

La orientación multifamiliar grupal: Dispositivo terapéutico para aumentar la adherencia al tratamiento de las personas hipertensas. Uruguay

Multifamily Group Counseling: A Therapeutic Device to Enhance Adherence to Treatment in Individuals with Hypertension. Uruguay

Orientação em grupo multifamiliar: Dispositivo terapêutico para aumentar a adesão ao tratamento em hipertensos. Uruguai

Diana Domenech

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9683-9825>

Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay

Autora referente: dianaedomenech@gmail.com

Historia Editorial:

Recibido: 09/06/2024

Aceptado: 23/06/2025

RESUMEN

Introducción: la Hipertensión arterial constituye uno de los problemas de Salud más relevantes de nuestro país por su elevada prevalencia y su mal control, siendo la mala adherencia terapéutica determinante en este último aspecto. Varias intervenciones se han implementado para mejorarla, y el involucramiento familiar ha demostrado ser una estrategia eficaz. Se presenta un dispositivo terapéutico innovador que combina el modelo sistémico y psicoeducativo con la modalidad

multifamiliar grupal para mejorar la adherencia de los pacientes hipertensos. Objetivo: evaluar la implementación del dispositivo Orientación Multifamiliar Grupal en adultos con hipertensión arterial del medio rural y urbano de la Corporación Médica de Paysandú. Metodología: estudio analítico cuasiexperimental, prospectivo y longitudinal, destinado a medir cambios en la adherencia terapéutica de los participantes del dispositivo, utilizando el Cuestionario

Martin-Bayarre-Grau validado para la población de estudio. Resultados: 21 usuarios parcialmente y no adherentes según autoreporte del Cuestionario, fueron convocados a participar. Se conformaron 2 grupos. El grupo de Guichón (rural) estuvo integrado por 3 usuarios hipertensos, 75% del sexo masculino, media de 72 años, acompañados de una pareja, una hermana y una hija. El grupo urbano se integró por 4 usuarios, 50% del sexo

femenino, media de 67 años, y 75% de los familiares acompañantes fueron sus parejas. La adherencia pre y post intervención, evaluada por la T de student arrojó un valor p de 0.01, considerándose limitaciones y sesgos de selección. Conclusiones: los hipertensos participantes del dispositivo mostraron cambios estadísticamente significativos en la adherencia terapéutica medida por un cuestionario validado para nuestra población.

Palabras claves: Psicoterapia de grupo; terapia familiar; medicina familiar.

ABSTRACT

Introduction: Hypertension is one of the most significant health problems in our country due to its high prevalence and inadequate control, with poor therapeutic adherence being a key factor. Several interventions have been implemented to address this issue, and family involvement has proven to be an effective strategy. This study presents an innovative therapeutic device that combines a systemic and psychoeducational approach in a multifamily group setting to improve adherence among hypertensive patients. **Objective:** to evaluate the implementation of the Multifamily Group Counseling device for adults with hypertension in rural and urban areas of the Paysandú Medical Corporation. **Methodology:** quasi-experimental, prospective, and longitudinal analytical study aimed to measure changes in therapeutic adherence among participants, utilizing the Martin-

Bayarre-Grau Questionnaire, which has been validated for the study population. **Results:** twenty-one partially non-adherent users, as reported in the questionnaire, were invited to participate. Two groups were formed: the Guichón group (rural) consisted of three hypertensive individuals (75% male) with an average age of 72, accompanied by a partner, a sister, and a daughter. The urban group included four users (50% female) with an average age of 67, and 75% of the accompanying family members were their partners. Pre- and post-intervention adherence, assessed using Student's T-test, showed a p-value of 0.01, considering limitations and selection biases. **Conclusions:** the hypertensive participants demonstrated statistically significant improvements in therapeutic adherence, as measured by the validated questionnaire.

Keywords: Group psychotherapy; family therapy; family medicine.

RESUMO

Introdução: A hipertensão arterial é um dos problemas de saúde mais relevantes no nosso país devido à sua

alta prevalência e mau controle, sendo a baixa adesão ao tratamento um fator determinante nesse último aspecto.

Diversas intervenções têm sido implementadas para melhorar essa adesão, e o envolvimento familiar tem se mostrado uma estratégia eficaz. É apresentado um dispositivo terapêutico inovador que combina o modelo sistêmico e psicoeducativo com a modalidade de grupo multifamiliar para melhorar a adesão de pacientes hipertensos. Objetivo: avaliar a implementação do dispositivo de Orientação de Grupo Multifamiliar em adultos com hipertensão arterial nas áreas rurais e urbanas da Corporação Médica Paysandú. Metodologia: estudo quase-experimental, prospectivo e analítico longitudinal, cujo objetivo é mensurar mudanças na adesão ao tratamento dos participantes do dispositivo, utilizando o Questionário Martin-Bayarre-Grau, validado para a população do estudo. Resultados:

foram convidados 21 usuários parcialmente não aderentes, conforme autorrelato no questionário. Foram formados 2 grupos. O grupo Guichón (rural) foi composto por 3 usuários hipertensos, 75% do sexo masculino, com idade média de 72 anos, acompanhados por um(a) parceiro(a), uma irmã e uma filha. O grupo urbano contou com 4 usuários, 50% do sexo feminino, idade média de 67 anos, sendo 75% dos familiares acompanhantes seus parceiro(a). A adesão pré e pós-intervenção, avaliada pelo teste T de Student, apresentou um valor de $p = 0,01$, considerando as limitações e os vieses de seleção. Conclusão: os hipertensos mostraram mudanças significativas na adesão ao tratamento, conforme questionário validado.

Palavras-chave: Psicoterapia grupal; terapia familiar; medicina de familia.

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituye un desafío para los Sistemas de Salud, y Uruguay no es la excepción. La Hipertensión Arterial (HA) ocupa un lugar preponderante en este grupo, no solo por su alta prevalencia (MSP 2013; CESCAS, 2013) sino por su inadecuado control consignado en estudios nacionales (CESCAS, 2013). La adherencia deficiente se ha identificado como la causa principal del mal control de la HA, estableciendo la Organización Mundial de la Salud (OMS) que cualquier esfuerzo por mejorarla puede tener una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población que otras mejoras en los tratamientos médicos específicos (OMS, 2004, p.23). Los factores relacionados con la falta de adherencia son: relativos a la enfermedad (largo periodo asintomática, cronicidad, no evidencia inmediata de la terapéutica indicada); al usuario (sentimientos de negación, desconocimiento, miedo a pérdidas económicas y sociales, cambios en los estilos de

vida que repercuten en la familia), y al tratamiento (múltiples medicamentos y efectos secundarios, largas terapéuticas, necesidad de varias consultas médicas) (Kaplan, 2015).

Se han implementado intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento de las personas con HA, atendiendo a los factores descritos. El involucramiento familiar ha demostrado ser una estrategia terapéutica eficaz. Contreras, Vera, Salinas y Álvarez (1999), concluyen que la participación de esposas e hijos en el tratamiento no farmacológico de los pacientes con HA limítrofes y leves logra descensos significativos en la PA sistólica (PAS) y diastólica (PAD). Ribeiro, Ribeiro, Dias Ribeiro, Suárez-Varela y Cotta (2011) publican un estudio experimental controlado y randomizado donde se estudiaron 2 intervenciones educativas: una individual y otra combinada con orientación familiar. El segundo grupo logró una mayor adherencia a los cambios en la dieta, con una mejora estadísticamente significativa en los parámetros clínicos, antropométricos, bioquímicos y dietéticos. Marín-Reyes y Rodríguez-Morán (2001) en un estudio de casos y controles realizado en México, encontraron una relación fuerte e independiente entre el apoyo familiar y el cumplimiento del tratamiento (OR 6,9, IC 95% 2,3 - 21,1), enfatizando la necesidad de intervenciones orientadas al fortalecimiento del entorno familiar. La importancia del apoyo familiar también ha sido estudiada de forma cualitativa. El estudio *Factors Associated with Treatment Compliance in Hypertension in Southwest Nigeria* (Osamor & Owumi, 2011), investigó los factores asociados a la adherencia a través de encuestas y grupos focales, identificando los siguientes: la asistencia regular a la clínica, la utilización de medicación occidental y el apoyo social de familiares o amigos. Quintana Setién y Fernández-Britto Rodríguez (2009), en un estudio multicéntrico realizado entre 2005 – 2006 en La Habana demostraron una asociación estadísticamente significativa entre adherencia al tratamiento y el sostén social medido a través de la convivencia con alguien. Finalmente, una revisión sistemática realizada por Schroeder, Fahey y

Ebrahim (2008), sobre intervenciones para mejorar el cumplimiento terapéutico de hipertensos, expresa que las motivacionales y complejas, que incluyen la promoción del apoyo familiar, aparecen como promisorias; no obstante, es necesaria la realización de más estudios de alta calidad para contar con mayor evidencia. Se destaca en dicha revisión, un estudio longitudinal a cinco años (Morisky, Levine, Green, & Smith, 1985), donde se evaluaron 3 estrategias de intervención versus el cuidado habitual: counselling individual, apoyo familiar y terapia grupal. Los mejores resultados fueron reportados en la intervención familiar con una adherencia al tratamiento del 53% de los pacientes incluidos en esta estrategia, respecto a un 49% para la terapia grupal, un 40% para los cuidados habituales y un 36% para el counselling individual. Similares resultados se obtuvieron en el descenso de las cifras de PA.

Existen diferentes modelos teóricos que sustentan las intervenciones familiares. La terapia sistémica constituye uno de ellos. Concibe el comportamiento de las personas en el contexto de los sistemas sociales en los que viven, centrándose en las relaciones e interacciones interpersonales, y en las construcciones sociales de la realidad (Sydow, Beher, Schweitzer, & Retzlaff, 2010). Los integrantes de la familia y otras personas significativas se incluyen directa o indirectamente en la terapia, a través de cuestionamientos orientados sistémicamente sobre sus comportamientos y percepciones, valorando la perspectiva sobre sus problemas, recursos, y soluciones (Sydow et al., 2010). La terapia familiar sistémica u orientación familiar puede ser abordada desde diferentes modalidades: de pareja, familiar, grupal y multifamiliar grupal. La terapia multifamiliar grupal (TMFG) se basa en el precepto de que las familias pueden mejorar por la observación y la comprensión de problemas similares en otras familias (Asen & Scholz, 2013), e incorpora los beneficios de la terapia grupal (Dyck, Hendryx, Short, Voss, & McFadane, 2002). Consiste en la conformación de grupos terapéuticos, facilitados por 1 o 2 orientadores e integrados por personas

portadoras de un problema de salud y sus familiares, que, desde la perspectiva sistémica, combinada o no con otras terapias, trabajan en estrategias para su resolución (Dyck et al., 2002). La intervención psicoeducativa, ampliamente usada por los equipos de Salud, reconoce el carácter esencialmente crónico de las enfermedades y busca involucrar a las familias en el proceso de rehabilitación, mediante la creación de una asociación de trabajo a largo plazo, proporcionándoles la información necesaria para entenderla, buscando reducir la ansiedad, confusión y agotamiento de la familia (Foster, 1994). Específicamente en las ECNT se propone colocarla como parte de la solución, promoviendo sus aspectos positivos: recursos, actitud colaborativa y corresponsabilidad (McDaniel, Campbell, Hepworth, & Lorenz, 2005).

Basado en la integración de los modelos de intervención sistémico y psicoeducativo, en la modalidad de TMFG, se diseña, implementa y evalúa el funcionamiento de un dispositivo original denominado Orientación Multifamiliar Grupal (OMFG). Se conformó con la orientadora (en este caso la investigadora), el usuario con HA y un familiar significativo, entendiendo a este último como aquel adulto que conforma la red social del usuario, que discrimina de la masa anónima de la sociedad y lo considera un apoyo afectivo y/o instrumental y/o económico para su enfermedad (Sluzki, 2010). El familiar participante fue seleccionado por el usuario, y no implicó necesariamente convivencia. El dispositivo se estructuró en 4 sesiones de frecuencia semanal, de hasta 60 minutos de duración cada una, y funcionó en base un programa predefinido: Sesión 1: encuadre; concepciones, mitos y creencias de las Familias; Sesión 2: alimentación en el contexto familiar; Sesión 3: la actividad física en el hipertenso y en la familia, y Sesión 4: tratamiento medicamentoso y seguimientos. Se trabajó en cada sesión desde la reflexión y el intercambio sobre los aspectos biomédicos de la HA, la promoción de los derechos de la familia como usuarios del Sistema de Salud, la

explicitación de sentimientos y dudas, la promoción del involucramiento de la familia, la construcción de un adecuado equilibrio familiar, y la identificación de signos de alarma. A la fecha, se cuenta con un único Instrumento validado en la población uruguaya para medir adherencia terapéutica en hipertensos (Domenech & Strozzi, 2024). El Cuestionario Martín – Bayarre – Grau (MBG) valora en 12 ítems varios aspectos de la terapéutica: la alimentación, la actividad física y los controles en Salud. Recoge la periodicidad con la que se considera se ejecutan los citados aspectos a través de una escala de Lickert con cinco posibilidades que van desde “Siempre” (5) hasta “Nunca” (1). El puntaje final define 3 categorías de usuarios: totalmente adherentes (38 - 48 puntos); parcialmente adherentes (18 - 37 puntos), y no adherentes (1 - 17 puntos). Se muestra a continuación. (Cuestionario MBG en jpg).

Objetivo general

Evaluar la implementación del dispositivo Orientación Multifamiliar Grupal destinado a mejorar la adherencia al tratamiento de las personas hipertensas en una muestra de adultos usuarios de los Servicios de Salud del primer nivel de atención de la Corporación Médica de Paysandú (COMEPA) – Federación de Prestadores Médicos del Interior (FEPREMEI)

Objetivos específicos

1. Explorar el comportamiento de la adherencia al tratamiento de la muestra, antes y después de la Orientación Multifamiliar Grupal
2. Realizar una caracterización de la muestra

Material y métodos

Tipo de estudio: analítico y cuasiexperimental; el factor de exposición es manipulado y la asignación de los pacientes no es aleatoria sino por conveniencia. Se trata de un

estudio pre / post con un solo grupo, ya que se realizaron mediciones de variables antes y después de una intervención, sin un grupo control (Molinas Arias & Ochoa, 2014).

Población de estudio: usuarios de COMEPA que cumplieron con los criterios de inclusión: hombres y mujeres mayores de 50 años, portadores de HA constatada en la historia clínica de más de un año de evolución que se autoreportaron como parcialmente y mal adherentes según el Cuestionario MGB validado, y aceptaron participar del estudio firmando el consentimiento informado.

Sitios de estudio: Servicios de Salud del PNA de COMEPA de Guichón (localidad rural situada a 90 kms de la capital departamental) y del Departamento de Promoción de Salud y Prevención de enfermedades de la ciudad de Paysandú.

Procedimiento: los usuarios que cumplieron los criterios de inclusión fueron invitados a participar del estudio, en el ámbito de la consulta de los médicos de los sitios de estudio. Luego de firmar el consentimiento informado, completaron el Cuestionario MBG en la Sala de espera, supervisados por las auxiliares de enfermería de las Policlínicas para facilitar su comprensión y controlar su correcto llenado. Aquellos usuarios clasificados como parcialmente y no adherentes fueron invitados a participar del dispositivo. Una vez finalizada la intervención, se les volvió a aplicar el Cuestionario MBG. Adicionalmente, personal de enfermería promedió la PAS y PAD de los participantes, de un mes antes y después de la intervención, a partir de los datos de la historia clínica. Se compararon los resultados finales considerando la variable principal: adherencia terapéutica; y la variable secundaria: cambio en los valores de PA. También se consideraron las variables sociodemográficas y comorbilidades de los usuarios y los familiares participantes. Se utilizó el programa estadístico IMB SPSS, v. 17 para introducir y analizar los datos.

Consideraciones éticas

La presente investigación atiende a las consideraciones éticas y de investigación reguladas en el Decreto 379/0082 sobre investigación con seres humanos, conforme a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, Declaración de Helsinki y la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, y a lo expresado en la Constitución de la República. Fue aprobada por el Comité de ética de la Investigación del Sanatorio Americano (21/03/2016), y por la Dirección Técnica de COMEPA (6/10/2016).

Resultados

Un total de 125 usuarios completaron el formulario MBG; 92 (73,6%) fueron usuarios de la Policlínica de Paysandú, y los restantes 33 (26,4%) de la Policlínica de Guichón. Del total de usuarios de la muestra, un 16,8% (21 usuarios) declararon ser adherentes parciales (AP) y no adherentes (NA), correspondiendo un 13,6% a usuarios de la ciudad de Paysandú (17 usuarios), y un 3,2% a usuarios de Guichón (4 usuarios).

En la ciudad de Paysandú respondieron a la convocatoria a participar del dispositivo 4 usuarios, o sea el 23,5% de los AP y NA. 50% (n=2) fueron mujeres, con una media de 67 años, 50% empleados y 50% jubilados, todos con primaria completa como mínimo, y con hasta 19 años de historia de HA. Respecto a los familiares significativos, 75% fueron parejas, y 1 hija en un caso; predominaron las mujeres (75%); la edad promedio fue de 53 años, y el 50% presentaba comorbilidades: HA, dislipemia y obesidad. En Guichón se conformó otro grupo integrado por el 75% (3 usuarios) de los AP y NA. 2 usuarios fueron del sexo masculino (66,7%), una media de 72 años, un nivel educativo que no superaba la primaria, jubilados, y portadores de no más de 10 años de HA. En este grupo, los familiares significativos fueron una pareja, una hermana, y una hija, con una media de 57 años, e HA en un solo caso.

Respecto a la adherencia terapéutica pre y post intervención, los cambios en los estadios del MBG, se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1.

Estadios de adherencia terapéutica del MBG antes y después de la intervención

Preintervención		Postintervención	
Puntaje total	Clasificación	Puntaje total	Clasificación
24	AP	29	AP
20	AP	43	AT
24	AP	33	AP
17	NA	46	AT
29	AP	43	AT
36	AP	38	AT
24	AP	40	AT

Nota. AP = Adherencia Parcial; AT = Adherencia Total; NA = No adherente.

Previo a la intervención, 6 de 7 usuarios presentaron AP, y solo 1 de ellos era NA. Luego de la intervención, el 100% de los participantes mejoraron su puntaje en la escala de adherencia. 4 usuarios pasaron a una categoría superior: de AP a adherentes totales (AT); uno avanzó 2 categorías: de NA a AT, y 2 de ellos permanecieron en la misma categoría: AP, aunque mejoraron su puntaje.

Para establecer si los cambios tenían significancia estadística se utilizó la prueba t-Student para muestras independientes, para el contraste de hipótesis. Las asociaciones significativas se determinaron a través de la prueba de Chi cuadrado, en el nivel de $p < 0,05$. El 100% de los datos fueron válidos para el análisis. La media de

la variable adherencia terapéutica en el grupo pre - intervención fue de 24,86, y en el post - intervención fue de 38,86 (Tabla 2).

Tabla 2.

Estadísticos descriptivos de la adherencia terapéutica en grupos pre y post intervención

Grupo	N	Media	Desviación estándar	Error estándar de la media
1	7	24,86	6,176	2,334
2	7	38,86	6,040	2,283

Nota. Grupo 1 = medición preintervención; grupo 2 = medición postintervención.

La variable dependiente se distribuyó normalmente en ambos grupos según la prueba Shapiro – Wilk. La significancia de la variable “adherencia” en ambos grupos fue mayor que el nivel 0.05 (p- valor 0.527 en el grupo pre - intervención, y p-valor 0.622 en el post intervención). La prueba de Levene para igualdad de varianza muestra una significancia de 0,853. Luego de demostrar que la variable adherencia se comporta normalmente y que las muestras son independientes, se procedió a leer el resultado de la Prueba de t-Student que mostró un valor p de 0.01. O sea que existe una diferencia significativa en la adherencia terapéutica en los grupos luego de participar de la intervención OMFG como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3.

Prueba t para muestras independientes: adherencia pre y post intervención

	Prueba de Levene para igualdad de varianzas			Prueba t para igualdad de medias				
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típico	IC 95% (Inferior / Superior)
Varianzas iguales	0.036	.853	-4.288	12	.001	-14.000	3.265	-21.114 / -6.886
Varianzas no iguales	—	—	-4.288	11.99	.001	-14.000	3.265	-21.114 / -6.886

Nota. F = estadístico de la prueba de Levene para igualdad de varianzas; Sig. = valor de significación asociado al estadístico F; t = t de Student; gl = grados de libertad; Sig. (bilateral) = valor de significación bilateral de la prueba t.

Para el análisis de los valores de PAD y PAS, en los grupos pre y post intervención, el 100 % de los valores fueron válidos. El promedio pre - intervención fue de 136,43 / 78,43; y post -intervención fue de 136,86 / 77,71. La prueba t-Student, no mostró una diferencia estadísticamente significativa en los valores de PAS (p 0.912) y PAD (p 0.763) entre los grupos pre y post intervención.

Discusión

El primer aspecto para destacar es la respuesta a la convocatoria a participar del dispositivo de OMFG. Respondieron el 23,5% de los usuarios con criterios de inclusión en los grupos en Paysandú, y el 75% en el caso de Guichón. Esto puede atribuirse a que el tiempo transcurrido entre la realización del formulario MBG y la convocatoria fue de 6 meses aproximadamente, coincidiendo con los meses de vacaciones. La disponibilidad horaria de los usuarios y la no percepción de forma espontánea del

problema por el que se los estaba citando, también influyeron. En el caso del grupo de Guichón fue determinante que la cita la realizó la médica tratante de los usuarios; en Paysandú fue la Nurse jefa del Servicio. Los participantes concurren al 100% de las sesiones que funcionaron en sus Servicios de Salud de referencia, siendo ésta una ventaja de los estudios cuasi experimentales: facilitan su desarrollo en ambientes naturales siendo muy poco probable que se altere la realidad, por lo que gana en generalidad (Segura Cardona, 2003). Otro aspecto relevante es el predominio del sexo femenino en los familiares significativos. Esto se relaciona con el perfil de la población “cuidadora” en nuestro país y en la región. Estudios nacionales afirman que las estrategias familiares evidencian valores y comportamientos, y la construcción social del cuidado es designado como femenina y asignada a la mujer (Batthyány, 2008). El concepto de familiar significativo fue interpretado a cabalidad por los usuarios, porque con excepción de las parejas, los usuarios seleccionaron quienes, a su entender, constituyen un apoyo en el manejo de su enfermedad, independientemente de su convivencia.

El desarrollo de la intervención OMFG se basó en pilares terapéuticos, que se tradujeron en acciones concretas durante las sesiones. El concepto de “orientación” define el rol de guía del grupo, enfatizando el protagonismo del participante. Esto se tradujo en la preparación previa de cada sesión, preestableciendo cual era el contenido a discutir y hacia donde se quería caminar, manteniendo una actitud flexible frente al surgimiento de emergentes, y conteniendo la discrepancia. Se promocionó la auto y heteroreflexión de los aspectos relativos a la adherencia terapéutica utilizando preguntas abiertas, invitando permanentemente al intercambio de experiencias positivas y dificultades. El concepto de “orientación familiar” no implica únicamente saber guiar; refiere a un conjunto de técnicas encaminadas a fortalecer las capacidades evidentes y las latentes que tienen como objetivo el fortalecimiento de los vínculos del sistema familiar, con el fin de que resulten sanos, eficaces y capaces de

estimular el progreso personal de los miembros y de todo el contexto emocional que los acoge (Ríos, 1994). El común denominador de la comunicación durante la intervención fue la referencia permanente al “par familiar” usando siempre el plural, de manera de naturalizar la reflexión y la búsqueda de estrategias en conjunto, así como compartir las posibles dificultades y soluciones. El dispositivo OMFG fue más allá de la perspectiva de trabajar la alianza familiar. Se trató de promover su efecto multiplicador, dado que al finalizar las sesiones cada para familiar tenía como tarea, poder compartir en otros ámbitos de convivencia directa o indirecta, lo discutido en el grupo. La modalidad multifamiliar grupal combina y potencia los principios terapéuticos de la terapia grupal. Lo trascendente no es tanto la participación simultánea de un número de familias (multi), sino la interacción y elaboración común entre ellas (inter) (Sempere & Fuenzalida, 2013). Esta modalidad de abordaje simultáneo y sinérgico de múltiples sistemas en un mismo espacio, redundando en un mejor aprovechamiento de sus recursos.

Respecto a las limitaciones del estudio se destaca el sesgo de selección dado que los usuarios que respondieron a la convocatoria son personas espontáneamente motivados para cambiar. Esto afecta la validez externa de los resultados, ya que no es posible tener la certeza de que la muestra sea representativa de la generalidad. El efecto Hawthorne, consistente en la respuesta inducida por el conocimiento de los participantes de que se les está estudiando, puede estar influyendo también en los resultados, ya que los usuarios fueron informados de los fines del estudio en la sesión 1; pero una vez que el dispositivo de OMFG comenzó a funcionar, el citado objetivo no fue repetido ni recordado en ninguna otra instancia. Otro efecto para considerar es la regresión a la media o sea la tendencia de los individuos que tienen un valor muy elevado de una variable a obtener valores más cercanos a la media de la distribución cuando la misma variable se mide por segunda vez o de forma repetida en el tiempo. Aspectos derivados de la maduración, la historia y la mortalidad experimental no

parecen haber influido en los resultados del presente estudio, dado que la concurrencia de los participantes a las 4 sesiones se realizó sin dificultades. El número acotado de sesiones puede haber contribuido en este sentido

Conclusiones

Se diseñó e implementó un dispositivo original de intervención destinado a mejorar la adherencia terapéutica de las personas con HA: la Orientación Multifamiliar Grupal. Basado en los principios que rigen la terapia familiar sistémica conjugada con componentes psicoeducativos, mostró un cambio estadísticamente significativo en sus participantes, quienes mejoraron su adherencia terapéutica, medida por el cuestionario MBG validado. Si bien se presentaron sesgos y limitaciones, el dispositivo por su modalidad multifamiliar y su efecto multiplicador, se presenta como una interesante propuesta de intervención, económica, sencilla y efectiva, pasible de ser implementada en los servicios de Salud de nuestro país.

Referencias

- Asen, E., & Scholz, M. (2013). Multi-family therapy: Concepts and techniques. *Journal of Family Therapy*, 35(1), 114–115. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12020>
- Batthyány, K. (2008). El cuidado de los adultos mayores en los hogares de Montevideo: Algunos elementos para el debate. Mesa de diálogo: Sistema de cuidados. ¿Quién cuida? ¿Quién debería hacerlo? Red Género y Familia, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- Centro de excelencia en Salud Cardiovascular para América del Sur, Instituto de Efectividad Clínica. (2013). *Estudio CESCAS*, 1 [Gacetilla]. Buenos Aires.

- Contreras, U., Vera, G., Salinas, P. J., & Álvarez, N. (1999). Modelo estratégico de medicina familiar para controlar hipertensión arterial limítrofe y leve. *Atención Primaria (Open Access)*, 24(2), 417–420.
- Domenech, D., & Strozzi, D. (2024). Primer instrumento validado en Uruguay para evaluar adherencia terapéutica en personas hipertensas (Año 2017). *Revista Médica del Uruguay*, 40(4).
- Dyck, D. G., Hendryx, M. S., Short, R. A., Voss, W. D., & McFadane, W. R. (2002). Service used among patients with schizophrenia in psychoeducational multiple family group treatment. *Psychiatric Services*, 53(6), 749–754. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.6.749>
- Foster, L. N. A. (1994). *A family psychoeducation model of multiple family group therapy and the management of schizophrenia* [Documento en línea]. Recuperado de <https://www.multiplefamilygrouptherapy.com/MFGT%20With%20Schizophrenia.html>
- Kaplan, N. M. (2015). Patient adherence and the treatment of hypertension. In G. L. Bakris (Ed.), *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate.
- Marín-Reyes, F., & Rodríguez-Morán, M. (2001). Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Pública de México*, 43(4), 336–339.
- McDaniel, S., Campbell, T., Hepworth, J., & Lorenz, A. (2005). The developmental challenges of chronic illness: Helping patients and families cope. In *Family-oriented primary care* (pp. 304–325). Springer.
- Ministerio de Salud Pública. Programa de Prevención de Enfermedades no Transmisibles. (2013). *Segunda encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles* (p. 44). Uruguay.

- Molinas Arias, M., & Ochoa Sangrador, C. (2014). Ensayo clínico (I). Definición. Tipos. Estudios cuasiexperimentales. *Evidencias en Pediatría*, 10(52), 1–6. <https://evidenciasenpediatria.es/articulo/7344/ensayo-clinico-i-definicion-tipos-estudios-cuasiexperimentales>
- Morisky, D. E., Levine, D. M., Green, L. W., & Smith, C. R. (1985). Evaluation of family health education to build social support for long-term control of high blood pressure. *Health Education Quarterly*, 12(1), 35–50. <https://doi.org/10.1177/109019818501200104>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción* (p. 202). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Osamor, P., & Owumi, B. (2011). Factors associated with treatment compliance in hypertension in Southwest Nigeria. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 29(6), 619–628. <https://doi.org/10.3329/jhpn.v29i6.9899>
- Quintana Setién, C., & Fernández-Britto Rodríguez, J. E. (2009). Adherencia terapéutica farmacológica antihipertensiva en adultos de atención primaria y factores relacionados con su incumplimiento. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 28(2).
- Ribeiro, A., Ribeiro, S., Dias Ribeiro, F., Suárez-Varela, M., & Cotta, R. (2011). Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: A comparative clinical trial of two education strategies in health and nutrition. *BMC Public Health*, 11, 637. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-637>
- Ríos, J. A. (1994). *Manual de orientación y terapia familiar*. Instituto de Ciencias del Hombre.
- Schroeder, K., Fahey, T., & Ebrahim, S. (2008). Intervenciones para mejorar el cumplimiento del tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en ámbitos

ambulatorios (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, 4. Oxford: Update Software Ltd.

Segura Cardona, A. M. (2003). *Diseños cuasiexperimentales*. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/renacip/disenos_cuasiexperimentales.pdf

Sempere, J., & Fuenzalida, C. (2013). Terapia interfamiliar: De la “terapia de familia” a la “terapia entre familias”. Análisis y difusión del modelo terapéutico interfamiliar. *Psicoterapia y Psicodrama*, 2(1), 88–105.

Sluzki, C. E. (2010). Personal social networks and health: Conceptual and clinical implications of their reciprocal impact. *Families, Systems, & Health*, 28(1), 1–18. <https://doi.org/10.1037/a0019061>

Sydow, K., Beher, S., Schweitzer, J., & Retzlaff, R. (2010). The efficacy of systemic therapy with adult patients: A meta-content analysis of 38 randomized controlled trials. *Family Process*, 49(4), 457–485. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2010.01329.x>

Declaración de contribución de la autora

DD a ha participado en cada una de las etapas del Trabajo de investigación: concepción, diseño, ejecución, análisis, interpretación y presentación de los resultados, redacción, y revisión crítica.

Disponibilidad de datos

El conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio se encuentra disponible en una carpeta específica en la PC personal de la autora.

Editor de sección

El editor de sección de este artículo fue Daniel Camparo.

ORCID ID: 0000-0003-3440-5797

Formato de citación

Domenech, D. (2025). La orientación multifamiliar grupal: Dispositivo terapéutico para aumentar la adherencia al tratamiento de las personas hipertensas. Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 15(1), e15114. doi: <http://dx.doi.org/10.26864/PCS.v15.n1.14>
