR), Intervalo de Confianza del 95% (IC) y valor de p.

**CAPITULO 2 RESULTADOS**

**Resultado 1: Características de la población según variables socio-demográficas (edad, sexo, nivel de instrucción) acompañamiento, comorbilidad y tiempo de enfermedad.**

Gráfico 1: Frecuencia por edad de los integrantes del estudio, Coyoctor – 2016.



Fuente: entrevista de campo

Elaboración: el autor.

El mayor número de participantes se encontró en una edad 65 hasta los 74 años. Los adultos mayores por lo tanto, permanecen con personas de su mismo rango etáreo; pero, pocos están acompañados por personas menores a los 65 años.

Tabla 1 Características por edad de los adultos mayores con y sin diagnóstico de Hipertensión arterial crónica, Coyocto – 2016.

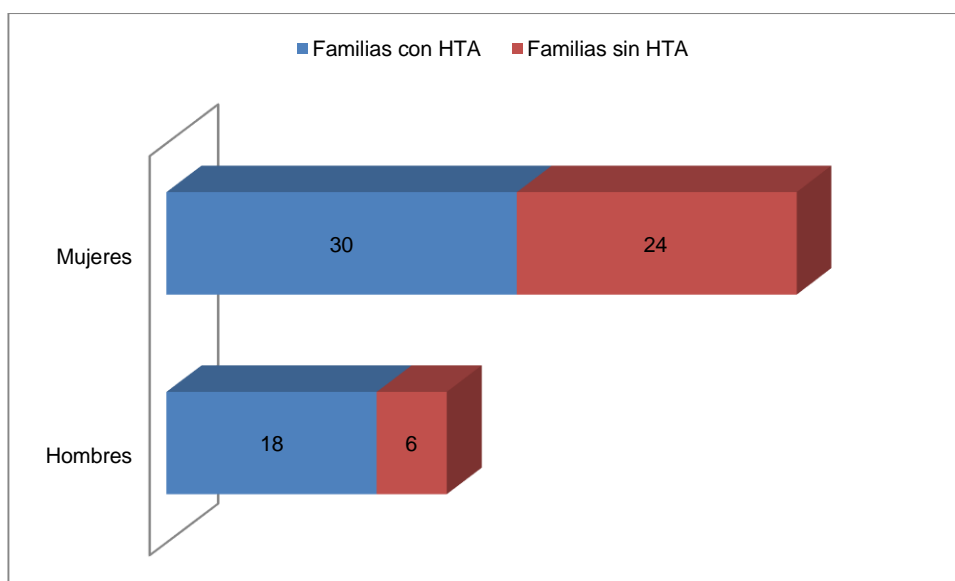
		EDAD					
		Media	Mediana	Mínimo	Máximo	Frecuencia	Porcentaje
HTA	SI	64	71	22	89	48	61,5%
	NO	74	73	35	91	30	38,5%

Fuente: entrevista de campo

Elaboración: el autor.

El promedio de edad de los participantes del estudio en el grupo de expuesto fue de 64 años, y la edad mínima 22 años y máxima 89 años, la frecuencia fue 48 participantes. En los no expuestos la edad media fue 74 años, la mínima 35 años, máxima 91 años, la frecuencia fue de 30 participantes.

Gráfico 1: Características por sexo de los grupos familiares de expuestos y no expuestos.



Fuente: entrevista de campo

Elaboración: el autor.

De las 78 familias con adultos mayores de la comunidad que forman el universo de estudio se aprecia que 69 % son de sexo femenino, 30,7 % son de sexo masculino, siendo los números de familias de hipertensos con las que no tienen hipertensión equiparables.

Tabla 2 Características de los grupos familiares de expuestos y no expuestos, según el nivel de instrucción, Coyocto 2016.

			INSTRUCCION					Total
			ninguna	primaria incompleta	primaria completa	secundaria incompleta	secundaria completa	
HTA	Si	nº	17	5	17	3	6	48
		%	35,4	10,4	35,4	6,2	12,5	100,0
	No	nº	3	9	12	3	3	30
		%	10,0	30,0	40,0	10,0	10,0	100,0
Total		nº	20	14	29	6	9	78
		%	25,6	17,9	37,2	7,7	11,5	100,0

Fuente: entrevista de campo

Elaboración: el autor.

Los niveles de instrucción con más porcentaje de participantes son en el del grupo de expuestos que tienen primaria completa y ninguna con un porcentaje del 35,4%; para cada una. En los no expuestos se observa un 40% tienen primaria completa y un 30% primaria incompleta, el 10% no tiene ninguna escolaridad.

Tabla 9 Características de los adultos mayores con y sin HTA en los de expuestos y no expuestos, según acompañamiento, Coyocto 2016.

			ACOMPANAMIENTO				Total
			solo	pareja	hijos	otros	
Adulto Mayor con HTA	Si	nº	11	8	25	4	48
		%	22,9	16,7	52,1	8,3	100,0
	No	nº	0	12	17	1	30
		%	0,0	40,0	56,7	3,3	100,0
Total		nº	11	20	42	5	78
		%	14,1	25,6	53,8	6,4	100,0

Fuente: entrevista de campo

Elaboración: el autor.

El 52,1% de los participantes que tienen el factor de riesgo, viven con sus hijos, pero un 22,9% de los adultos mayores viven solos; en cambio, en el 56,7% de los no expuestos vive con sus hijos, y ninguno vive solo.

Tabla 10 Características de los adultos mayores con y sin HTA en los de expuestos y no expuestos, según comorbilidad, Coyocto 2016

			COMORBILIDAD				Total
			obesidad	diabetes	otras	ninguna	
Adulto Mayor con HTA	Si	nº	5	3	22	18	48
		%	10,4	6,2	45,8	37,5	100,0
	No	nº	4	1	17	8	30
		%	13,3	3,3	56,7	26,7	100,0
Total		nº	9	4	39	26	78
		%	11,5	5,1	50,0	33,3	100,0

Fuente: entrevista de campo

Elaboración: el autor.

Los grupos familiares con adultos mayores con y sin el factor de riesgo (HTA crónica), describieron otras comorbilidades como por ejemplo, enfermedades que afectan las articulaciones, con valores de 45, 8% y 56, 7% respectivamente, las cuales incrementan sus necesidades de cuidado.

Tabla 11 Características de los adultos mayores con y sin HTA en los grupos de expuestos, según tiempo de enfermedad, Coyocto 2016.

			TIEMPO ENFERMEDAD				Total
			< 1 año	1 a 5 años	6 a 10 años	> 10 años	
Adulto Mayor con HTA	Si	nº	18	3	6	21	48
		%	37,5	6,2	12,5	43,8	100,0
Total		nº	18	3	6	21	48
		%	37,5	6,2	12,5	43,8	100,0

Fuente: entrevista de campo

Elaboración: el autor.

Del total de adultos mayores con HTA crónica; el 37,5% (18) tienen menos de un año de enfermedad; el 6,2% (3) están entre 1 a 5 años, el 12,5% (6) se encuentra 6 a 10 años, y finalmente el 43,8% (21) poseen de 10 años y más de enfermedad. Por lo cual la afección sobre la funcionalidad familiar puede ser evaluada ya que ha pasado suficiente tiempo como para afectar la dinámica familiar.

**Resultado 2: Nivel de funcionalidad familiar con el test FF SIL; Cohesión y Adaptabilidad con el test FACE III, en dos grupos de familias que tienen a su cuidado adulto(s) de 65 años o más con y sin HTA crónica.**

Tabla 12 Disfuncionalidad Familiar, en familiares que tienen a su cuidado adultos mayores con y sin HTA crónica.

FACTOR DE RIESGO			FUNCIONALIDAD FAMILIAR				Total
			Familia severamente disfuncional	Familia disfuncional	Familia moderadamente disfuncional	Familia Funcional	
HTA	SI	nº	1	12	27	8	48
		%	2,1	25,0	56,2	16,7	100,0
	NO	nº	0	2	14	14	30
		%	0,0	6,7	46,7	46,7	100,0
Total		nº	1	14	41	22	78
		%	1,3	17,9	52,6	28,2	100,0
Chi-cuadrado de Pearson			10,296 <sup>a</sup>				
Valor de p			0,016				

Fuente: entrevista de campo

Elaboración: el autor.

Solo el 16,7% de las familias que tienen a su cuidado adulto(s) mayor(es) con HTA crónica son funcionales; comparadas con aquellos grupos familiares que tienen a su cuidado personas mayores de 65 años pero sin patología hipertensiva crónica el grupo fue 46,7% funcionales, y existe una relación estadísticamente significativa ( $p = 0.016$ ), considerando las variables distintas a funcionales como patológicas.

Tabla 13 Cohesión familiar, en familiares que tienen a su cuidado adultos mayores con y sin HTA crónica

FACTOR DE RIESGO			COHESION				Total
			no relacionada	semirelacionada	relacionada	Aglutinada	
HTA	SI	nº	8	11	23	6	48
		%	16,7	22,9	47,9	12,5	100,0
	NO	nº	0	7	16	7	30
		%	0,0	23,3	53,3	23,3	100,0
Total		nº	8	18	39	13	78
		%	10,3	23,1	50,0	16,7	100,0
Chi-cuadrado de Pearson			6,410 <sup>a</sup>				
Valor de p =			0,093				

Fuente: entrevista de campo

Elaboración: el autor

No existe una relación estadísticamente significativa entre la HTA y la cohesión familiar (valor de  $p = 0.093$ ); sin embargo, se sugiere que la presencia de la enfermedad hace que las familias presenten una falta de relación entre sus miembros, dato adicional se evidencia que el pertenecer a este grupo etario con o sin enfermedad denota que las familias incrementan su cohesión hacia los familiares de este grupo.

Tabla 14 Adaptabilidad familiar, en familiares que tienen a su cuidado adultos mayores con y sin HTA crónica.

			ADAPTABILIDAD				Total
			rígido	estructurado	flexible	caótica	
HTA	SI	nº	5	15	17	11	48
		%	10,4	31,2	35,4	22,9	100,0
	NO	nº	3	8	6	13	30
		%	10,0	26,7	20,0	43,3	100,0
Total		nº	8	23	23	24	78
		%	10,3	29,5	29,5	30,8	100,0
Chi-cuadrado de Pearson			4,124 <sup>a</sup>				
Valor de p =			0,248				

Fuente: entrevista de campo

Elaboración: el autor

No existe una relación estadísticamente significativa entre la HTA y la adaptabilidad familiar (valor de  $p = 0.248$ ); sin embargo, se menciona que la presencia de la enfermedad hace que las familias presenten una falta de organización entre sus miembros y revela que las familias incrementan su desorganización con este grupo, independiente de que este o no la patología.



**Resultado 3: Hipertensión arterial crónica en el adulto mayor como factor de riesgo para la funcionalidad, cohesión y adaptabilidad familiar patológica.**

Tabla 9 Disfuncionalidad Familiar, en familiares que tienen a su cuidado adultos mayores con y sin HTA crónica.

			DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR		Total	RR	IC 95%		Valor de p
			SI	NO					
HTA	SI	nº	40	8	48	1,563	1,092	2,235	0,004
	NO	nº	16	14	30				
Total		nº	56	22	78				

Fuente: entrevista de campo

Elaboración: el autor

Se observa que 48 participantes del total de expuestos (HTA como factor), 40 de ellos desarrollan la enfermedad (disfuncionalidad familiar); comparados con 30 adultos sin exposición al factor 16 tienen disfuncionalidad. Finalmente 56 de entre expuestos y no expuestos de un total de 78 son disfuncionales.

Los resultados mostraron que las familias expuestas al factor de riesgo tenían mayor presencia de disfuncionalidad, mientras que los no expuestos la disfuncionalidad estuvo presente en menor grado, con el seguimiento que se realiza los valores en las familias de expuestos se mantuvieron en valores de disfuncionalidad, mientras que en los no expuestos los valores tendieron a variar, más hacia lo disfuncional que a lo funcional, dándonos a ver que el hecho de ser cuidadores de una persona de la tercera edad es suficiente factor de cambio del funcionamiento familiar.

Por lo tanto, La existencia de hipertensión arterial crónica en adultos mayores es un factor de riesgo para desarrollar disfuncionalidad familiar, en el grupo de expuestos: esto confirmado por los valores obtenidos de Risk Ratio = 1,5; valor de  $p < 0,05$  (resultado significativo) y con un Intervalo de Confianza = 1,092 – 2,235.

Tabla 10 Cohesión familiar, en familiares que tienen a su cuidado adultos mayores con y sin HTA crónica

			COHESION FAMILIAR		Total	RR	IC 95%		Valor de p
			Desintegrada	Integrada					
HTA	SI	nº	15	33	48	1,339	0,619	2,900	0,450
	NO	nº	7	23	30				
Total		nº	22	56	78				

Fuente: entrevista de campo

Elaboración: el autor

En este caso la existencia de la patología hipertensiva crónica, en un miembro del grupo familiar y mayor a 65 años, no es un factor de riesgo para desencadenar una desintegración en relación a la cohesión familiar (RR = 1,3; IC = 0,619 – 2,900; valor p = 0.450)

Tabla 151 Adaptabilidad familiar, en familiares que tienen a su cuidado adultos mayores con y sin HTA crónica.

			ADAPTABILIDAD FAMILIAR		Total	RR	IC 95%		Valor de p
			Rígidas	Dúctiles					
HTA	SI	nº	16	32	48	0,714	0,411	1,242	0,239
	NO	nº	14	16	30				
Total		nº	30	48	78				

Fuente: entrevista de campo

Elaboración: el autor

No se considera a la presencia de HTA crónica en un adulto mayor; como factor de riesgo para alterar la adaptabilidad familiar (RR = 0.714; IC = 0.411 – 1.242; valor p = 0.239)

### CAPITULO 3

#### Discusión

En el presente estudio, los resultados mostraron que el tener una persona de edad avanzada en casa y con una patología crónica, requiere la participación de la familia en el proceso de atención. Este es un motivo por el cual las personas mayores con HTA crónica podrían descuidar su cuidado personal pudiendo comprometer su estado de salud y dar lugar a aumento de la morbilidad y a la dependencia. Esto requiere que las familias se reorganicen para hacer frente a la enfermedad para evitar la disfuncionalidad y mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Por lo tanto, la familia es para cada uno de sus miembros, la principal fuente de apoyo y asistencia, cuando surge una necesidad; se espera por ello, actúen como factor protector para satisfacer las necesidades de los familiares más débiles como son los niños y los ancianos

En el estudio realizado por Souza A., (2014) de tipo analítico-transversal, para determinar el funcionamiento de la familia en 374 participantes; describe, a las altamente funcionales a aquellas que resultaron estar satisfechas con la relación entre ellos y las personas de edad avanzada, ya que sugiere que estas están preparadas para responder a los conflictos, manejar los problemas y mantener la autonomía de sus miembros (21). Sin embargo, en su estudio encontró que el 23,8% de las familias se consideró que es moderada o altamente disfuncional. En cambio en esta investigación, se encontró que el nivel de funcionalidad familiar asociada al cuidado de un adulto mayor, depende si este tiene patología hipertensiva crónica o no, Risk Ratio = 1,5; valor de  $p < 0,05$  e Intervalo de Confianza = 1,092 – 2,235.

Paiva A., (2011) en su estudio realizado en con 80 personas de edad avanzada, el 83% informó de un buen funcionamiento de la familia, pero el 7,5% y el 8% tenía disfunción moderada y alta respectivamente (22). El porcentaje de disfuncionalidad familiar se incrementó hasta un 20% entre los ancianos que vivían solos. En este estudio, del total de 78, solo 11 vivían solos (no se tomó en cuenta al acompañamiento como factor de riesgo) pero hubo asociación estadísticamente significativa entre el acompañamiento y la presencia del factor de riesgo (HTA crónica) valor de  $p = 0.009$ .

Casas P. (2012), en su estudio realizado descriptivo transversal de 290 pacientes en Lima - Perú, encontró 23% de disfunción familiar con el test de APGAR que, fue aplicado a los familiares que tenían a su cuidado adultos mayores independientemente de patología previa no transmisible, etnia o género, aunque la patología más frecuentemente reportada fue la hipertensión arterial en 55.5% de los casos (23). En el estudio, 48 familias tenían a su cuidado adultos mayores con patología hipertensiva crónica en los cuales la disfuncionalidad familiar fue significativa  $p < 0.05$ . Hallazgos similares, fueron reportados en

el estudio de Hisako y col (2011) para la disfuncionalidad familiar (32%) en la misma población en Portugal. Estudios como estos, concluyen que las políticas de salud se deben orientar también en la realización de medidas que mejoren la funcionalidad familiar ya que influye en la calidad de vida de los adultos mayores.

Kühne F. (2013) en su estudio transversal que se llevó a cabo 169 familias que tenían a su cuidado adultos mayores con patologías crónicas terminales, demostraron el impacto sobre los cónyuges e hijos dependientes. Entre el 15% y el 36% de los miembros familiares informó puntuaciones disfuncionales y, en los adolescentes se observó mayor puntuaciones disfuncionales para la comunicación. El estudio señaló que la presencia de una enfermedad crónica en los padres, se asocia con ambos aspectos críticos y positivos percibidos para el funcionamiento familiar. En nuestro caso, el estudio demostró una asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre la funcionalidad familiar cuando los hijos u otros familiares tienen a su cuidado adultos mayores con HTA.

Chokkanathan S. (2014), demostró que la baja cohesión familiar, en estudios de análisis multivariantes, se relacionan con el maltrato y abuso físicoefectuados por un familiar de su entorno para las personas mayores, más si estos agresores tienen una edad media, educación incompleta, consumen alcohol y porque existe disfuncionalidad familiar <sup>(24)</sup>.

Alcaino D., (2014). Al relacionar la estructura familiar y el cumplimiento del tratamiento según la edad, se identifica que en el grupo de usuarios de 74 años o menos existe un mayor grado de cumplimiento por la estructura familiar extensa y, la mayor proporción de incumplidores su estructura nuclear fue monoparental, lo que indica que junto a la preocupación constante de la familia y el rol de apoyo que constituye la presencia de pareja, hace que el usuario valore la importancia de cumplir con los diferentes aspectos de su tratamiento. <sup>(25)</sup> En cambio, el nivel de disfunción familiar por edad, la mayor cantidad de los usuarios que cumplen el tratamiento, tanto como los que no lo hacen, se encuentran en familias funcionales, independiente del rango etario en el que se encuentren. Al estratificar por condición de pareja y sexo, cumplimiento del tratamiento y disfunción familiar, se observa que los cumplidores de sexo masculino, tienen una familia clasificada como funcional y cuentan además con una pareja. Como se confirma en el estudio realizado en Coyoctor, el tener las familias a su cuidado un adulto mayor con en enfermedad crónica como la HTA, es un factor de riesgo asociado a la disfuncionalidad familiar (Risk Ratio = 1,563) (IC = 1,092 – 2,235) ( $p = 0,004$ ).

## Conclusiones

### 1. Determinando las características de la población de estudio.

- De las 78 familias con adultos mayores de la comunidad que forman el universo de estudio se aprecia que 69 % son de sexo femenino, 30,7 % son de sexo masculino.
- Los niveles de instrucción con más porcentaje de participantes son en el del grupo de expuestos que tienen, primaria completa y ninguna instrucción con un porcentaje del 35,4%; para cada una. En los no expuestos se observa un 40% tienen primaria completa y un 30% primaria incompleta, el 10% no tiene ninguna escolaridad.
- El 52,1% de los participantes que tienen el factor de riesgo, viven con su/sus hijos, pero un 22,9% de los adultos mayores viven solos; en cambio, en el 56,7% de los no expuestos vive con sus hijos, y ninguno vive solo.
- Los grupos familiares con adultos mayores con y sin el factor de riesgo (HTA crónica), describieron otras comorbilidades como enfermedades que afectan las articulaciones, con valores de 45,8% y 56,7% respectivamente.
- De los 48 de adultos mayores con HTA crónica; el 23,1% (18) tienen menos de un año de enfermedad; el 3,8 % (3) están entre 1 a 5 años, el 7,7% (6) se encuentra 6 a 10 años, y finalmente el 21,9% (21 usuarios) poseen de >10 años de enfermedad.

### 2. Identificando el nivel de sobre los factores investigados se concluye

- el estudio nos revela que la la disfuncionalidad familiar está presente en los dos grupos de adultos mayores, siendo mas evidente en el grupo expuesto al factor de riesgo ( HTA), comparando en el grupo expuesto existe 2,1 % de familias severamente disfuncionales mientras que en los no expuestos no hay familias de esta categoría, con la disfuncional y moderadamente disfuncional 81,2 % para los expuestos y 53,4 % para los no expuestos, contrastando los resultados del grupo de familias funcionales la gran diferencia ya que los expuestos presentan 16,7 % y los no expuestos 46,7 %, dando una clara visión de que el factor de riesgo influye notablemente en la funcionalidad.
- Para la cohesión los valores entre los dos grupos de estudio no indican una relación , solo en el la primera escala de familia no relacionada se ve una diferencia ya que el grupo expuesto presenta un 16,7 % mientras que en el grupo de no expuestos no existen, los demás parámetros de las escalas son equiparables. Por lo cual no se puede concluir que la HTA sea un factor que modifique la cohesión familiar.

- La adaptabilidad se concentra en los valores medios de la escala, apuntando a que el factor de riesgo y el hecho en si de tener adultos mayores en el seno familiar hace que las familias tomen estados estructurados y flexibles, haciendo que se adaptan a las nuevas necesidades y retos de cuidar a los integrantes familiares que van envejeciendo, sin separarlos de la estructura familiar.
3. Al establecerla asociación entre la hipertensión arterial en el adulto mayor con funcionalidad familiar, cohesión y adaptabilidad familiar.
- Solo el 16,7% de las familias que tienen a su cuidado adulto(s) mayor(es) con HTA crónica son funcionales; comparadas con aquellos grupos familiares que tienen a su cuidado personas mayores de 65 años pero sin patología hipertensiva el grupo fue 46,7%funcionales, y existe una relación estadísticamente significativa ( $p = 0.016$ ). Por ello se demuestra que la HTA en adultos mayores es un factor de riesgo para desarrollar disfuncionalidad familiar, en el grupo de expuestos: esto confirmado por los valores obtenidos de Risk Ratio = 1,5; valor de  $p < 0,05$  (resultado significativo) y con un Intervalo de Confianza = 1,092 – 2,235.
  - No existe una relación estadísticamente significativa entre la HTA y la cohesión familiar. En este caso la existencia de la patología hipertensiva crónica, en un miembro del grupo familiar y mayor a 65 años, no es un factor de riesgo para desencadenar una desintegración en relación a la cohesión familiar (RR = 1,3; IC = 0,619 – 2,900; valor  $p = 0.450$ ), contrariamente hace que las familias tiendan a que su relación sea más frecuente con una tendencia al extremo llegando a la aglutinación familiar siendo esta mas marcada en las familias con ansianos sin HTA.
  - No existe una relación estadísticamente significativa entre la HTA y la adaptabilidad familiar. No se considera a la presencia de HTA crónica en un adulto mayor; como factor de riesgo para alterar la adaptabilidad familiar (RR = 0.714; IC = 0.411 – 1.242; valor  $p = 0.239$ ). Evidenciado que las familias tienden al centro de la tabla que es la parte estructurada y flexible, en ambos grupos, es por lo tanto positivo para las familias adaptarse a un estresor para su correcta evolución.

### **Recomendaciones**

- Incumbe que exista investigaciones en las cuales abarquen a las edades extremas, por ejemplo, los adultos mayores se vuelven dependientes de las familias para compensar sus problemas que afectan en estas edades. Ya que, analizando revisiones sistemáticas actualizadas, existen pocos estudios en relación al tema de investigación.
- La calidad de vida y la disminución de las complicaciones causadas por las enfermedades crónicas degenerativas depende de la funcionalidad del grupo familiar, por ello, si un miembro de la familia posee una patología este será considerado como factor de riesgo para que exista familias disfuncionales, siendo una alerta para la atención de esa familia en un sentido integral.
- Se debe proponer medidas que enfoquen no solo el tratamiento de las enfermedades crónicas en los adultos mayores; sino también, deben ser tomados en cuenta por rol de género, identificación étnica y cultural, para analizar el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria, la funcionalidad, cohesión y adaptabilidad familiar, y de esta manera mejorar de la calidad de atención de esta población y sus familiares.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Corzo S. Determinantes sociales en la Cohesion y Adaptabilidad Familiar. Atencion Primaria. 1998 Marzo; 21(1).
2. Polaino L, Martinez A. Evaluacion psicológica y psicopatológica de la familia. [Online].; 2009 [cited 2014 09 21. Available from: [http://books.google.com.ec/books?id=mHfevHTMkGUC&pg=PA238&lpg=PA238&dq=adaptabilidad+y+cohesion,+cuestionario+de+FCE+III&source=bl&ots=R6P2K9sApQ&sig=0Y2Kec6t2Rn9YV6UznSfTaH1Rms&hl=es-419&sa=X&ei=veseVIS4N9PgsAShpoC4CQ&redir\\_esc=y#v=onepage&q=adaptabilidad](http://books.google.com.ec/books?id=mHfevHTMkGUC&pg=PA238&lpg=PA238&dq=adaptabilidad+y+cohesion,+cuestionario+de+FCE+III&source=bl&ots=R6P2K9sApQ&sig=0Y2Kec6t2Rn9YV6UznSfTaH1Rms&hl=es-419&sa=X&ei=veseVIS4N9PgsAShpoC4CQ&redir_esc=y#v=onepage&q=adaptabilidad).
3. Gómez C, Irigoyen C. Versión al Español y Adaptación Transcultural de FACES III. Archivos en Medicina Familiar. 1999 Jul-Sep; 1(3).
4. Minuchin. S. Familias y Terapia Familiar. 2nd ed. Barcelona; 1979.
5. Mendoza S, Merino J, Barriga O. Identificación de factores de predicción del incumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos de una comunidad del sur de Chile. [Online].; 2009 [cited 2015 09 25. Available from: [http://www.scielo.org/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892009000200002&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1020-49892009000200002&lng=en). [Http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892009000200002](http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892009000200002).
6. Fernández B, Dedsy Y, García M, Segura A. Revista Colombiana de Psiquiatría. [Online]. [cited 2014 09 21. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502013000100006&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502013000100006&lng=en&tlng=es).
7. Censos INdEy. INEC. [Online].; 2013 [cited 2015 9 24. Available from: <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis8.pdf>.
8. López S. El FACES II en la evaluación de la cohesión y la adaptabilidad familiar. Revista de la Universidad de Coruña. ; 14(1): p. 159-166.
9. Rivas F, Gonzalez J, Marín X, Villamil L. Niveles de disfunción familiar, en veinte mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en el municipio de armenia. [Online]. [cited 2014 9 21. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S1657-80312013000200005&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1657-80312013000200005&lng=en&tlng=es).
10. Gómez E, Vera J, Villa G. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. Justicia Juris. 2014 Ene-Jun; 10(1): p. 11-20.
11. Zuazo N. Causas de la desintegración familiar y sus consecuencias en el rendimiento escolar y conducta de las alumnas de segundo año de la



- Institución Educativa Nuestra Señora de Fátima de Piura. Tesis de Maestría en Educación con Mención en Psicopedagogía. Univer. [Online].; 2013 [cited 2014 9 20. Available from:  
[http://pirhua.udep.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1818/MAE\\_EDUC\\_110.pdf?sequence=1](http://pirhua.udep.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1818/MAE_EDUC_110.pdf?sequence=1).
12. Paladines M, Quinde N. “Disfuncionalidad familiar en niñas y su incidencia en el rendimiento escolar”. [tesis internet]. [Online].; 2010 [cited 2015 12 14. Available from:  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2267/1/tps602.pdf>.
  13. Ailwin N, Solar M. Trabajo social familiar. Universidad Católica de Chile. 2002;(1).
  14. Guamán J. “La familia desligada y su influencia en la inteligencia emocional de los adolescentes que asisten a la fundación proyecto “don bosco” de la ciudad de Ambato. [Online].; 2014 [cited 2015 12 16  
[<http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/9287/1/Guam%C3%A1n%20Toaquiza,%20Jenny%20Zoraida.pdf>].
  15. Tueros R. Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con rendimiento académico. [Online].; 2012 [cited 2014 9 12. Available from:  
<http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/1830/TTRASO%20432.pdf;jsessionid=58E36DB323E2219A097DDE651A26B677?sequence=1>.
  16. Cárdenas Y, Retamal I. Efectos psicosociales de las familias en situación de hacinamiento [Tesis internet]. [Online].; 2014 [cited 2015 12 16. Available from:  
<http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/1830/TTRASO%20432.pdf;jsessionid=58E36DB323E2219A097DDE651A26B677?sequence=1>.
  17. Freire W. Encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento, SABE-Ecuador. [Online].; 2010 [cited 2014 12 13. Available from:  
<http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Ecuador-Encuesta-SABE-presentacion-resultados.pdf>.
  18. Casas P. Perfil clínico del adulto mayor atendido ambulatoriamente en un hospital general. [Online].; 2012 [cited 2015 3 2. Available from: [ISSN 1018-130X](#).
  19. García R. Frecuencia de disfunción familiar en pacientes con hipertensión arterial descompensada. [Online].; 2012 [cited 2014 9 20. Available from:  
[http://digeset.ucol.mx/tesis\\_posgrado/Pdf/Ricardo\\_Garcia\\_Lopez.pdf](http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/Ricardo_Garcia_Lopez.pdf).
  20. Puigvert C. Percepción de la satisfacción de la función familiar que tienen los pacientes de diálisis peritoneal. [Online].; 2013 [cited 2015 12 18. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-)

[28842013000500013&lng=en. http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842013000500013.](http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842013000500013)

21. Souza A, Costa G. Family functioning of elderly with depressive symptoms. [Online]. [cited 2016 02 12. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000300469&lng=en.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000300469&lng=en)
22. Paiva A, Bessa M. Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. Cogitare Enferm. [Online].; 2011 [cited 2016 1 5. Available from: [www.researchgate.net/profile/Maria\\_Bessa5/publication/277188752\\_AVALIACAO\\_DA\\_FUNCIONALIDADE\\_DE\\_FAMILIAS\\_COM\\_IDOSOS/links/55d8e67908aed6a199a890a6.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Maria_Bessa5/publication/277188752_AVALIACAO_DA_FUNCIONALIDADE_DE_FAMILIAS_COM_IDOSOS/links/55d8e67908aed6a199a890a6.pdf).
23. Kühne F, Krattenmacher T. here is still so much ahead of us"-family functioning in families of palliative cancer patients. [Online].; 2013 [cited 2015 12 20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23795629>.
24. Chokkanathan S. Int J Geriatr Psychiatry. [Online].; 2014 [cited 2016 2 12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24436119>.
25. Alcaino D. scielo. [Online].; 2014 [cited 10 03 2016. Available from: [scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n1/comunicacion2.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n1/comunicacion2.pdf).
26. S. CC. Determinantes Sociales en la Cohesión y adaptabilidad familiar. Atención primaria vol 21; 1998.
27. Mora A. La dimensión cohesión en la vida familiar. [internet] [acceso 17 de diciembre 2015].<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000157.pdf>
28. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flagso). Datos Generales del territorio y población de origen. [internet] [acceso 17 de diciembre 2015]. <http://www.flacsoandes.edu.ec/biblio/catalog/resGet.php?resId=16672>

## ANEXOS

**Anexo 1: Formulario de niveles de cohesión, adaptabilidad y funcionalidad familiar, en las familias de pacientes Hipertensos Crónicos de la comunidad de Coyoctor de la provincia del Cañar. Periodo Mayo 2015- Agosto 2015**

Familia numero	Familiar	paciente			
Fecha nacimiento					
Genero	masculino		femenino		
Con quien vive	solo	pareja	hijos	otros	# personas
Tiempo de enfermedad	<1año	1 a 5 años		6 a 10 años	> 10 años
Valor de TA X 2 ocasiones	primera		Segunda		
Medicación	compra		Entrega SCS o IESS		
Instrucción	Ninguno				
	Primaria		completa		Incompleta
	Secundario				
	Superior				
	Post grado				
Comorbilidades	obesidad, diabetes		Otras		

**Anexo 2: Niveles de cohesión, adaptabilidad y funcionalidad familiar, en las familias de pacientes Hipertensos Crónicos de la comunidad de Coyector de la provincia del Cañar. Periodo Mayo 2015- Agosto 2015**

**FORMULARIO 1 FF SIL**

FFSIL	Casi nunc a	Poca s vece s	A vece s	Mucha s veces	Casi Siempr e
1	Se toman decisiones para cosas importantes en la familia				
2	En mi casa predomina la armonía				
3	En mi casa cada uno cumple 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 alguien de la familia tiene problemas, los demás lo ayudan				
9	Se distribuyen las tareas de manera de que nadie se sobrecargue				
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 mostramos el cariño que nos tenemos				

**Anexo 3: Niveles de cohesión, adaptabilidad y disfunción familiar, en las familias de pacientes Hipertensos Crónicos, de la comunidad de Coyector de la provincia del Cañar. Periodo Mayo 2015- Agosto 2015**

1.1.1	Formulario 2: FACE III	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si					
2	En la familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver problemas					
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
4	Los hijos pueden opinar en cuento a disciplina					
5	Nos gusta convivir con los familiares más cercanos					
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar autoridad					
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la familia					
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas					
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
11	Nos sentimos muy unidos					
12	En nuestra familia los hijos toman las decisiones					
13	Cuando se toma una decisión importante , toda la familia está presente					
14	En nuestra familia las reglas cambian					
15	Con facilidad podemos planear actividades en familia					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones					
18	En nuestra familia es difícil decir quien tiene la autoridad					
19	La unión familiar es muy importante					
20	Es difícil decir quien hace las labores del hogar					

Anexo 4: Consentimiento informado:  
Universidad del Azuay

**“Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria”**

**Consentimiento informado**

Mediante la firma de este documento, doy consentimiento para participar de manera voluntaria en la presente investigación, que tiene como propósito, determinar los **niveles de cohesión, adaptabilidad y disfunción familiar, en las familias de pacientes Hipertensos Crónicos, de la comunidad de Coyoctor de la provincia del Cañar. Periodo Mayo 2015- Agosto 2015.**

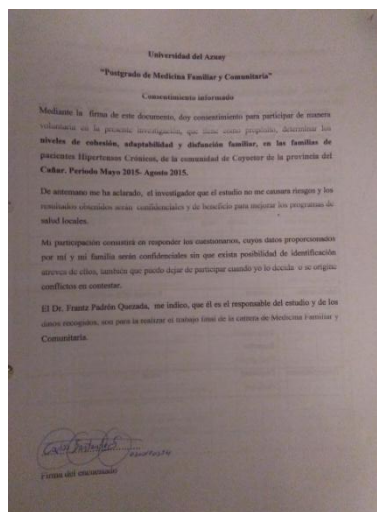
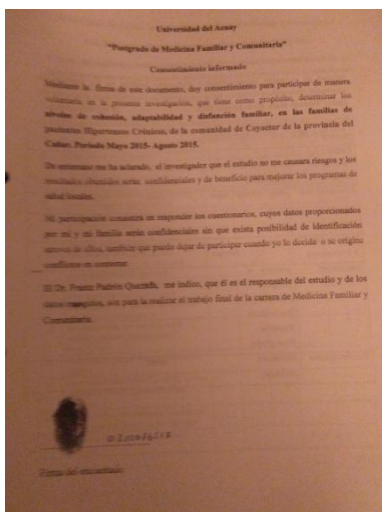
De antemano me ha aclarado, el investigador que el estudio no me causara riesgos y los resultados obtenidos serán confidenciales y de beneficio para mejorar los programas de salud locales.

Mi participación consistirá en responder los cuestionarios, cuyos datos proporcionados por mí y mi familia serán confidenciales sin que exista posibilidad de identificación a través de ellos, también que puedo dejar de participar cuando yo lo decida o se origine conflictos en contestar.

El Dr. Frantz Padrón Quezada, me indico, que él es el responsable del estudio y de los datos recogidos, son para la realizar el trabajo final de la carrera de Medicina Familiar y Comunitaria.

.....

Firma del encuestado



## Anexo 5: Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
<b>Edad</b>	Tiempo en años de existencia de una persona, desde su nacimiento hasta la actualidad.	Tiempo en años	Edad en años registrada en el formulario.	____ Edad
<b>Género</b>	Conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.	Roles determinados por su cultura	Género registrado en el formulario	Hombre ( ) Mujer ( )
<b>Instrucción</b>	Conocimientos adquiridos durante un periodo de tiempo	Nivel educativo máximo alcanzado	nivel educativo máximo registrado en el formulario	Ninguna ( ) Primaria I ( ) C ( ) Secundaria I ( ) C ( ) Superior I ( ) C ( )
<b>Comorbilidad</b>	La existencia de dos factores que influyen en la salud de un mismo individuo		Registrada en el formulario	Otras _____ -
<b>Tiempo de HTA</b>	Tiempo en meses o años desde el diagnóstico médico de su enfermedad	Tiempo meses o años	Tiempo de diagnóstico registrado en el formulario	_____(meses, años)
<b>Acompañamiento</b>	Es la idea de compartir, de ayudar pero sin invadir al otro, de ir juntos en busca de metas y afrontandolos problemas juntos.	---	El que registra en el formulario	Persona con la(s) que vive _____
<b>Hipertensión arterial</b>	presión que ejerce la sangre sobre las paredes vasculares	Sistólica/diastólica	Presión en mmHg	hipotensión <100 nortension 100 a 140 hipertensión>140
<b>Función</b>	Funcional es aquella familia que tiene una	Funcionalidad	Cohesión, armonía,	Familia funcional 70 a 57

<b>Familiar</b>	estructura flexible, es capaz de modificar sus patrones de interrelación, adaptarse a los cambios y asumir nuevas funciones en correspondencia con la evolución de su ciclo vital; son familias creativas, gratificantes, formativas y nutritoras.		comunicación, permeabilidad, afectividad, roles, Adaptabilidad	
<b>Disfunción Familiar</b>	no-cumplimiento de alguna(s) de las funciones de la familia como: afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus, por alteración en algunos de los subsistemas familiares. Por otra parte, analizando a la familia como sistema, ésta es disfuncional cuando alguno(s) de sus subsistemas se alteran por cambio en los roles de sus integrantes.	Disfuncionalidad	Cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles, Adaptabilidad.	Familia moderadamente funcional 56 a 43 Familia disfuncional 42 a 28 Familia severamente disfuncional 27 a 14
<b>Cohesión</b>	Unión emocional que tienen los miembros de una familia. Esta dimensión se integra por diversos conceptos como unión emocional, límites, alianzas, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y recreación.	Cohesión	Vinculación emocional Límites Coaliciones Tiempo Espacio Amigos Toma de decisiones Intereses Recreación	Niveles: Dispersa 10 a 30 Separada 31 a 35 Conectada 36 a 40 Aglutinada 41 a 50
<b>Adaptabilidad</b>	Posibilidad de cambio de liderazgo, relación de roles y normatización de	Adaptabilidad	Poder en la familia Asertividad	Niveles: Rígida 10 a 24 Estructurada 25 a 28





<b>propuesta, motivación a los participantes, duplicación de consentimiento informado, test FACE III, y test de FF SIL Familiar</b>	Microsoft office, hojas de papel Bond, USB. cartulinas, papelógrafos, esferos gráficos, marcadores, hojas para el registro de la información	posgradista, enfermera), líderes comunitarios	propuesta, firma de asistentes, fotos.														
<b>1.3. 1 visita domiciliaria: motivar a los participantes y solicitar firma del consentimiento informado, registro de datos de los familiares participantes y actualización de los datos de pacientes hipertensos crónicos.</b>	Papelógrafos, esferos gráficos, marcadores, hojas para el registro de la información	Equipo de salud (Medico posgradista, enfermera)	Informe de la visita domiciliaria, registro de datos de los participantes y pacientes, consentimiento informado firmado, fotografías.	x	x	x											
<b>2. Aplicación de test FF SIL, y test FACE III a los familiares, y actualización del estado de salud los pacientes patología</b>	Test impresos, hojas de registro de la información, formularios MSP.	Equipo de salud (Medico posgradista, enfermera)	Test aplicados, informe actualizado de la situación de salud de los pacientes crónicos				x	x	x	x							



<b>crónicos.</b>																			
<b>3. Informe final del proyecto de investigación y entrega de resultados.</b>	Computadora, impresora, Hojas de papel bond.	Medico posgradista	Informe, firmas de asistencia del equipo de salud. , fotografías, FF SIL y consentimiento informado lleno y firmado por familiares																<b>x</b>

Realizado por: Frantz Padrón Q.

#### Anexo 7: Recursos Humanos:

Directos: autor del proyecto de investigación: Frantz Padrón Quezada, director: Dr. Alberto Quezada.

Indirectos: personal del equipo de salud, directores institucionales, líderes comunitarios.

#### Materiales e insumos, costos:

<b>Materiales de escritorio e insumos varios, etc.</b>			
<b>Rubros</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Costo unitario</b>	<b>Total</b>
Alquiler computadoras (Microsoft office)	1 hora/día	0.70 cent. /h	\$168 x año
Internet	1 hora/día	0.70 cent. /h	\$168x año
Impresiones (consentimiento informado, test de FF SIL familiar, fotografías, etc.)	1000	0.10 cent. BN 0.25 cent. color	\$60 BN \$12.50 cent. color
Hojas de papel bond	1500	0.1 cent	\$150
Anillados	3	\$1.50 cent.	\$4.5 cent.

Pliego de papel	6	0.25 cent.	\$1.50cent.
esferográficos	6	0.25cent.	\$1.50cent
marcadores	6	0.60 cent.	\$3.60cent.
Cámara fotográfica	1	–	–
USB	1	\$4	\$4
Transporte	4 boletos x día x 2 personas	\$1	\$960 x año
Alimentación	2 almuerzo x día x 2 personas	\$2	\$960 x año
imprevistos	–	–	\$300
Costo total para la realización del proyecto	–	–	<b>\$2793</b>

Realizado por: Frantz Padrón Q.