PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR

"INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN QUE BRINDA EL MÉDICO FAMILIAR Y EL APOYO DE LA FAMILIA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C "ANDRÉS DE VERA", PORTOVIEJO."

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ANGÉLICA MARÍA LOOR NIETO

CHARITO ALEXANDRA MOSQUERA RIVAS

DIRECTOR: DR. JOSÉ SOLA VILLENA

QUITO, SEPTIEMBRE 2019

Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
Facultad de Medicina

PUCE

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Loor Nieto Angélica María** C.C. No. **1312320292** y **Mosquera Rivas Charito Alexandra** C.C. No. **1307545572** autores del trabajo de graduación intitulado: **"INFLUENCIA EN LA EDUCACIÓN QUE BRINDA EL MÉDICO FAMILIAR Y LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EN EL CENTRO DE SALUD "ANDRÉS DE VERA", CIUDAD PORTOVIEJO"**, previa a la obtención del título profesional de **Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria** de la Facultad de **Medicina**:

1.- Declaro tener pleno conocimiento

de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la **SENESCYT** en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 12 septiembre de 2019

Loor Nieto Angélica María
C.C. No. **1312320292**

Mosquera Rivas Charito Alexandra
C.C. No. **1307545572**

Av. 12 de Octubre 1076 y Ramón Roca
Apartado postal 17-01-1475
Telf.: (593) 2 299 17 00 ext. 1475

Quito – Ecuador www.puce.edu.ec

IHS

“INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN QUE BRINDA EL MÉDICO FAMILIAR Y EL APOYO DE LA FAMILIA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C “ANDRÉS DE VERA”, PORTOVIEJO.”

LUGAR:

El estudio de investigación se realizará en el Centro de Salud tipo C “Andrés Vera”, del cantón Portoviejo, provincia de Manabí, de donde se adquirieron datos estadísticos pertinentes y las historias clínicas para la identificación de los pacientes que son la base del desarrollo del presente trabajo.

AUTORES:

Dra. Angélica María Loor Nieto y Dra. Charito Alexandra Mosquera Rivas, Estudiantes del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

DIRECTOR DEL PROYECTO DE TESIS.

Dr. José Humberto Sola Villena. Docente de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

PRIMER LECTOR DEL PROYECTO DE TESIS.

Dra. Judith Viviana Fienco Bacusoy, Médico Familiar y Comunitario, Docente de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN EN LA QUE SE CIRCUNSCRIBE SU PROYECTO

El presente trabajo tendrá 2 líneas de investigación: Se trabajará con pacientes que presentan enfermedades crónicas no trasmisibles como es la hipertensión arterial y sus familias; con profesionales de la salud que atienden en unidades de servicio público y su intervención en la adherencia no farmacológica.

DEDICATORIA

La presente tesis se la dedico a:

Mis padres: Ernesto y Eleodora, quienes han sido pilar fundamental en mi formación personal y profesional.

A mi esposo Andrés por brindarme el apoyo incondicional en este proceso de superación.

A mi hijo Rooney, fuente de mi inspiración, que a su corta edad, me ha enseñado a valorar la vida y ver nuevamente el mundo con ojos de niño.

A toda mi familia, amigas (SMMV) y a la Dra. Ingrid Quiroz; quienes han colaborado desinteresadamente y han sido participe de este recorrido laborioso y han sido un soporte para culminar la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Angélica Loor

DEDICATORIA

Dedico este proyecto a:

Mis hijos, Luis Davis y Diego Alejandro por comprender que tienen una mamá que no les podía cocinar todos los días, a mi esposo Luis Moisés por brindarme su tiempo y un hombro para descansar.

Mis padres, mis hermanos, sobrinos todos por mostrarme una sonrisa y una palabra de ánimo justo cuando más la necesite.

Mis amigos por permitirme aprender más de la vida a su lado (SMMV).

Esto ha sido posible gracias a ustedes.

Charito Mosquera.

AGRADECIMIENTO

El amor recibido, la dedicación y la paciencia, con la que cada día se preocupaban nuestras familias por nuestro avance y desarrollo de esta tesis, es simplemente único.

Expresamos nuestra gratitud a Dios, por bendecirnos a diario y permitir tener a nuestras familias presentes.

Gracias a nuestros padres, por ser los promotores de nuestros logros, por la confianza y acompañamiento en esta dura pero hermosa realidad, que es la cristalización de un sueño tan anhelado.

Un agradecimiento infinito a nuestro tutores por la paciencia y confianza en el día a día de nuestra formación, a la vida, a los amigos, a las personas que confiaron y apoyaron este proyecto.

Angélica Loor

Charito Mosquera.

INDICE

DEDICATORIA…….. 3

AGRADECIMIENTO…… 4

RESUMEN……...5

SUMMARY…….....11

CAPITULO I – INTRODUCCIÓN…….13

CAPITULO II – MARCO TEÓRICO……16

2.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL……..-16

2.1.1 DEFINICIÓN**……..16**

2.1.2 CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL**…….....16**

2.1.3 FISIOPATOLOGÍA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL……..**……..16**

2.1.4 FACTORES DE RIESGO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL**……18**

2.1.5 MANIFESTACIONS CLÍNICAS**……19**

2.1.6 DIAGNÓSTICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL……**19**

2.1.6.1 TAMIZAJE DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL…….19

2.1.6.2 MONITOREO AMBULATORIO DE LA PRESIÓN ARTERIAL (MAPA)…19

2.1.6.3 AUTOMEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL DOMICILIARIA……...20

2.1.6.4 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS……..20

2.1.7 TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL……..……..21

2.1.7.1 ESTRATEGIAS PARA DOSIFICAR ANTIHIPERTENSIVOS….……22

2.1.7.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO……..22

2.2 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO…….….25

2.3 APOYO SOCIAL A LOS PACIENTES CON HTA……..28

2.4 REPRESENTACIÓNES SOCIALES EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.30

CAPÍTULO III

3.1 JUSTIFICACIÓN……....33

3.2 PROBLEMAS Y OBJETIVOS.……33

3.2.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**…….....34**

3.2.2 OBJETIVO GENERAL**…….35**

3.2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**……..…35**

3.3 HIPÓTESIS OPERATIVA…….35

3.4 METODOLOGÍA……....35

3.4.1 MUESTRA**…….....38**

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES……..39

3.6 ASPECTOS BIOÉTICOS……..……....41

3.7 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS……42

3.7.1 RECURSOS HUMANOS…….42

3.7.2 PRESUPUESTO……..…42

3.8 CRONOGRAMA…….42

CAPITULO IV……...43

4.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO Y SOCIOCULTURAL…….43

4.2 RESULTADOS…….……...43

4.2.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN…….43

4.2.2 HABITOS SALUDABLES…….....46

4.2.3 RELACIÓN MÉDICO PACIENTE. ……..47

4.2.4 APOYO SOCIAL…….48

4.2.5 CORRELACION ENTRE VARIABLES……....48

4.2.6 ENTREVISTAS DE MUJERES CON HTA EN EL CENTRO DE SALUD "ANDRÉS DE VERA"……54

4.2.7 ENTREVISTAS DE HOMBRES CON HTA ATENDIDOS EN EL CS "ANDRÉS DE VERA"……....73

4.2.8 ENTREVISTAS AL PERSONAL MÉDICO QUE ATIENDE EN EL CS "ANDRÉS DE VERA."……..96

CAPITULO V

5.1 DISCUCIÓN……..115

CAPITULO VI

6.1 CONCLUCIONES Y RECOMENDACIONES…….130

6.1.1 CONCLUCIONES……..130

6.1.2 RECOMENDACIONES…….130

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA……..132

ANEXOS…….....139

ANEXO 1.- FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO…….139

ANEXO 2- INSTRUMENTOS PARA LA PARTE CUALITATIVA……..141

ANEXO 3: INSTRUMENTOS……144

ANEXO 4 FOTOS…….148

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cronología de pacientes con HTA atendidos en el CS "Andrés de Vera"……..38

Tabla 2. Instrucción de pacientes con HTA atendidos en el CS "Andrés de Vera"…..…38

Tabla 3.Ocupación laboral de pacientes con HTA del CS "Andrés de Vera"…….39

Tabla 4.Tipología familiar de los pacientes con HTA del CS "Andrés de Vera……39

Tabla 5. Adherencia no farmacológica de los pacientes con HTA, atendidos en el CS "Andrés de Vera"……..……40

Tabla 6. Relación médico - paciente Centro de Salud "Andrés de Vera……41

Tabla 7. Apoyo social de los pacientes con HTA del CS "Andrés de Vera…….42

Tabla 8. Cronología versus adherencia del Centro de Salud "Andrés de Vera…….42

Tabla 9. Género versus adherencia del Centro de Salud "Andrés de Vera"……..43

Tabla 10. IAS vs adherencia en pacientes atendidos por HTA en el CS Andrés de Vera...43

Tabla 11. Apoyo emocional vs adherencia en pacientes con HTA…….44

Tabla 12. Apoyo material vs adherencia en pacientes con HTA del CS Andrés de Vera...45

Tabla 13. Relaciones sociales y de ocio vs adherencia en los pacientes con HTA en el CS "Andrés de Vera…….46

Tabla 14. Apoyo afectivo versus adherencia en el CS Andrés de Vera…….46

Tabla15. Médicos versus adherencia de los pacientes con hipertensión arterial…….47

Tabla 16. Médicos versus adherencia general al tratamiento no farmacológico de los pacientes con hipertensión arterial en el CS Andrés de Vera……48

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. ¿Temporalidad del diagnóstico?……..…….49

Figura 2. ¿En qué lugar y quien da el diagnóstico?.....49

Figura 3. ¿Qué tratamiento le indicaron para la hipertensión arterial?.....50

Figura 4.Cumplimiento del tratamiento para la hipertensión arterial……51

Figura 5. Caracterización de la hipertensión arterial……53

Figura 6. Relación con otras enfermedades…….54

Figura 7. ¿Cuáles son las causas de la hipertensión arterial?.....56

Figura 8. Manera de presentarse de la hipertensión arterial……..57

Figura 9.Tratamiento conocidos y escuchados para la hipertensión arterial…….58

Figura 10. ¿Qué entiende por estar enfermo?.....60

Figura 11. ¿Qué enfermedades le impedirían realizar actividades?.....61

Figura 12. ¿La hipertensión arterial es una enfermedad?.....63

Figura 13. Funcionalidad del tratamiento de la HTA……...64

Figura 14. ¿La hipertensión arterial tiene cura?.....66

Figura 15. Temporalidad del diagnóstico de HTA en hombres……...67

Figura 16 ¿En qué lugar y quién da el diagnóstico en los hombres con HTA?.....68

Figura17. ¿Qué tratamiento le indicaron para la HTA?.....70

Figura 18. Cumplimiento del tratamiento para HTA…….71

Figura 19. Caracterización de la HTA…….72

Figura 20. ¿La HTA está relacionada con otras enfermedades?.....74

Figura 21. ¿Cuáles son las causas de la hipertensión arterial?.....76

Figura 22. Manera de presentarse de la hipertensión arterial……..78

Figura 23. Tratamiento conocidos y escuchados para la HTA……..80

Figura 24. ¿Qué entiende por estar enfermo?.....82

Figura 25. ¿Qué enfermedades le impedirían realizar actividades?.....83

Figura 26. ¿La hipertensión arterial le hace sentir enfermo?.....84

Figura 27. Funcionalidad del tratamiento de la HTA…….86

Figura 28. ¿La hipertensión arterial tiene cura?.....88

Figura 29. ¿Qué tipo de tratamiento les indica a los pacientes?.....90

Figura 30. ¿Cuál ha sido la experiencia personal al trabajar con pacientes con HTA?.....91

Figura 31. ¿Recuerda algún caso significativo de pacientes con HTA?.....93

Figura 32. ¿Cómo percibe lo que saben sus pacientes sobre HTA?.....95

Figura 33. ¿Sus pacientes creen que la HTA está relacionada con otras enfermedades?..96

Figura 34. ¿Cuáles creen sus pacientes que son las causas de la HTA?.....98

Figura 35. ¿Qué entienden sus pacientes por estar enfermos?.....99

Figura 36. ¿Entienden sus pacientes la HTA como una enfermedad?.....101

Figura 37. ¿Desde su punto de vista el tratamiento que usted les prescribe le funciona?102

Figura 38. ¿Sus pacientes con HTA practican medicinas alternativas?.....104

Figura 39. ¿Usted considera que sus pacientes siguen sus recomendaciones?.....105

Figura 40. ¿Tiene usted hipertensión arterial?.....107

RESUMEN

Antecedentes: La hipertensión arterial es una enfermedad crónica no transmisible que necesitan mecanismos de adaptación familiar para mitigar las consecuencias negativas y fortalecer sus lazos, todo esto junto con una buena asesoría médica serán parte del cumplimiento terapéutico de los pacientes, por lo cual en este estudio se valora la importancia del apoyo familiar y la relación médico/paciente en la adherencia terapéutica no farmacológica sustentándose en el entendimiento de las representaciones sociales que los pacientes, sus familiares y el personal de salud tienen sobre su enfermedad y cuidado. **Materiales y métodos:** Este estudio dispone de un enfoque cuantitativo y cualitativo de naturaleza convergente o complementario; resalta el hecho de identificar la influencia de la educación que brinda el médico familiar y la participación de la familia en la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión arterial, se diseñó un estudio de corte transversal, en el que participarán 215 pacientes con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud tipo C 24 horas Andrés de Vera. **Resultados:** Del 100% de usuarios con apoyo social máximo el 62,71% no fue adherente a la terapéutica no farmacológica, la atención que realiza el médico familiar está relacionada con una mayor adherencia no farmacológica en un 24,69%; y dentro de las representaciones sociales los pacientes no son adherentes debido a que no consideran la HTA como una enfermedad por ser asintomática. **Conclusiones:** El apoyo social no influye en la adherencia terapéutica, la atención médica familiar se considera un factor protector para la adherencia no farmacológica, y la HTA al ser asintomática no es aceptada como una patología motivo de la falta de adherencia terapéutica.

SUMMARY

Background: Hypertension is a chronic non-communicable disease that needs mechanisms of family adaptation to mitigate the negative consequences and strengthen their ties, it all together with a good medical advice will be part of the therapeutic compliance of patients, so in this study is valued the importance of family support and the doctor / patient relationship in non-pharmacological adherence based in the understanding of social representations that patients, their relatives and health workers have about their illness and care. **Materials and Methods:** This study has a quantitative and qualitative approach of a convergent or complementary nature; highlights the fact of identifying the influence of the education provided by the family doctor and the participation of the family in the adherence to non-pharmacological treatment in patients with arterial hypertension, a cross-sectional study was designed, in which 215 patients with hypertension will participate arterial that go to the Health Center type C 24 hours Andrés de Vera**. Results:** 100% of users with the maximum social support was 62.71% non-adherent to non- pharmacological therapy, the care provided by the family doctor is associated with greater adherence on non-pharmacological 24.69%; and within social representations there are non-adherent patients because they do not consider hypertension as a disease because it is asymptomatic.**Conclusions:** Social support does not influence therapeutic adherence, family medical care is considered a protective factor for non-pharmacological adherence, and HT due to being asymptomatic is not accepted as a pathology due to the lack of therapeutic adherence.

CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCION

Actualmente el área sociocultural de las patologías es un punto importante para estudiar, tanto para generar nuevos conocimientos como en la contribución de la prevención y control de los daños en la salud. Las investigaciones sobre enfermedades crónicas no transmisibles incrementan el interés de esta parte social y se da porque todo proceso de salud-enfermedad participa directamente de una dimensión socio-cultural y desde luego la hipertensión arterial no escapa de esta determinación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha considerado en un informe la elevación de la presión arterial como la primera causa de muerte en el mundo debido a la elevada prevalencia y alto riesgo, atribuible en coronariopatías e ictus, la convierte en el factor de riesgo más importante. La importancia de la hipertensión arterial es cada vez mayor debido a la creciente esperanza de vida de la población y la alta prevalencia de factores contribuyentes como la obesidad, el sedentarismo, el tipo de dieta y el estrés, previéndose que afectará a 1560 millones de habitantes en el año 2025 en todo el mundo. (Casado V, 2012.)

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica que requiere un cumplimiento exhaustivo en su tratamiento, que incluye cambios en el estilo de vida combinados o no con medicamentos; en un estudio realizado en Paraguay se estima que el 59% de los pacientes con hipertensión arterial no tenían adherencia al tratamiento (Carlos R, 2018), lo cual se debe al desconocimiento de su enfermedad y no adaptarse a nuevos hábitos. Las medidas de tratamiento no farmacológico (ejercicio y dieta) son indispensables para la obtención de control de la presión arterial, por ello se

requiere que haya un adecuado apego para que se logren los objetivos planteados, cuando el entorno es desfavorable podría afectar esta adherencia vinculándose directamente con el apoyo que la familia otorga al enfermo; además, se suma la enseñanza que brinda el médico, la cual históricamente es la que ha permitido la prevención y promoción en salud de las distintas enfermedades, pero en los actuales momentos tenemos que tener una visión desde la deshumanización de la medicina, la calidez humana con la que brindamos esta información, el contenido de la misma junto con las creencias y cultura de las personas hace que sea difícil llegar a un buen control terapéutico.

Es evidente que esta educación facilita la modificación en hábitos y comportamientos permitiendo restablecer y conservar la salud, mejorando las condiciones de vida y todo desde un enfoque individual y personalizado; a la vez, incita el autocuidado del individuo y su familia, mejorando las expectativas de vida de la población.

En el mundo, 17 millones de muertes por año son provocadas por las enfermedades cardiovasculares; de estas, tenemos que 9,4 millones son causadas por las complicaciones de la hipertensión arterial, siendo responsables de muertes por cardiopatías en un 45% y por accidente cerebrovascular en el 51% (WHO, 2013). En Ecuador la hipertensión arterial consiste en la segunda causa de muerte, la prevalencia de pre-hipertensión es de 3´187.665 en la población de 10 a 59 años y la de hipertensión es de 717.529 en edades comprendidas entre los 18 años hasta 59 años; el sobrepeso y la obesidad es de 5´558.185 (ENSANUT-ECU, 2013); según la OMS se recomienda consumo de frutas 400 gr/día, que equivalen a cinco porciones de frutas y verduras diarias, pero en los datos encontrados tenemos que “el ecuatoriano de entre 1 y 60 años ingiere en promedio 183 gramos de frutas al día” (World Health Organization, 2013).

El adecuado control de las cifras de presión arterial en estos pacientes incrementa su esperanza y calidad de vida; pero debemos considerar ciertos aspectos que entorpecen dichos objetivos terapéuticos, ya que el incremento de estos niveles de presión no provocan síntomas clínicos relevantes proporcionándole al usuario una falsa impresión de que su enfermedad se encuentra controlada; adicionalmente, tenemos una familia que entra en caos por una enfermedad que los debilita; y, si no encuentran ese equilibrio generando estabilidad familiar, todo el apoyo se modifica y el fracaso de la terapia antihipertensiva se impondrá con falta de apego al tratamiento, generando aumentos de complicaciones. En este contexto, el paciente con enfermedad crónica percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia, y este en un punto importante a trabajar en cada una de las consultas, por lo cual, el papel que cumple un médico de familia es importante, por lo que su enfoque se relaciona con la atención bio-psico-social, atendiendo una persona no una enfermedad.

Todos estos datos nos indican que hay una deficiente adherencia al tratamiento no farmacológico, debido a que no hay el compromiso por parte del paciente, del familiar y del médico, permitiendo que reduzcan los índices de mortalidad, los costos familiares y del estado por aumento de morbilidad. Actualmente en nuestro país no hay estudios que indiquen cual es el determinante social que está involucrado con este incumplimiento, ¿qué relación hay entre el apoyo familiar y la educación sanitaria al paciente y su adherencia al tratamiento?, por lo que se hace imperioso indagar sobre ¿cuál sería la mejor estrategia que dé lugar a el empoderamiento del usuario y del Médico Familiar en la adherencia terapéutica en la hipertensión arterial?, utilizando instrumentos de fácil aplicación que proporcionen datos sobre las posibles causas, sus redes de

apoyo y así contribuir con la continuidad del tratamiento a largo plazo, mejores controles de presión arterial, evitar consecuencias negativas y progresión de la enfermedad.

CAPÍTULO II

2.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

2.1.1. Definición.

La presión arterial corresponde a la tensión en la pared que genera la sangre en el interior de las arterias, en la cual influyen dos factores: el débito cardíaco y la resistencia periférica total; el primero depende de la contractibilidad miocárdica y del volumen circulante intra-torácico, a su vez, la resistencia periférica tiene relación con el tono del árbol arterial y las características estructurales de la pared arterial (Tagle, 2018, p.13). En la guía Europea de práctica clínica se define a la hipertensión como los valores de PAS > 140 mm Hg y valores de PAD > 90 mm Hg (Guías ESC/ESH, 2018).

2.1.2. Clasificación de la HTA guía ESC/ESH 2018.

Categoría	Sistólica		Diastólica
Óptima	<120	y	< 80
Normal	120 – 129	y / o	80 – 84
Normal – alta	130 – 139	y / o	85 – 89
Grado 1 hipertensión	140 – 159	y / o	90 – 99
Grado 2 hipertensión	160 – 179	y / o	100 -109
Grado 3 hipertensión	=> 180	y / o	=> 110
Hipertensión arterial sistólica aislada	=> 140	y / o	< 90

2.1.3. Fisiopatología de la presión arterial.

En la HTA se ha identificado varios mecanismos en su génesis:

Disfunción endotelial (DE) con ruptura del equilibrio entre factores vasodilatadores (óxido nítrico) y vasoconstrictores (endotelinas); el Sistema Renina Angiotensina Aldosterona (SRAA), un sistema complejo, compuesto de proteínas y 4 angiotensinas: I, II, III y IV (Dueñas, 2019, p.14)

Hay por lo menos 4 receptores de la AII, los cuales tienen características propias: AT1, AT2, AT3 y AT4. En cuadros 2 y 3 se puntualizan los diversos efectos de la AII mediados por los receptores AT1 y AT2. Se han descrito dos enzimas convertidoras de angiotensina (ECA): la ECA1, que es la enzima fisiológica clásica y la ECA2 que es la enzima que lleva a la formación de la A1-7, deprimida en algunos pacientes con HTA. El remodelamiento vascular estimulado por el SRAA, es diferente en las arterias grandes y en las pequeñas. En el primer caso, se trata de una remodelación hipertrófica; en el segundo, de una remodelación eutrófica. (Wagner-Grau, 2010, p.227).

Cuadro # 2 Efectos de la angiotensina II mediados por el receptor AT1
Vasoconstricción arterial y venosa, Retención de Na (por la aldosterona)
Hipertrofia de células vasculares y cardiacas.
Fibrosis vascular y cardiaca (acción sobre el colágeno)
Hiperplasia de fibroblastos, Citotoxicidad sobre el miocardio
Aumento de endotelina (ET1)
Aumento de vasopresina / ADH Facilitación simpato-adrenérgica
Formación de RROs (superóxido), Aumento de PAI – 1
Expresión genética alterada

Cuadro # 3Efectos de la angiotensina II mediados por el receptor AT2.

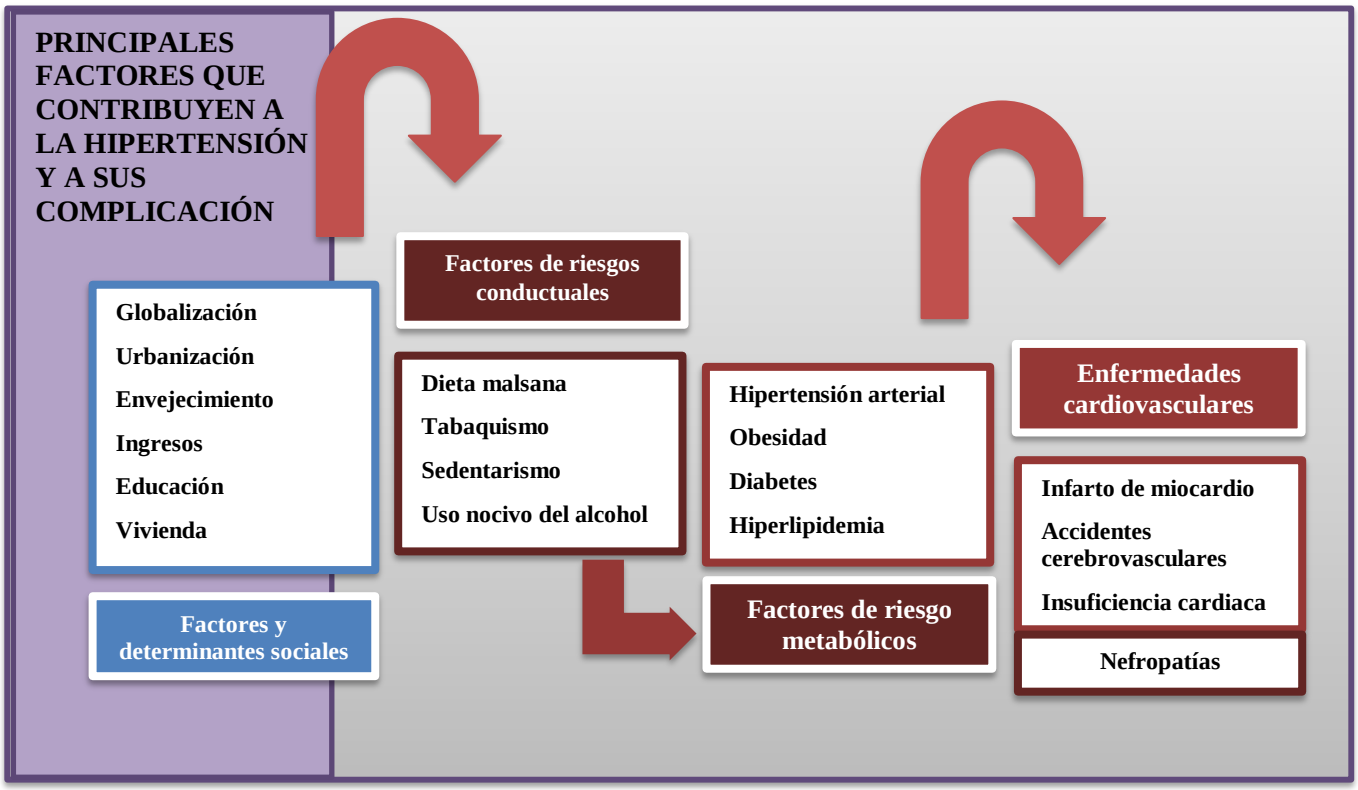
Antiproliferación, Inhibición del crecimiento celular
Diferenciación celular, Reparación tisular
Apoptosis, Vasodilatación
Desarrollo del riñón y tracto urinario (acción sobre tejidos fetales)

2.1.4. Factores de riesgo de la hipertensión arterial.

Algunos factores asociados con el comportamiento pueden contribuir a la hipertensión, como los descritos en el cuadro 4.

- Consumir alimentos con alto contenido de sal y grasa.
- Disminución de las porciones de frutas y hortalizas.
- Excederse en el consumo del alcohol.
- Sedentarismo.
- Estrés.

Es decir que el entorno, el trabajo y las condiciones sociales de las personas influyen en estos factores de riesgo conductuales. (WHO, 2013).



Cuadro # 4 factores de riesgo HTA

2.1.5. Manifestaciones clínicas.

Se ha generado la idea de que siempre hay sintomatología, pero en realidad la mayoría no los tiene. (WHO, 2013).

- HTA esencial no complicada: sin afectación de órganos diana, suele ser asintomática con un diagnóstico casual, el síntoma más constante es la cefalea, el cual, mayoritariamente está presente en quienes conocen el diagnóstico, que, en aquellos con igual nivel de PA pero no saben que tienen hipertensión. Suele ser fronto-occipital.
- Hipertensión arterial grave: la cefalea occipital es más constante y uno de los primeros síntomas que alerta al paciente.
- Otros síntomas: zumbidos de oídos, epístaxis y mareos, que son menos frecuentes en relación a sujetos normotensos. (Castells, 2015)

2.1.6. Diagnóstico de la hipertensión arterial.

2.1.6.1. Tamizaje de la hipertensión arterial.

Se recomienda tamizaje de la presión arterial en adultos desde los 18 años, la cual debe ser realizada de la siguiente manera:

- Adultos con presión arterial normal reevaluar su presión arterial cada año.
- Adultos con factores de riesgo o con presión arterial sistólica previas (120 a 129 mm Hg) semestralmente. (Dueñas, 2019)

2.1.6.2. Monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA)

El MAPA es un método de evaluación no invasiva de presión arterial durante 24 horas (Sandoya, 2013). Es una metodología excelente y su desventaja reside en su costo, pero sus ventajas están relacionadas con el registro de la variabilidad de la PA, detectar HTA de bata blanca y la HTA enmascarada, determina la PA durante nocturna y durante el trabajo, acorta el tiempo del diagnóstico de esta patología. (Tagle, 2018). Está recomendada en las siguientes situaciones clínicas:

- Excluir HTA de bata blanca.
- Diagnóstico de HTA episódica y nocturna.
- Determinar resistencia a la terapia farmacológica y tratamiento en pacientes ancianos frágiles.
- Asegurar eficacia de tratamiento durante las 24 hrs.
- Manejo de la HTA durante el embarazo.
- Evaluación de hipotensión.

2.1.6.3. Automedición de la PA domiciliaria.

El uso de la automedición de la PA en el hogar es aceptado y valorado a nivel mundial. Los autocontroles de la PA domiciliaria tienen las siguientes ventajas:

- Distinguir HTA permanente de la HTA de bata blanca.
- Permiten conocer la respuesta al tratamiento antihipertensivo.
- Mejoran la adherencia farmacológica del paciente.
- Disminuye el número de medicamentos antihipertensivos y mejora el control de la HTA. (Tagle, 2018)

2.1.6.4. Criterios diagnósticos.

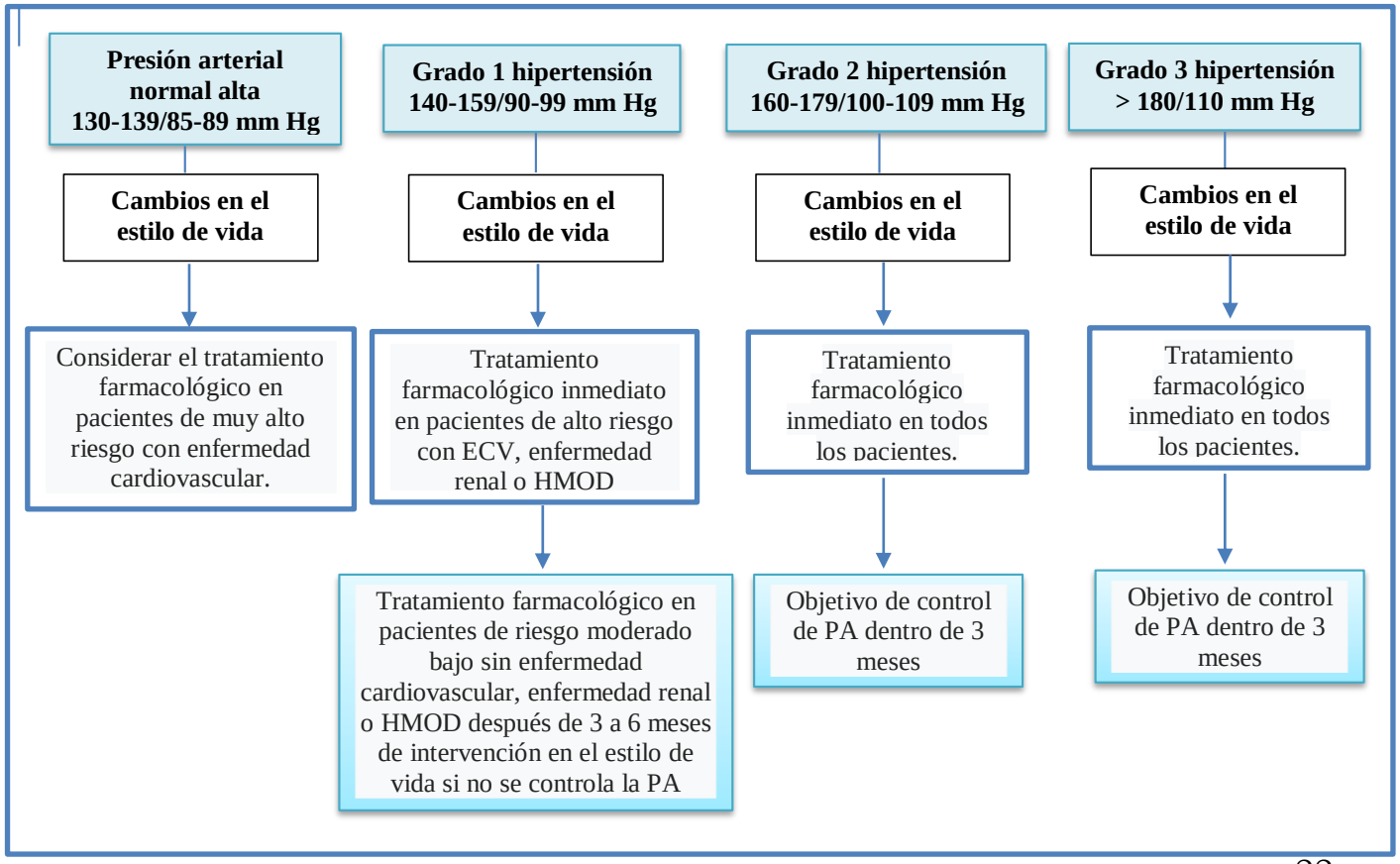
El diagnostico de HTA se da cuando el valor de TAS es ≥ a 140mmHg y/o TAD ≥ a 90mmHg, las cuales deben ser realizadas repetidamente en la consulta o una sola toma cuando el estadio de la HTA sea grado 3.

Las mediciones repetidas de la TA se realizan de la siguiente manera:

- Pacientes con HTA grado 2 o más, necesitan una menor cantidad de visitas e intervalos de tiempo más cortos entre las visitas (días o semanas).
- Pacientes con HTA grado 1, estas mediciones repetidas pueden extenderse durante algunos meses, especialmente si tiene riesgo bajo y no hay daño de órgano blanco. (Dueñas, 2019)

2.1.7. *Tratamiento de la hipertensión arterial.*

Dentro de las indicaciones para iniciar el tratamiento en pacientes con hipertensión arterial podemos observarlo en el cuadro 5.



Cuadro 5 Tratamiento de HTA.

2.1.7.1. Estrategias para dosificar anti-hipertensivos.

- ESTRATEGIA A.- Inicie con tiazida, BCC, IECA, o, ARA y si no alcanzó la meta con el medicamento inicial incremente la dosis hasta el máximo o hasta alcanzar la meta. Si la meta no se alcanza, agregue una segunda droga de una clase distinta a la inicial (tiazida, BCC, IECA, ARA) y aumente la dosis hasta alcanzar la meta; si ésta no se alcanza con 2 drogas, aumente una tercera de la lista y titule la dosis, evitando la combinación IECA y ARA.
- ESTRATEGIA B.- Inicie con una droga e incremente una segunda antes de alcanzar la dosis máxima de la primera. Luego titule ambas dosis hasta alcanzar la meta. Si la meta no se alcanza con 2 drogas, seleccione una tercera droga distinta (tiazida, BCC, IECA o ARA), evitando la combinación IECA y ARA. Titule la tercera droga hasta alcanzar la meta.
- ESTRATEGIA C.- Inicie la terapia con 2 drogas simultáneamente, ya sea separadas o combinadas en una tableta. Algunos recomiendan iniciar con 2 drogas cuando PAS > 160 mm Hg y/o PAD > 100 mm Hg Si la meta no se alcanza con 2 drogas, seleccione una tercera droga distinta (tiazida, BCC, IECA o ARA), evitando la combinación IECA y ARA Titule la tercera droga hasta alcanzar la meta (James, 2014)

2.1.7.2. Tratamiento no farmacológico.

Modificar los cambios en el estilo de vida de las personas puede crear un efecto de prevención o retraso de la aparición de la hipertensión y pueden reducir el riesgo cardiovascular, estos cambios pueden ser suficientes para retrasar o prevenir la necesidad de terapia con fármacos

en pacientes con grado 1 hipertensión. Nunca se debe evitar iniciar el tratamiento farmacológico en aquellos pacientes con LOMH o en un alto nivel de riesgo CV (Piepoli, 2016). Una de las dificultades con alto grado de importancia en la modificación del estilo de vida es la escasa persistencia en el tiempo; estas medidas que se recomiendan y han demostrado reducir PA son: restricción de sal, moderación del consumo de alcohol, tener una ingesta aumentada de verduras y frutas, reducir el peso corporal manteniéndolo dentro de parámetros ideales, y actividad física regular (Williams, 2018).

Restricción dietética de sodio.- la evidencia identifica una relación entre la ingesta de sodio y PA; este incremento desmedido del sodio (> 5 g de sodio por día, por ejemplo, una pequeña cucharadita de sal por día) se ha demostrado que tienen un efecto sobre la presión y se asocia con un aumento de la PAS con la edad (Williams, 2018). Por otro lado, la disminución de sodio tiene un efecto hipotensor en muchos ensayos. En un meta-análisis se demostró que una reducción de 1,75 g sodio por día (4,4 g sal / día) provocaba un descenso de 4,2/2,1 mm Hg en la PAS/PAD, con un efecto más pronunciado (-5,4 / -2,8 mm de Hg) en personas con hipertensión (He, 2013)

El efecto que tiene sobre la PA una ingesta disminuida en sodio tiende a reducir con el tiempo, debido a la mala persistencia dietética. Este efecto antihipertensivo por restricción de sodio es mayor en personas de raza negra, edad avanzada, y aquellos individuos con diabetes, síndrome metabólico, o CKD. Si el paciente se encuentra en tratamiento para la hipertensión, esta restricción induce a reducir el número de dosis de fármacos antihipertensivos (Suckling, 2016).

Moderación del consumo de alcohol.- El consumo excesivo de alcohol puede tener un fuerte efecto presor. La prevención y tratamiento de Estudio de Hipertensión (CAMINOS) investigaron

los efectos de reducción de alcohol en PA; el grupo de intervención tuvo un modesto 1.2/0,7 mm Hg PA más baja que el grupo de control al final del período de 6 meses. (Williams, 2018, p.3055). Un meta-análisis de la aleatorización mendeliana de 56 estudios epidemiológicos sugiere que una disminución en la ingesta de alcohol, incluidos aquellos bebedores que son moderados, podría ser beneficioso para la salud (Holmes, 2014). A los hombres con hipertensión que beben alcohol se les debe indicar que limiten su consumo a 14 unidades por semana y mujeres a 8 unidades por semana (1 unidad es igual a 125 ml de vino o de cerveza de 250 ml), que tengan días libres de alcohol durante la semana y eviten todo exceso del mismo (Williams, 2018).

Ingesta de fibra.- Una ingesta adecuada parece participar en el control de la PA (Tabla I). En un metaanálisis de estudios randomizados y controlados con placebo se constató que la suplementación con fibra (con una dosis media de 11,5 g/día) se asoció con una reducción en la PAS de -1,13 mmHg (95% IC: -2,49 a 0,23) y con una reducción en la PAD de -1,26 mmHg (-2,04 a -0,48). Las reducciones en la PA fueron mayores en individuos de más de 40 años y en hipertensos, en comparación con jóvenes y normotensos. En general, incrementar la ingesta de fibra en poblaciones occidentales, donde la ingesta suele ser inferior a la aconsejada, puede contribuir a la prevención de la hipertensión (17). (Rosa, 2016)

Actividad Física.- Los proveedores de salud deben hacer una evaluación sobre la actividad física que se realiza y los sujetos asesorados sobre los tipos apropiados de actividades y recibir ayuda para establecer objetivos personales para lograr y mantener los beneficios, y por eso se les debe incentivar a que encuentren una actividad que disfruten o que puedan incluir en sus rutinas diarias, ya que es más probable que dichas actividades sean sostenibles, debido a esto, el vínculo entre la atención primaria y las estructuras comunitarias locales para la actividad, la recreación y

el deporte es crucial. La Actividad aeróbica física es la modalidad más estudiada y recomendada, tiene un efecto beneficioso de dosis-respuesta en el pronóstico, consiste en movimientos de gran masa muscular de forma rítmica durante un período sostenido e incluye actividades diarias como: ciclismo o caminata, trabajo pesado en el hogar, jardinería, actividad ocupacional, caminar a paso ligero, trotar o correr, ciclismo, esquí de fondo, aeróbicos Bailar, patinar, remar o nadar. Se recomienda el ejercicio aeróbico moderado o vigoroso.

Recomendaciones: 30 min al día por 5 días a la semana de actividad física de intensidad moderada (150 min/semana), o 15 min por día los 5 días de la semana de actividad con una intensidad vigorosa (75 min/semana), o una combinación de ambos, realizada en sesiones con una duración de al menos 10 min (Piepoli, 2016).

2.2. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Los tratamientos en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles suelen tener problemas importantes en la práctica clínica, en relación al cumplimiento del mismo. Se considera un 20 al 50 % de incumplimiento, siendo estas tasas diferentes según la patología. Por lo tanto, la OMS considera que esta falta de adherencia terapéutica tiene una prioridad en la salud pública de la población por las consecuencias que pueda causar, así como por el aumento del coste sanitario que esta situación provoca (Ventura, 2019). Según la OMS la adherencia se define como "el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta, o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario" (Marquez, 2015, p.84)

Las intervenciones realizadas para aumentar los niveles de cumplimiento de los pacientes con hipertensión son incontables, sin buenos resultados. Se realizó un estudio cuasi-experimental en España, donde los participantes fueron divididos en tres grupos: el grupo de intervención A recibió una instrucción educativa, el grupo B recibió la instrucción educativa y un procedimiento de feedback, y, el grupo control C el tratamiento habitual de los centros de salud; la adherencia se estipuló en función del estilo de vida (patrones de alimentación, actividad física, tabaco, alcohol) y el tratamiento farmacológico; los resultados que se obtuvieron fueron: mejores niveles de adherencia en los individuos del grupo B quienes fueron los que recibieron la instrucción educativa y feedback en comparación con aquellos que solo recibieron la instrucción o el tratamiento habitual (Marquez, 2015).

En un estudio realizado en una unidad de medicina familiar en México se valoró el cumplimiento de la medicación en una población de 348 pacientes con HTA, determinándose según la escala Morisky-Green-Levine que el 52.01% (n=181) contaba con adecuada adherencia terapéutica y 47.99% (n=167) no tenía adherencia terapéutica, concluyendo, que cerca del 50% de la población con hipertensión no tenía un apego adecuado al tratamiento, siendo alarmante ya que habría una relación con discapacidad o muerte prematura ocasionada por complicaciones y comorbilidades de la enfermedad (Luna, 2017).

Las causas y factores relacionadas con la inadecuada adherencia son numerosos, entre los que se encuentran: olvidos en la toma de medicación, desmotivación para continuar el tratamiento en enfermedades crónicas asintomáticas, los efectos adversos de la medicación, la falta de información sobre su enfermedad, el tratamiento y las consecuencias del abandono (Sanchis, 2012).

Ante lo expuesto, se considera que es un fenómeno múltiple y complejo que afecta el tratamiento, y para llegar a las metas adecuadas se requiere de un trabajo multidisciplinar con actividades dirigidas a mejorar el cumplimiento terapéutico del paciente. La OMS difunde 5 factores para realizar un enfoque multidimensional, también son denominados como "dimensiones", se indica que los pacientes no son responsables exclusivos del cumplimento de su tratamiento, sino que hay otros factores que también afectan este comportamiento y la capacidad para poder adherirse correctamente a la terapéutica. Estas cinco dimensiones son:

- factores socioeconómicos.
- Los relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria.
- Los relacionados con la enfermedad.
- Los factores relacionados con el tratamiento; y,
- los relacionados con el paciente.

La motivación para conseguir esta adhesión está dada por el valor que el individuo le da al régimen terapéutico y por el grado de confianza que adquiere para lograrlo. Todo esto debe ser abordado para obtener mejores resultados en aquellos pacientes con enfermedades crónicas no trasmisibles. Podemos encontrar que la falta de adherencia sea de manera no intencionada, pero también se puede dar de forma voluntaria por ciertos motivos como es temer a las reacciones adversas, una sensación de mejoría sin haber aun acabado el tratamiento o la creencia de que éste no es necesario. En este contexto, si la no adherencia, es producida por una falta intencionada o no, para poder ser abordados, se necesitan la identificación de los factores que influyen en su incumplimiento; al conocer estos factores se podrían elaborar estrategias individualizadas para evitarlo y prevenir las consecuencias que se derivan de ellas (Ventura, 2019).

En Perú se realizó una revisión bibliográfica no sistemática, se analizaron tres áreas temáticas: autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control; los resultados sugieren que el nivel de autoconocimiento de la HTA es deficiente, aunque ha mejorado en los últimos años, siendo mejor en las poblaciones urbanas, la adherencia y el control de la HTA es insuficiente y por debajo de otros países latinoamericanos. El autoconocimiento de la HTA es una tarea pendiente en nuestra población. En estudios realizados se obtuvo que es menor al 50%, valores menores que los reportados en otras ciudades de Latinoamérica. (Herrera, 2017)

Actualmente, a pesar de que se hayan realizado numerosos estudios para mejorar la adherencia, no hay evidencia necesaria para una recomendación ideal de una intervención que sea adecuada para todos los pacientes, ya que estas investigaciones tienen importantes limitaciones metodológicas, hay una baja capacidad estadística para diferenciar entre las ramas control e intervención, hay muestras pequeñas y se realizan en periodos de tiempo cortos (Ventura, 2019).

2.3. APOYO SOCIAL A LOS PACIENTES CON HTA.

Las posibles explicaciones que se le atribuyen a la relación positiva entre el apoyo familiar y control de la PA son varias.

- Un menor apoyo disminuye la adquisición de hábitos saludables.
- Una buena red de apoyo reduce la respuesta cardiovascular en una situación de estrés.
- Se ha informado que los que tienen apoyo de amigos o miembros de la familia tienen un mejor cumplimiento del tratamiento en relación a los que no lo tienen (Oluwaseun, 2018).

No cabe duda que el apoyo familiar es un factor de gran importancia para conservar y fomentar la salud, donde el éxito del tratamiento radica en la adherencia terapéutica, destacando que ni el

nivel académico, económico y la edad actúan como limitantes para ello. Pero, es alarmante que un porcentaje considerable de pacientes con hipertensión sólo se adhiere al cumplimiento de fármacos y dieta, pasando por alto el tabaquismo, alcoholismo y actividad física que son también importantes, lo que reafirma que los profesionales que trabajan en la salud tienen como labor impostergable realizar promoción de estilos de vida saludable y concientizar a las personas acerca de las complicaciones derivadas de las enfermedades crónicas no transmisibles (Olvera, 2009).

El apoyo social corresponde se asocia a beneficios en la salud en distintos niveles. Su constructo se compone de cuatro dimensiones

- Apoyo instrumental: ayuda tangible y servicios,
- Apoyo informativo: consejo o sugerencias útiles para resolver problemas.
- Apoyo valorativo: entrega de información a otro que es útil para autoevaluación.
- Apoyo emocional: expresión de empatía, amor, confianza y preocupación.

Todo esto puede ser dotado por un personal de salud o por algún familiar o amigo, y quien lo recibe tiene una mayor relación positiva con efectos en su salud. Es decir, no solo es entregar el apoyo a una persona, sino que debe ser experimentado como valioso y necesario por quien es el destinatario para que se relacione con un efecto positivo. Las condiciones de salud más beneficiadas son las crónicas como: consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, problemas de salud mental, enfermedades cardiovasculares, entre muchas otras. Asimismo, hay buenos resultados en personas adultas mayores con problemas de funcionalidad y morbilidad en múltiples áreas. Estos mecanismos por los cual actúa el apoyo social seria por efectos moduladores en la vía relacionada al estrés psicológico y fisiológico, así como en la modificación de conductas negativas para la salud. (Poblete, 2018)

Hay una función importante de las relaciones sociales y haciendo énfasis en la ayuda o intercambio de asistencia que se da a través de las transacciones interpersonales; nutre al individuo desde el área más cercana, que es la familia, aunque también hay fuentes de apoyo externo, como los amigos, la comunidad. Todos los procesos psicosociales van a influir en el proceso salud-enfermedad de las personas y forman parte de los condicionantes estructurales de la sociedad. Las vías pueden ser:

- conductas en salud: tabaquismo, alcohol, dieta, ejercicio.
- psicológicas: autoeficacia, autoestima, depresión, bienestar.
- Fisiológicas: eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenales, funcionamiento del sistema inmune y reactividad cardiovascular.

Existe evidencia suficiente para establecer vínculos entre el apoyo social y las redes sociales con efectos en salud cardiovascular. La DM2 y la HTA constituyen enormes problemas de salud pública a nivel mundial ya que son causas principales de morbimortalidad cardiovascular y uso de recursos en salud. La estrategia tradicional para enfrentarlas ha sido la prevención secundaria mediante la focalización en población adulta con riesgo cardiovascular elevado. Pero está cada vez más claro que aun existiendo intervenciones eficaces, son subutilizadas, por lo que es importante considerar los problemas de acceso al cuidado de la salud, su continuidad y adherencia terapéutica, aspectos en los que el fortalecimiento de las redes y el apoyo social resultan fundamentales (Poblete, 2015).

2.4. REPRESENTACIONES SOCIALES EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Las representaciones sociales en la hipertensión arterial son una asociación entre la familia y la sociedad e incluye esa exploración de las creencias, las tradiciones y cultura para la adopción de medidas que contribuyan al beneficio del individuo; quienes, conocen la realidad que les rodea por medio de explicaciones que obtienen de los procesos de comunicación y del pensamiento social; por lo cual, estas representaciones sociales condensan dichas explicaciones y hacen referencia a un tipo específico de conocimiento que tiene un papel importante sobre cómo la gente piensa y organiza su vida cotidiana: el conocimiento del sentido común; y, este sentido común es una forma de percibir, razonar y actuar. Serge Moscovici en 1961 expreso que estas representaciones son un tipo de modo particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos (Gonzales, 2018).

Posteriormente el sociólogo Emile Durk readecúa este concepto, y se afirma que las representaciones sociales son un conjunto de conceptos, definiciones originados a diario; se necesita un fenómeno social del cual se parte para la construcción de las diversas representaciones individuales, que son variables y efímeras, que van de la mano con todas las influencias externas e internas que afectan a una persona; incluyen: mitos, religiones y arte, entre otras. Tienen un papel principal en la dinámica social, porque incluye cuatro funciones fundamentales:

- Funciones de saber: permite entender y explicar la realidad, facilitar la comunicación social, así poder adquirir conocimientos e integrarlos en un marco que permitan comprenderlo.
- Funciones identitarias: elabora una identidad personal y social que sea compatible con las normas y valores que tiene determinados una sociedad.
- Funciones de orientación: conduce los comportamientos y las prácticas; en este proceso intervienen el tipo de relaciones pertinentes para el sujeto, selecciona la información, interpreta la realidad y define el comportamiento o prácticas obligadas.

- Funciones justificadoras: permite justificar las posturas, y acciones asumidas por los individuos.

Sobre la hipertensión arterial, reconocer estas funciones ayudarán a entender porque las personas siguen o no los tratamientos y recomendaciones indicadas para su control. Por ende estas representaciones sociales van a influir en el accionar individual y social; y en especial tiene un mayor énfasis la función justificadora porque permite a aquellos que tienen hipertensión arterial tener excusas a sus acciones que van en contra de las recomendaciones que proveen el personal de salud, como: no tomar los fármacos, fumar, beber licor en exceso, y sobre todo la alimentación. Viéndolo de una perspectiva general, esta información es significativa para acercarnos a la representación social y su proceso de construcción (Gonzales, 2018).

La hipertensión arterial presenta una serie de variables y patrones sociales derivativos, dependiendo de los contextos poblacionales. En un estudio antropológico pionero realizado hace décadas por Scotch se evidencian las diferencias que pueden existir en personas que viven en áreas rurales y otras en espacios urbanos, diagnosticadas de hipertensión arterial. Destaca, por ejemplo, que las personas con mayor grado de hipertensión arterial fueron aquellas que migraron a las ciudades, que todavía mantenían su modo de vida de origen rural y que les resultaba difícil adaptarse a la vida urbana (Scotch 1960).

Para seguir con el matiz, otro estudio actual (Mazzeo 2013) nos revela la relación entre migración y cambios de hábitos saludables en personas de Haití que se desplazaron a las Bahamas. Aquí, las variables de dieta, estrés y pobreza figuran como los factores predominantes en causar presión arterial elevada. Este estudio revela que el proceso de adaptación a ambientes foráneos

diferentes termina por generar estrés y los mecanismos culturales correspondientes para lidiar con esto. Vale decir entonces, que la adaptación cultural es parte de la vida humana frente a los cambios socioculturales. Sin duda, los grupos culturales comparten representaciones sociales en torno a sus enfermedades comunes, en dónde el análisis de las estructuras semánticas para la comprensión y aplicación de modelos causales resulta primordial (García del Alba et al 2012).

CAPÍTULO III

3.1. JUSTIFICACION:

La hipertensión arterial es una enfermedad muy frecuente y el principal factor de mortalidad a nivel mundial; según la OMS su prevalencia en mayores de 18 años en la región de la Américas corresponde al 20.8% en hombres y 15.6% en mujeres; y en Ecuador el 19.9% de hombres y el 15.5% en mujeres, según las estadísticas del centro de Salud tipo C "Andrés de Vera" del cantón Portoviejo de la provincia de Manabí desde enero a diciembre del 2018, se han registrado 3543 atenciones a pacientes con hipertensión arterial, de los cuales 1454 son atendidos por primera vez.

Siendo esta enfermedad una crisis no normativa genera un cambio que no es de fácil adaptación y con ello el querer implementar cambios de estilos de vida en una comunidad que ya tiene instaurada sus hábitos, su forma de vida, provoca un choque que induce a una mala adherencia no farmacológica, por lo cual para modificar el comportamiento del individuo se requiere de redes de apoyo, un entorno familiar adecuado que cumple un rol de influencia negativo o positivo para la aceptación farmacológica y no farmacológica del problema de salud.

Dentro de la población de estudio no se encuentran estudios que indiquen los determinantes sociales que influyen sobre una adherencia no farmacológica en pacientes con hipertensión arterial.

Por lo cual se ha generado esta problemática para investigar ¿cómo influye el apoyo familiar y la educación que brinda el personal de salud en la adherencia no farmacológica de las personas que padecen de hipertensión arterial?, y así generar soluciones y ayudar a los usuarios del Centro de Salud tipo C Andrés de Vera a llevar un mejor cumplimiento terapéutico, control de la presión arterial y reducir las complicaciones y su impacto en la parte económica de la población y el estado.

3.2. PROBLEMA Y OBJETIVOS

3.2.1. Problema de investigación.

La hipertensión arterial es un problema de salud pública a nivel mundial, que aumenta día a día, lo cual se basa en la baja adhesión que tienen al tratamiento, la OMS reporta: que la mitad de los pacientes tratados por hipertensión abandona por completo la atención a partir del primer año del diagnóstico, mientras que "el incumplimiento alcanzaría el 45% y cuando los tratamientos generan cambios en los hábitos de vida e invaden diversas áreas (laboral, social, familiar), los porcentajes de no adherencia aumentan significativamente" (Ortíz, 2007).

Hay una relación directa entre el cumplimiento terapéutico y el efecto del mismo, ya que al no haberlo pues conlleva a que aumenten las enfermedades asociadas con la hipertensión arterial, cuyas complicaciones son la perdida de funcionalidad, incapacidad e incluso conducir a la muerte; la relevancia de esto radica en el impacto económico y social, así como para los sistemas de salud, ya que se trata de una entidad no curable, con secuelas que en su mayoría serán incapacitantes con un alto grado de mortalidad por complicaciones.

De manera que la adherencia terapéutica es un tema fundamental para la salud de la población y la propia estabilidad familiar desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía; debido a este problema el planteamiento y pregunta para desarrollar el tema de tesis es:

¿Cómo influye la educación que brinda el médico familiar y el apoyo de la familia en la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión arterial, considerando sus representaciones sociales propias sobre la enfermedad y su cuidado, atendidos en el centro de salud tipo C 24 horas Andrés de Vera?

3.2.2. Objetivo general.

Caracterizar la influencia de la educación que brinda el médico familiar y el apoyo de la familia en la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión arterial en el centro de salud tipo C "Andrés de Vera", partiendo de la base de las representaciones sociales que tienen sobre la enfermedad y su cuidado.

3.2.3. Objetivos específicos.

- Determinar la prevalencia de la adherencia al tratamiento no farmacológico.
- Establecer las características de la educación brindada por el personal de salud a través de la relación médico-paciente directa.
- Determinar los niveles de apoyo que el paciente recibe por parte de su familia en la adherencia al tratamiento no farmacológico.
- Caracterizar las representaciones sociales que tienen los pacientes y el personal de salud sobre la enfermedad, la adherencia al tratamiento y demás cuidados, cenytrando la atención en la Hipertensión arterial.

3.3. HIPÓTESIS OPERATIVA

La educación del médico familiar potenciada con el apoyo de la familia favorece la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión arterial que se atienden en el centro de salud tipo C “Andrés de Vera”.

3.4. METODOLOGÍA

Este estudio dispone de un enfoque cuantitativo y cualitativo de naturaleza convergente. La parte cuantitativa tiene como propósito identificar las dimensiones de la situación y la parte cualitativa describir e interpretar las representaciones sociales de las personas y el personal de salud que las atienden, sobre la hipertensión arterial, en el centro de salud tipo C “Andrés de Vera”.

El universo de estudio son: pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud “Andrés de Vera”, y, los profesionales directamente involucrados en la atención de personas con hipertensión arterial.

Criterios de inclusión.- para el área cualitativa (entrevistas) y la cuantitativa (encuesta) son:

Para las personas con hipertensión arterial.-

- Edad entre 35 a 70 años
- Tener diagnóstico de hipertensión arterial como mínimo hace 3 meses de haber iniciado el estudio y continuar o haber tenido algún tratamiento para su problema de salud.
- No tener limitación cognitiva o discapacidad para contestar las preguntas de los instrumentos.
- Que haya aprobado la participación del estudio y firme el consentimiento informado.

Para el personal de salud: tener más de un año laborando en la institución de salud atendiendo usuarios con hipertensión arterial, aprobar la participación en el estudio y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Para pacientes: estar fuera del rango del grupo de edad antes mencionado y el tiempo mínimo indicado con el problema de salud, no estar en condiciones cognitivas para satisfacer las preguntas de los instrumentos de la investigación y no aceptar participar en el estudio.

Personal de salud.- no se incluyen quienes señalen su deseo de no participar en el estudio.

En la investigación cualitativa: La técnica utilizada es la entrevista para registrar directamente los datos obtenidos de cada participante; la entrevista semi-estructurada se trata de preguntas que se orientan hacia la percepción que tienen los pacientes y el personal de salud sobre la hipertensión arterial y su tratamiento; y así, objetivar esta relación entre determinantes sociales, enfermedad y adherencia terapéutica. (Morga, 2012). El análisis será realizado e interpretado según el Modelo de Daniel Prieto Castillo.

Análisis narrativo.- se obtendrán ideas núcleos con el edwordle y posteriormente se analizará el discurso según el modo de predica y el grado de referencialidad.

- Ideas núcleos.- corresponde al tema de un discurso.
- Modo de predicación.- constituye al sujeto en cuestión y puede ser de estado o de acción.
- Grado de referencialidad.- se refiere al uso referencial del lenguaje, el cual puede ser alta (nos aproxima a las características que el sujeto tiene fuera del discurso); baja (nos indica pocas características); y, distorsionado (nos indica información diferente a los solicitado)

Análisis ideológico.- Consiste en el modelo de vida propuesto como válido

- Uniacentualidad.- redundancias, enfatización del discurso.
- Consignas de interpretación.- el narrador indica que interpretar.
- Apelación a experiencias decisivas.- algún suceso que le ocurrio al sujeto, experiencia vivida.
- Visión polarizada de la realidad.- mensaje sin matices, sin gradación de claro-oscuro.

Componente cuantitativo.- Se evaluó el manejo de la patología crónica: alimentación, la participación de la familia y la educación que brinda el médico con la adherencia no farmacológica. Utilizamos la encuesta. Para evaluar la perspectiva de los usuarios sobre la atención médica que brindan los profesionales de salud, se utilizará el Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P) de Mingote Adán; consta de 13 ítems; se evalúa si están de acuerdo con la atención del médico o no están de acuerdo.

El Cuestionario de adherencia al tratamiento para casos de Hipertensión arterial (CAT-HTA), se utilizará con una modificación actual e incluye alimentación, ejercicio físico, fumar, con una adaptación a nuestro entorno, se evalúa si son adherentes o no son adherentes. Para el apoyo familiar se utiliza el Cuestionario de MOS de apoyo social adaptado al español, nos aporta información sobre diferentes esferas del apoyo que se puede brindar a un paciente, como son: apoyo emocional, material, relaciones sociales de ocio y distracción, apoyo afectivo y sobre todo un índice de apoyo global social; cuya medición se hará por medio de la escala de Likert dando una puntación de < de 57 para el que tiene escaso apoyo familiar.

3.4.1.1. Muestra:

En el CS Andrés de Vera se atendieron 1100 usuarios de los cuales participarán 215 pacientes, como resultado del siguiente cálculo:

$$n = (1.96)^2 \frac{0.15*(1-0.15)}{(0.05)^2}$$

n = 3,84 * 50.8

n = 195 + 10 % de seguridad

n = 215

3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	Definición	Tipo de variable	Escala	Indicador	Fuente
VARIABLES DEMOGRÁFICAS					
Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	Cuantitativa continua	1. Años cumplidos	Medidas de tendencia central y dispersión. Box plot	Ficha de identificación
Sexo	Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo.	Cualitativa nominal	1. Mujer 2. Hombre	Porcentaje	Ficha de identificación
Lugar de Residencia	Acción y efecto de residir, estar establecido en un lugar.	Cualitativa nominal	1. Urbana 2. Rural	Porcentaje	Ficha de identificación
Instrucción	Caudal de conocimientos adquiridos, nivel educativo.	Cualitativa ordinal	1. Ninguno 2. Centro de alfabetización 3. Primaria 4. Secundaria 5. Superior 6. Postgrado	Porcentaje	Ficha de identificación
Estado civil	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.	Cualitativa nominal	1. Casado/a 2. Unión libre 3. Separado/ a 4. Divorciado/a 5. Viudo/a 6. Soltero/a	Porcentaje	Ficha de identificación
Ocupación	Acción y efecto de trabajar, ocupación retribuida.	Cualitativa nominal	1. Empleado del estado/privado. 2. Jornalero/a. 3. Desempleado.	Porcentaje	Ficha de identificación

			4. Quehaceres del hogar.		
Tipo de Familia	Estructura organizacional de la familia determinada por los miembros del grupo familiar, la función de cada uno y las relaciones jerárquicas entre los miembros de la familia.	Cualitativa nominal	1. Familia nuclear. 2. Familia extensa. 3. Familia ampliada. 4. Personas solas.	Porcentaje.	Ficha de identificación
VARIABLES DE ESTUDIO					
Actividad física	Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía	Cualitativa nominal	1. Si 2. No	Porcentaje.	Ficha de identificación
Adherencia al tratamiento	El grado en que el comportamiento de una persona se corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria como: tomar medicamentos y ejecutar cambios del modo de vida.	Cualitativa nominal	1. Si. 2. No.	Porcentaje.	Ficha de identificación
Dieta baja en sal	Dieta baja en sodio, menos de 2 gramos diarios.	Cualitativa nominal	1. Si 2. No	Porcentaje.	Ficha de identificación
Consumo excesivo de grasas e hidratos de carbono	Caracterizada por aporte energético proveniente (hidratos de carbono más 60% y de los lípidos más del 30%)	Cualitativa nominal	1. Si 2. No	Porcentaje.	Ficha de identificación
Apoyo familiar	Es la forma en que un miembro percibe su entorno familiar organizado, para recibir esta ayuda en situaciones de crisis	Cuantitativa	1. Deficiente apoyo <57 2. Apoyo >57	Porcentaje.	Ficha de identificación
Educación en salud	Información brindada por el personal de salud promoviendo responsabilidad personal**,** incorporando conocimientos, y desarrollar la capacidad crítica para tomar las decisiones que faciliten el cuidado de la propia salud y de los demás	Cualitativa nominal	1. Acuerdo 2. Desacuerdo	Porcentaje.	Ficha de identificación

3.6. ASPECTOS BIOÉTICOS:

Cuando hablamos de derechos de los pacientes, hay que distinguir entre derechos sociales y derechos individuales. Los derechos sociales se disfrutan colectivamente, están relacionados con la gama de servicios disponibles, con la igualdad de acceso a la asistencia sanitaria y con la no discriminación por razones económicas, geográficas, culturales, sociales, etc.

Dependen del grado de desarrollo de la sociedad y por lo tanto influyen en su desarrollo factores económicos, políticos, sociales y culturales. Los derechos individuales, por el contrario, contienen cuestiones relacionadas con la integridad de la persona, con su dignidad, su intimidad o sus convicciones religiosas. Son el resultado de las sucesivas conquistas sociales de los ciudadanos, se disfrutan individualmente y son los que promueven prácticas sanitarias de calidad y humanas.

Confidencialidad: el término significa "lo que se hace o dice en confianza o con seguridad recíproca entre dos o más personas". Así se denomina al derecho del paciente a que todos aquellos que lleguen a conocer datos relacionados con su persona, por su participación directa o indirecta en las funciones propias de las instituciones sanitarias, respeten su intimidad y cumplan con el deber de secreto. La salvaguarda de la confidencialidad es un deber de la institución, responsable de garantizar la protección de los datos frente a un mal uso o acceso injustificado a los mismos.

La mejor estrategia para conseguir un control de la PA es una combinación de medidas no farmacológicas y farmacológicas, y una buena adherencia es fundamental para conseguir este objetivo. La comunicación es imprescindible, el usuario debe saber los riesgos y la necesidad de seguir un régimen terapéutico; solo así, nos aseguraremos de alcanzar correctamente los objetivos, trazados en nuestro trabajo, educar y motivar al paciente y a sus familias.

3.7. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS:

3.7.1. Recursos humanos

- Un director de tesis, el primero y segundo lector.
- Dos estudiantes posgradistas de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Pacientes atendidos y médicos que laboran en el Centro de Salud tipo C "Andrés de Vera".

3.7.2. Presupuesto

MATERIALES	COSTOS
- Internet	50
- Impresión y copias	250
- Transporte y viáticos	500
- Anillados	110
- Materiales de oficina	150
- Fotografías	80
- Material didáctico	280
- Guía educativa	180
- Imprevistos	150
TOTAL	**1750**

3.8. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES 2019

	MESES					
	FEB	MAR	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
Revisión bibliográfica	X					
Planteamiento y delimitación del problema	X					
Marco teórico	X					
Anteproyecto: elaboración y presentación	X					
Revisión y correcciones	X					
Elaboración del proyecto	X					
Aprobación del proyecto	X					
Recolección de datos		X				
Procesamientos de datos			X	X		
Elaboración de conclusiones					X	
Sustentación de la tesis						X

CAPÍTULO IV

4.1. CONTEXTO DEMOGRÁFICO Y SOCIOCULTURAL

Andrés de Vera es la primera parroquia creada en Portoviejo, empieza en cerro de Hojas y termina en el colegio Bruno Sánchez, tiene una extensión territorial de 26 km cuadrados. El idioma es el castellano; la religión católica siguiéndoles los cristianos y en menor número los evangélicos. Existen un sin número de medios de recreación uno de ellos tenemos el Centro Comercial Paseo Shopping, Parque del Mamey y múltiples canchas deportivas en los cuales las personas y familias pueden reunirse y compartir una actividad recreativa o deportiva según los deseos de los mismos.

La mayoría son personas de bajos recursos económicos que subsisten con 15 a 20 dólares diarios aproximadamente; las actividades laborales que desempeñan son: albañiles, comerciantes, artesanos, obreros, empleados domésticos, guardias de seguridad, entre otros, siendo muy pocos los empleados públicos o privados. El nivel educativo en general es instrucción secundaria y la tercera edad son analfabetos, actualmente muchos están en proceso de alfabetización.

4.2. RESULTADOS

Se realizó una investigación de corte transversal para evaluar los factores personales que influyen en la adherencia al tratamiento no farmacológico, con una muestra de 215 pacientes con Hipertensión que acuden al Centro de Salud tipo C 24 horas Andrés de Vera.

4.2.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN.

Debido a que el centro de salud se encuentra en un área urbana, la frecuencia de los pacientes en cuanto a su residencia fue: del 99,07% (n= 213) que pertenecían al área urbana, y solo el 0,93% (n= 2) eran del área rural. El estado civil que más predomino fue casado, con un 43,5% (n= 94),

seguido de unión libre con un 36,5% (n= 79), luego están, viudo, separado, soltero y divorciado, con 7,8% (n= 17); 5,5 (n= 12); 3,8% (n= 8), y 2,8 (n= 5) respectivamente.

Tabla # 1 Cronología de pacientes con HTA atendidos en el CS "Andrés de Vera".

CRONOLOGIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ADULTO MEDIO	31	14,35%
ADULTO MADURO	110	50,93%
ANCIANO JOVEN	74	34,72%
Total	215	100,00%

Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Encuestas 2019.

Las características demográficas de la población de estudio mostró una edad media de 60 años, el mínimo de edad fue 35 y el máximo 70, la moda de 70 años, y una desviación estándar de 8,5. El género predominante fue el femenino con un 59,7% (n= 129), y el masculino con un 40,2% (n= 87), lo cual concuerda con los datos estadísticos del INEC censo 2010 en el que indica que por cada 101 mujeres hay 100 hombres.

Tabla # 2 Instrucción de pacientes con HTA atendidos en el CS "Andrés de Vera".

ESTUDIOS	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNO	32	14,81%
CENTRO DE ALFABETIZACION	8	3,70%
PRIMARIA	102	47,22%
SECUNDARIA	52	24,07%
SUPERIOR	19	8,80%
POSGRADO	3	1,39%
Total	216	100,00%

Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Encuestas 2019.

El analfabetismo en Manabí según el Censo del INEC del 2010 es el 10,2%, lo cual contrasta con nuestro estudio que revela un 14,81% que si es muy semejante a datos obtenidos en 1990 donde alcanzaba el 15,5%.

Tabla # 3 Ocupación laboral de pacientes con HTA atendidos en el CS "Andrés de Vera".

OCUPACION	Frecuencia	Porcentaje
EMPLEADO	43	19,91%
JORNALERO	25	11,57%
DESEMPLEADO	31	14,35%
QQDD	117	54,17%
Total	216	100,00%

Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Encuestas 2019.

Los datos que se encontraron en el censo del INEC 2010 indican el 35,8% de la población es empleado contrasta con los datos obtenidos en nuestro estudio donde el 19,91% de los encuestados son empleados públicos o privados; esto estaría en relación con la pobreza que vive esta parroquia ya que más del 50% realizan actividades en el hogar o son desempleados.

Tabla # 4 Tipología familiar de los pacientes con HTA atendidos en CS "Andrés de Vera".

TIPO DE FAMILIA	Frecuencia	Porcentaje
NUCLEAR	151	69,91%
EXTENSA	58	26,85%
AMPLIADA	3	1,39%
PERSONA SOLA	4	1,85%
Total	216	100,00%

Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Encuestas 2019.

El tipo de familia que predominó en este estudio fue la Nuclear con un 69,9% (n= 151), habiendo un mínimo porcentaje de familias solas con el 1,85% (n= 4).

4.2.2. HABITOS SALUDABLES.

Tabla # 5 Adherencia no farmacológica de los pacientes con HTA, atendidos en el CS "Andrés de Vera".

Actividad Física	NO ADHERENTE	28	13,03%
	ADHERENTE	187	86,97%
Ejercicio Físico	NO ADHERENTE	145	67,44%
	ADHERENTE	70	32,56%
Dieta baja en sal	NO ADHERENTE	18	8,37%
	ADHERENTE	197	91,63%
Consumo de grasas y azucares	ADHERENTE	36	16,74%
	NO ADHERENTE	179	83,25%
Consumo de potasio	NO ADHERENTE	103	47,90%
	ADHERENTE	112	52,10%
Alcohol	NO CONSUME	190	88,37%
	SI CONSUME	25	11,62%
Tabaquismo	NO CONSUME	209	97,20%
	SI CONSUME	6	2,80%

Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Encuestas 2019.

Dentro de los hábitos saludables se determinó que la población no es adherente para realizar ejercicio físico en un 67,44% (n= 145), ni evita el consumo de grasas, azucares y carbohidratos, tiene un porcentaje en un 83,25% (n= 179), lo cual baja los índices de adherencia en esta población

Si realizan una dieta baja en sal en un 91,63% (n= 197), y evitan hábitos nocivos como alcohol en un 88,37% (n= 190), y el cigarrillo en un 97,2% (n= 209).

4.2.3. RELACIÓN MÉDICO PACIENTE.

Tabla # 6 Relación médico - paciente Centro de Salud "Andrés de Vera".

PERCEPCIÓN DE A ATENCIÓN MÉDICA	NO				SI							
	MEDICO FAMILIAR		OTROS		MEDICO FAMILIAR		OTROS		RP	IC95	x^2	P
SUFICIENTE TIEMPO	2	7,41%	25	92,59%	79	42,02%	109	57,98%	0,1104	0,0254 0,4796	12,04	0,00051
MÉDICO ACCESIBLE	2	7,60%	24	92,30%	79	41,80%	110	58,20%	0,116	0,0266 0,5053	11,32	0,00076
MI MÉDICO SE ESFUERZA	0	0,00%	19	100,00%	81	41,30%	115	58,60%	0	0 0,2513	12,59	0,000038
MI MÉDICO ME ENTIENDE	1	5,50%	17	94,40%	80	40,60%	117	59,30%	0,086	0,0112 0,6595	8,63	0,0033
INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD	0	0,00%	18	100,00%	81	41,10%	116	58,80%	0	0 0,26	11,87	0,00056

Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Encuestas 2019.

Dentro de los resultados se obtuvo una buena relación con el médico; reportándose dificultades con los otros médicos en comparación con los médicos familiares:

"Mi médico me dedica suficiente tiempo", con un porcentaje para los otros médicos de 92,5% (n= 25), con un RP de 0,1104 (IC95: 0,0254 – 0,4796; x^2 12,04 y p= 0,00051),

"Encuentro a mi médico accesible" con un 92,3% (n= 24) para los otros médicos, que reportó RP de 0,1160 (IC95: 0,0266 – 0,5053; x^2 11,32 y p= 0,00076).

"Mi médico se esfuerza en ayudarme" para otros médicos fue el 100% (n= 19), con un x^2 12,59 y p= 0,000038).

"Mi médico me entiende" con un 94,4% (n= 17) para los otros médicos, con un RP de 0,0860 (IC95: 0,0112 – 0,6595; x^2 8,63 y p= 0,0033).

"Gracias a mi médico tengo más información acerca de mi salud", reporto el 100% (n= 18) para los otros médicos, con un x^2 11,87 y p= 0,00056.

Debido a los resultados obtenidos la atención brindada de los médicos familiares es un factor de protección en comparación con la atención de los otros médicos.

4.2.4. APOYO SOCIAL.

Tabla # 7 Apoyo social de los pacientes con HTA del CS "Andrés de Vera".

	MINIMO		MEDIO		MAXIMO	
INDICE DE APOYO SOCIAL	1	0,47%	155	72,09%	59	27,44%
APOYO EMOCIONAL	1	0,47%	140	65,12%	74	34,42%
APOYO MATERIAL	2	0,93%	131	60,93%	82	38,14%
RELACIONES SOCIALES DE OCIO	2	0,93%	109	50,70%	104	48,37%
APOYO AFECTIVO	3	1,40%	67	31,16%	145	67,44%

Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Encuestas 2019.

Se considera el apoyo social, como uno de los principales determinantes de bienestar sugestivo; se determinó que el 72,09% de la población tiene un apoyo medio y no se cumple con todos los ítems de un apoyo social máximo.

4.2.5. CORRELACION ENTRE VARIABLES

Tabla 8 Cronología versus adherencia del Centro de Salud "Andrés de Vera".

	CRONOLOGIA			
ADHERENCIA	**MEDIO**	**MADURO**	**ANCIANO**	**Total**
NO	22	86	70	178
%	12,36%	48,31%	39,33%	100%
SI	9	23	5	37
%	24,33%	62,16%	13,51%	100%
TOTAL	31	109	75	215
%	14,42%	50,70%	34,88%	100%

Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Encuestas 2019.

En la adherencia al tratamiento no farmacológico, se determinó que no hay adherencia no farmacológica en los adultos maduros con 48,31%, siendo los de menor adherencia los adultos medios con un 12,36%, se obtuvo un x^2 10,05 y p= 0,0066.

Tabla # 9 Género versus adherencia del Centro de Salud "Andrés de Vera".

	GENERO		
ADHERENCIA	**FEMENINO**	**MASCULINO**	**Total**
NO	103	75	178
Col%	80,47%	86,21%	82,79%
SI	25	12	37
Col%	19,53%	13,79%	17,21%
TOTAL	128	87	215
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Encuestas 2019.

Se obtuvo que las mujeres fueron más adherentes que los hombres, con porcentajes de 19,5% (n= 25) y 13,7% (n= 12) respectivamente, mientras que los datos de no adherencia son del 86,2% (n= 75) para el género masculino, mientras que para el femenino fue de 80,4% (n= 103), que dio un OR de 0,6592 (IC95: 0,3114 – 1,3954; x^2 1,19 y p= 0,2739).

Tabla # 10 IAS vs adherencia en pacientes atendidos por HTA en el CS Andrés de Vera.

	ACTIVIDAD Y DEPORTE		**HABITOS ALIMENTICIOS**		**HABITOS NOCIVOS**	
INDICE SOCIAL	**NO ADHERENTE**	**ADHERENTE**	**NO ADHERENTE**	**SI ADHERENTE**	**SI ADHERENTE**	**NO ADHERENTE**
MINIMO	1	0	1	0	0	1
Col%	0,68%	0,00%	0,74%	0,00%	0,00%	4,76%
MEDIO	116	39	110	45	142	13
%	78,91%	57,35%	81,48%	56,25%	73,20%	61,90%
MAXIMO	30	29	24	35	52	7
Col%	20,41%	42,65%	17,78%	43,75%	26,80%	33,33%
TOTAL	147	68	135	80	194	21
Col%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Encuestas 2019.

El ítem del índice global de apoyo social, del cuestionario de MOS, indica que los que más generaron adherencia fueron los que tenían un apoyo medio, así en la actividad y deporte tuvieron un 57,3% (n= 39) con un x^2 11,83 y p= 0,0027; en razón de los hábitos alimenticios es del 56,2% (n= 45) que dio un x^2 17,37 y p= 0,0002; mientras que los hábitos nocivos salió un resultado 73,2% (n= 142) con un x^2 9,86 y p= 0,0072, mientras los mayores porcentajes de la tasa de no adherencia se dio también en los de apoyo medio, indicando así porcentajes de 78,9% (n= 116), 81,4% (n= 110) y de 61,9% (n= 13) para la actividad y deporte, y los hábitos tanto alimenticios como nocivos, respectivamente.

Tabla 11 Apoyo emocional vs adherencia en pacientes con HTA en el CS Andrés de Vera.

	ACTIVIDAD Y DEPORTE		HABITOS ALIMENTICIOS		HABITOS NOCIVOS	
APOYO EMOCIONAL	**NO ADHERENTE**	**SI ADHERENTE**	**NO ADHERENTE**	**SI ADHERENTE**	**SI ADHERENTE**	**NO ADHERENTE**
MINIMO	**1**	**0**	**1**	**0**	**0**	**1**
Col%	**0,68%**	**0,00%**	**0,74%**	**0,00%**	**0,00%**	**4,76%**
MEDIO	**108**	**32**	**102**	**38**	**129**	**11**
Col%	**73,47%**	**47,06%**	**75,56%**	**47,50%**	**66,49%**	**52,38%**
MAXIMO	**38**	**36**	**32**	**42**	**65**	**9**
Col%	**25,85%**	**52,94%**	**23,70%**	**52,50%**	**33,51%**	**42,86%**
TOTAL	**147**	**68**	**135**	**80**	**194**	**21**
Col%	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**

Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Encuestas 2019.

En cuanto al apoyo emocional, la falta de adherencia a la actividad y deporte, se presentó en los que tuvieron apoyo emocional medio, en un 73,4% (n= 108), mientras que presentaron adherencia en un 52,9% (n= 36) los que tuvieron un apoyo máximo, con un x^2 15,35 y p= 0,0005; en cuanto a los hábitos alimenticios si tuvieron adherencia los que tuvieron un apoyo máximo con un 52,5% (n= 42), mientras que los que no generan adherencia fueron los que tuvieron un apoyo medio con 75,5% (n= 102), con un x^2 18,76 y p= 0,0001; y por último, en los hábitos nocivos, no

fueron adherentes los de apoyo medio en un 52,3% (n= 11), y si tuvieron adherencia los mismos de apoyo medio con un 66,4% (n= 129), que dio un x^2 10,29 y p= 0,0058.

Tabla 12. Apoyo material vs adherencia en pacientes con HTA del CS Andrés de Vera.

	ACTIVIDAD Y DEPORTE		HABITOS ALIMENTICIOS		HABITOS NOCIVOS	
APOYO MATERIAL	**NO ADHERENTE**	**SI ADHERENTE**	**NO ADHERENTE**	**SI ADHERENTE**	**SI ADHERENTE**	**NO ADHERENTE**
MINIMO	**2**	**0**	**2**	**0**	**1**	**1**
%	**1,36%**	**0,00%**	**1,48%**	**0,00%**	**0,52%**	**4,76%**
MEDIO	**96**	**35**	**91**	**40**	**121**	**10**
%	**65,31%**	**51,47%**	**67,41%**	**50,00%**	**62,37%**	**47,62%**
MAXIMO	**49**	**33**	**42**	**40**	**72**	**10**
%	**33,33%**	**48,53%**	**31,11%**	**50,00%**	**37,11%**	**47,62%**
TOTAL	**147**	**68**	**135**	**80**	**194**	**21**
%	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**

Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Encuestas 2019.

En el apoyo emocional, la adherencia y la no adherencia reportada en cuanto a la actividad física, se dio en los que tenían un apoyo medio, con un 51,4% (n= 35) y 65,3% (n= 96), respectivamente, con un x^2 5,20 y p= 0,0742; en cuanto a los hábitos alimenticios, compartieron el mismo porcentaje los que tuvieron un apoyo medio y máximo con 50% (n= 40), mientras que los que no tuvieron adherencia fueron los de apoyo medio con un 67,4% (n= 91), lo que resultó con un x^2 8,38 y p= 0,0151. En el elemento de los hábitos nocivos no hubo adherencia en los que presentaron un apoyo tanto medio como máximo, con un 47,62% (n= 10), y de los que tuvieron adherencia, repite los que tuvieron un apoyo medio con un 62,3% (n= 121), dando un x^2 4,89 y p= 0,0864.

Tabla # 13 Relaciones sociales y de ocio vs adherencia en los pacientes con HTA en el CS "Andrés de Vera."

	ACTIVIDAD Y DEPORTE		HABITOS ALIMENTICIOS		HABITOS NOCIVOS	
RELACIONES SOCIALES	**NO ADHERENTE**	**SI ADHERENTE**	**NO ADHERENTE**	**SI ADHERENTE**	**SI ADHERENTE**	**NO ADHERENTE**
MINIMO	**2**	**0**	**2**	**0**	**1**	**1**
Col%	**1,36%**	**0,00%**	**1,48%**	**0,00%**	**0,52%**	**4,76%**
MEDIO	**84**	**25**	**82**	**27**	**103**	**6**
Col%	**57,14%**	**36,76%**	**60,74%**	**33,75%**	**53,09%**	**28,57%**
MAXIMO	**61**	**43**	**51**	**53**	**90**	**14**
Col%	**41,50%**	**63,24%**	**37,78%**	**66,25%**	**46,39%**	**66,67%**
TOTAL	**147**	**68**	**135**	**80**	**194**	**21**
Col%	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**

Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Encuestas 2019.

La frecuencia en la adherencia, en la actividad y deporte de 63,2% (n= 43) los que tuvieron un apoyo máximo, y los de no adherencia, los que tuvieron un apoyo medio con 57,1% (n= 84) con un x^2 9,27 y p= 0,0097; en la adherencia a los hábitos alimenticios, el 66,2% (n= 53) correspondió a los de apoyo máximo, mientras que los que no se adhirieron fueron los de apoyo medio, con 60,7% (n= 82) lo que dio un x^2 16,82 y p= 0,0002; y en los hábitos nocivos no se dio la adherencia también en los de apoyo máximo con un 66,6% (n= 14), y los de apoyo medio si se adhirieron en un 53,0% (n= 103) y dio un x^2 7,53 y p= 0,0232.

Tabla 14. Apoyo afectivo versus adherencia en el CS Andrés de Vera.

	ACTIVIDAD Y DEPORTE		HABITOS ALIMENTICIOS		HABITOS NOCIVOS	
APOYO AFECTIVO	**NO ADHERENTE**	**SI ADHERENTE**	**NO ADHERENTE**	**SI ADHERENTE**	**SI ADHERENTE**	**NO ADHERENTE**
MINIMO	**2**	**1**	**3**	**0**	**2**	**1**
Col%	**1,36%**	**1,47%**	**2,22%**	**0,00%**	**1,03%**	**4,76%**
MEDIO	**51**	**16**	**53**	**14**	**65**	**2**
Col%	**34,69%**	**23,53%**	**39,26%**	**17,50%**	**33,51%**	**9,52%**
MAXIMO	**94**	**51**	**79**	**66**	**127**	**18**

Col%	**63,95%**	**75,00%**	**58,52%**	**82,50%**	**65,46%**	**85,71%**
TOTAL	**147**	**68**	**135**	**80**	**194**	**21**
Col%	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**

Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Encuestas 2019.

En cuanto al apoyo afectivo, la falta de adherencia a la actividad y deporte, se obtuvo un porcentaje de 63,9% (n= 94) en los que tuvieron apoyo máximo, mientras que presentaron adherencia en un 75,0% (n= 51) los que tuvieron también un apoyo máximo, con un x^2 2,70 y p= 0,2585; en cuanto a los hábitos alimenticios si tuvieron adherencia los que tuvieron un apoyo máximo con un 82,5% (n= 66), y los que no generan adherencia fueron también los de apoyo máximo con 58,5% (n= 79), con un x^2 13,69 y p= 0,0011; y por último, en los hábitos nocivos, fueron adherentes los de apoyo máximo en un 65,4% (n= 127), y no tuvieron adherencia los mismos de apoyo máximo con un 85,7% (n= 18), que dio un x^2 6,53 y p= 0,038.

Tabla # 15 Médicos versus adherencia de los pacientes con hipertensión arterial en el CS Andrés de Vera.

	ACTIVIDAD Y DEPORTE		**HABITOS ALIMENTICIOS**		**HABITOS NOCIVOS**	
MÉDICO	**NO ADHERENTE**	**SI ADHERENTE**	**NO ADHERENTE**	**SI ADHERENTE**	**SI ADHERENTE**	**NO ADHERENTE**
FAMILIAR	47	34	47	34	8	73
%	58,02%	41,98%	58,02%	41,98%	9,88%	90,12%
OTROS	100	34	88	46	13	121
%	74,63%	25,37%	65,67%	34,33%	9,79%	90,30%
TOTAL	147	68	135	80	21	194
%	68,37%	31,63%	62,79%	37,21%	9,77%	90,23%

Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Encuestas 2019.

La adherencia generada por los médicos en cada elemento de la evaluación al tratamiento no farmacológico, dio como resultado, que, en la actividad y deporte, generaron más adherencia los médicos familiares que los otros médicos, con un 41,9% (n =34) y 25,3% (n= 34), respectivamente, mientras no generaron adherencia los que fueron atendidos por otros médicos con un 74,6% (n=

100), y en los médicos familiares en un 58,02% (n= 47), con un OR de 0,47 (IC95: 0,261 – 0,846; x^2 6,43 y p= 0,0111); en los hábitos alimenticios, si se dio adherencia en los que fueron atendidos por médicos familiares, con 41,9% (n= 34), y en los otros médicos se dio en un 34,3% (n= 46), y la no adherencia en los otros médicos, tuvo un porcentaje de 65,6% (n= 88), y en los médicos familiares con 58,0% (n= 47) con un OR de 0,7237 (IC95: 0,4091 – 1,2813; x^2 1,26 y p= 0,2609); y por último en los hábitos nocivos, los que si se adhirieron fueron los que son atendidos por otros médicos el 90,3% (n= 121), frente al 90,1% (n= 73) que genero el médico familiar, mientras que no generaron adherencia los médicos familiares en un 9,8% (n= 8), y los otros médicos en un 9,7% (n= 13), que dio un OR de 0,9805 (IC95: 0,3872 – 2,5994; x^2 0,0018 y p= 0,966).

Tabla # 16 Médicos versus adherencia general al tratamiento no farmacológico de los pacientes con hipertensión arterial en el CS Andrés de Vera.

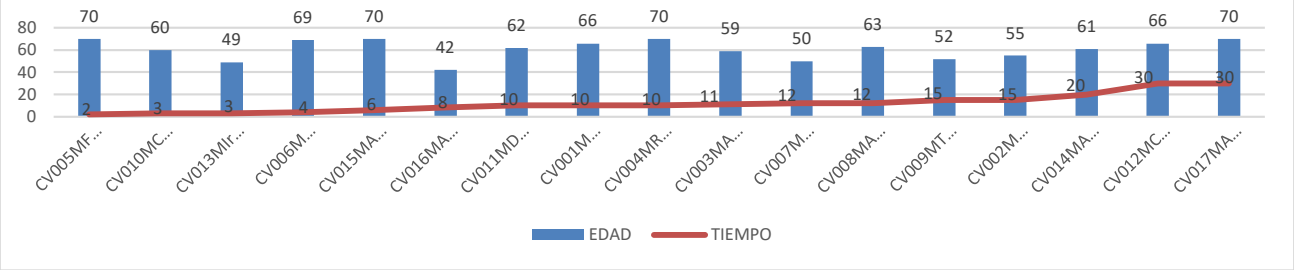
	ADHERENCIA		
MEDICO	**NO**	**YES**	**Total**
FAMILIAR	61	20	81
Row%	75,31%	24,69%	100,00%
Col%	34,27%	54,05%	37,67%
OTROS MÉDICOS	117	17	134
Row%	87,31%	12,69%	100,00%
Col%	65,73%	45,95%	62,33%
TOTAL	178	37	215
Row%	82,79%	17,21%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Encuestas 2019.

4.2.6. Entrevistas de mujeres con HTA en el centro de salud "Andrés de Vera".

Las representaciones sociales tienen una gran influencia en las respuestas del ser humano sobre todo en la salud, dando lugar a que sus creencias mitos puedan interferir en la adherencia no farmacológica; el hecho que los médicos tengan una visión diferente sobre la enfermedad hace no sea considerada por parte de los usuarios porque atenta contra sus creencias y a la vez influye en la relación médico - paciente.

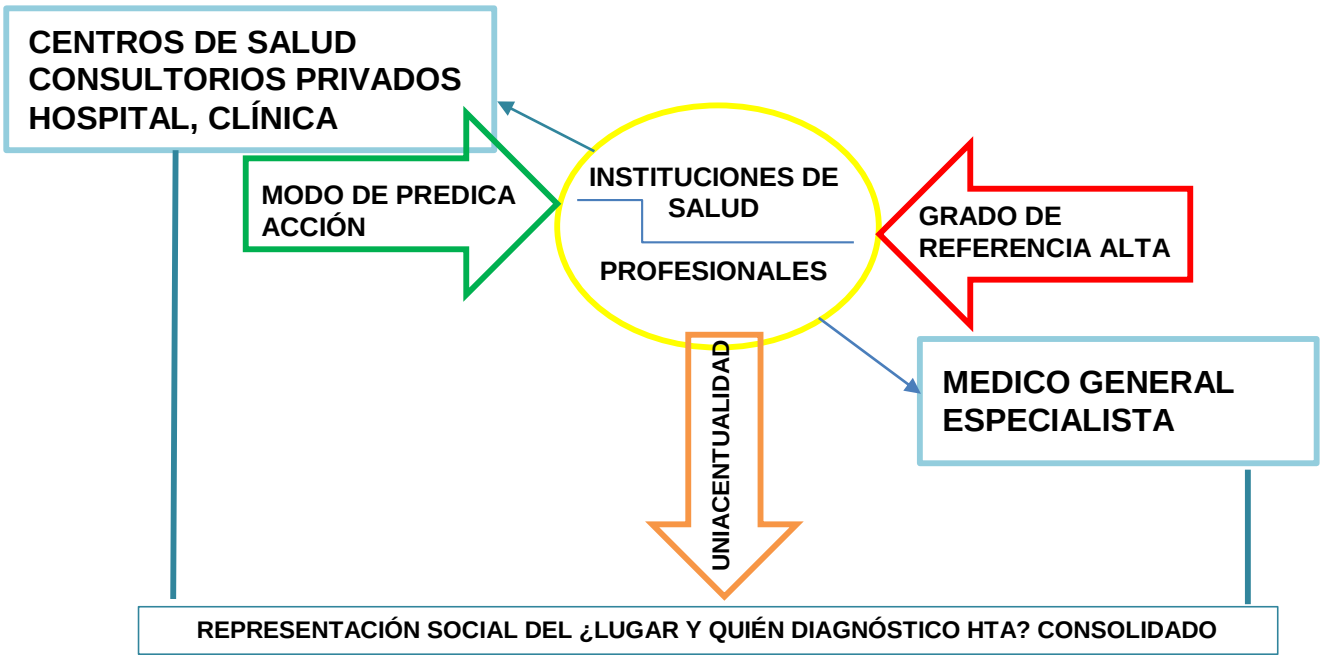
Narrativa del historial clínico. Figura # 1 ¿Temporalidad del diagnóstico?



Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

En el CS "Andrés de Vera" el rango de tiempo es de 2 a 30 años; y la tendencia en adultos maduros con más de 10 años de HTA. Encontramos casos de apelación a una experiencia decisiva, como: ***AV004MRosa*** *"me dio como una desesperación, como que ya mi vida estaba terminándose, como que ya no servía más"; o,* ***AV011MDominga*** *"que tenía diabetes e hipertensa, para mí, uff, para mí, fue un golpe muy grande porque yo tenía esas dos enfermedades y no las esperaba"*

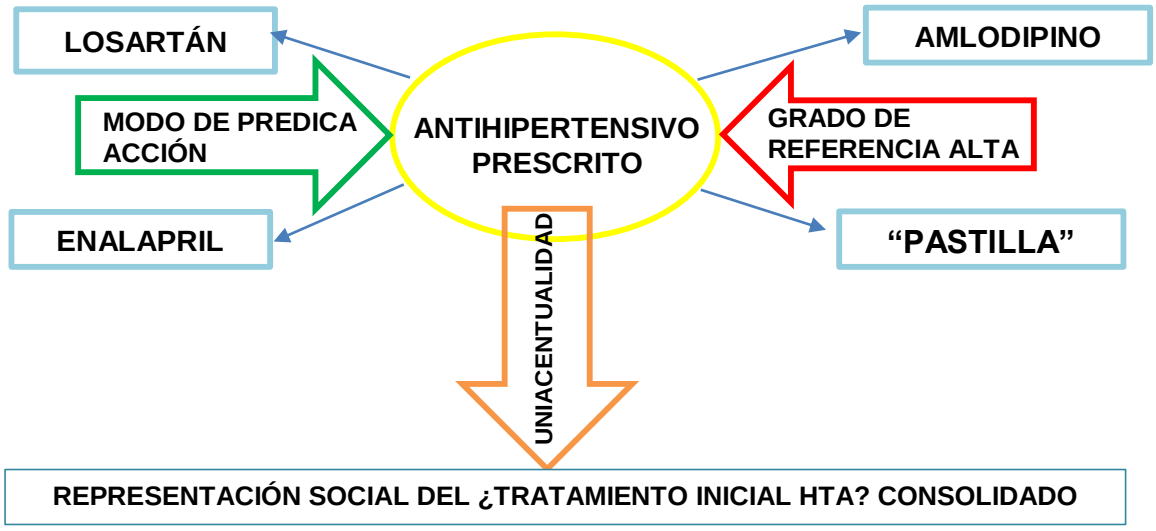
Figura # 2 ¿En qué lugar y quien da el diagnóstico?



Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

La idea núcleo del lugar del diagnóstico es en instituciones de salud, los mismos que van desde centros de salud hasta consultorios privados; y ha sido proporcionado por un profesional ya sea médico general o especialista. Modo de prédica de acción con un grado de referencia alta teniendo una representación social consolidada, con la ideología de uniacentualidad, pero hubo casos aislados como visión polarizada de la realidad, donde acentúan que el doctor es quien indica un diagnóstico pero ellos no tienen síntomas ni enfermedad: ***AV001MMariana*** *"Yo no sufro de presión y ya cuando me hizo el examen, ya todo, ya me hice el electrocardiograma y ahí me salió que sufro de presión."* ***AV006MNélida*** *"Yo me sentí bien, lo mismo, y me sentí bien como si nada, cuando me dijeron no sentí nada, yo me sentí bien, lo mismo es para mí."* ***AV012MConcepción*** *"El doctor, ya me pasó lo de la presión y ahorita ya no tengo presión, pero de todas maneras tengo que tomarme la pastilla."* También destaca la apelación a una experiencia decisiva: ***AV004MRosa "****Pero la noticia que me dieron me cayó requeté mal; no era uno que le diga, mire señora tiene esto y es curable, es tratable, usted va a superar esto; ¡nooo! sino que me dieron la noticia como si estuviera en el último instante"*

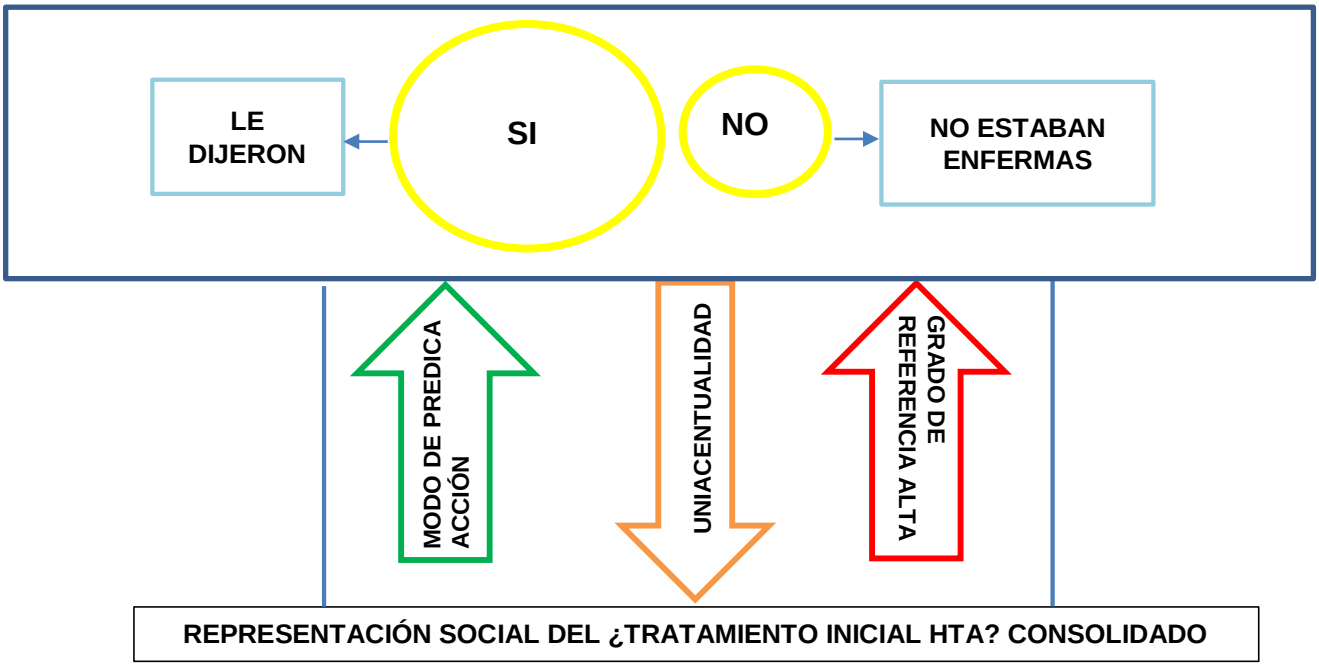
Figura # 3 ¿Qué tratamiento le indicaron para la hipertensión arterial?



Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

La idea núcleo de esta categoría es el uso de antihipertensivo en el tratamiento inicial de la hipertensión arterial. Los sintagmas obtenidos son: enalapril, losartán, amlodipino, e incluso la "pastilla", lo cual es significativo, porque se debe enfatizar en el tratamiento que se establece en los pacientes, realizando una retroalimentación para que no tengan confusión de la terapéutica, citamos algunos ejemplos: ***AV002MMaría*** *"Entonces yo siempre he tomado esa cardiol 20, tomaba en las mañana y ya en la noche tomaba 10."* ***AV006MNélida*** *"La pastilla nomas, la pastilla de la azúcar, y también para la presión pero no recuerdo que pastilla era q me daba porque no son de estas, las que me dan ahora"* ***AV008MAngela*** *"Me dio una medicación, de una pastilla que me costaba como dólar veinticinco, que no me recuerdo"* ***AV015MAna*** ***"****Solo una pastilla en la mañana, viene en una cajita amarilla."* El análisis del discurso presenta una prédica de acción y un grado de referencia alta considerándose como una representación social consolidada, con una ideología de uniacentualidad.

Figura # 4 cumplimiento del tratamiento para la hipertensión arterial.



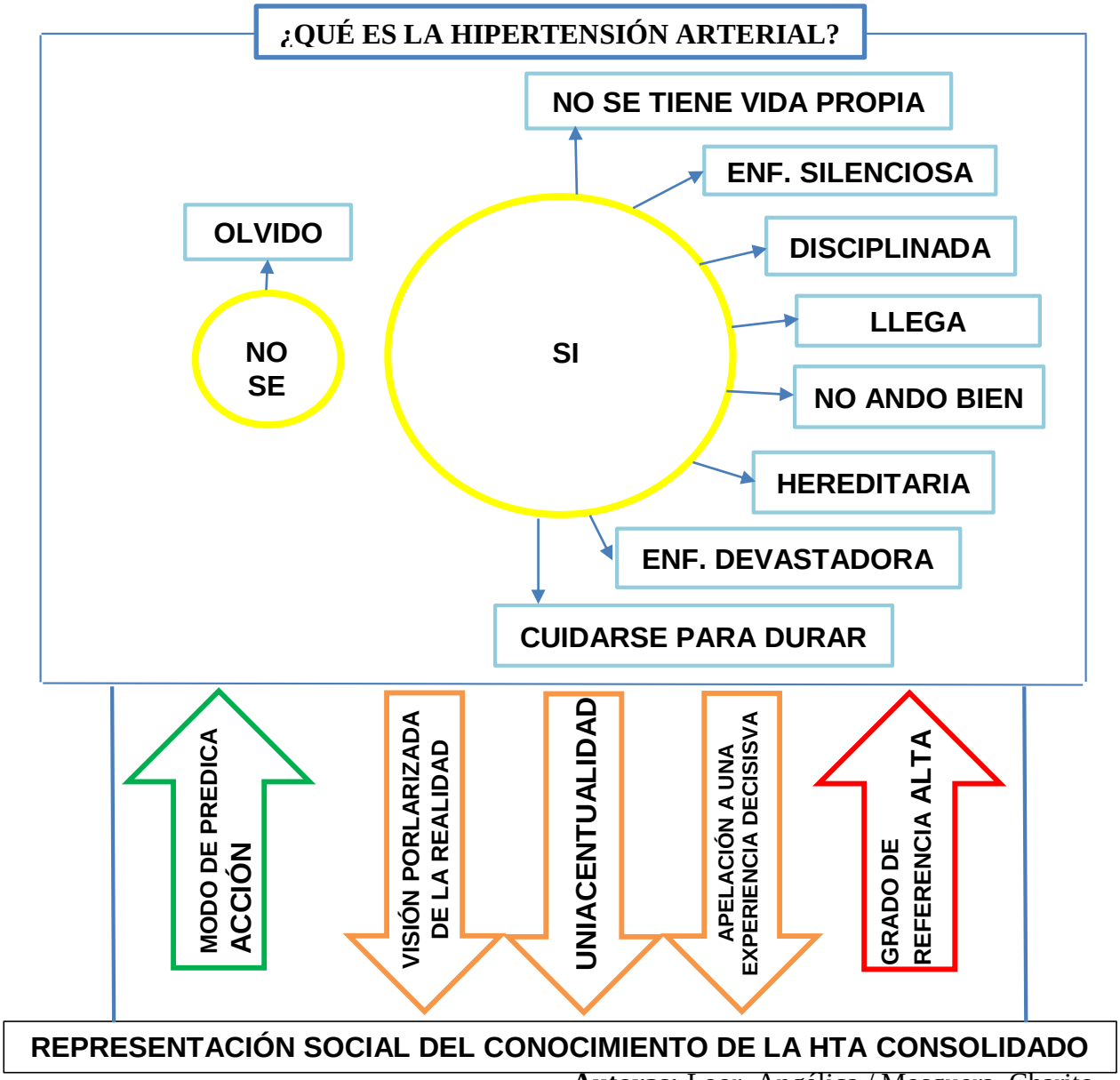
Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

Se pudieron definir dos ideas centrales, en la cual, una mayor cantidad de informantes si continuaron el tratamiento instaurado porque así lo dijeron los médicos; y, un menor número de mujeres indicaron que no lo iniciaron o siguieron porque ellas no estaban enfermas. El análisis del discurso presenta un modo de predica de acción y alto grado de referencialidad, por lo cual esta representación social se encuentra consolidada.

A continuación citamos: ***AV005MFlora*** *"Mi tratamiento tal como me lo dijeron, yo no he tomado ninguna otra pastilla, yo no he sentido nada desde que me dijeron ese día, sigo igualita."* ***AV006MNélida*** *"Claro yo seguí, seguí el tratamiento, ahí ya me vine aquí, (...) Aquí es que estoy haciéndome atender mes a mes, mes a mes vengo aquí."* ***AV012MConcepción*** *"Yo sí, pero en antes, en antes yo no me cuidaba, ay le digo que yo caía, caía, me llevaban al hospital, no me cuidaba, la tontería mía, yo decía que no tenía nada, el rato que yo estaba ya me olvidaba"*

La ideología en general es uniacentualidad, verificando casos de visión polarizada de la realidad, por ejemplo: ***AV009MTeresa "***Por dos años no, fui rebelde, a pesar de lo que el médico me dijo que era una enfermedad silenciosa, o sea, no sentía nada yo; y, yo la cogí como una mentira que el man me había dicho, que no tenía eso.

Narrativa del problema de salud. Figura # 5 Caracterización de la hipertensión arterial.

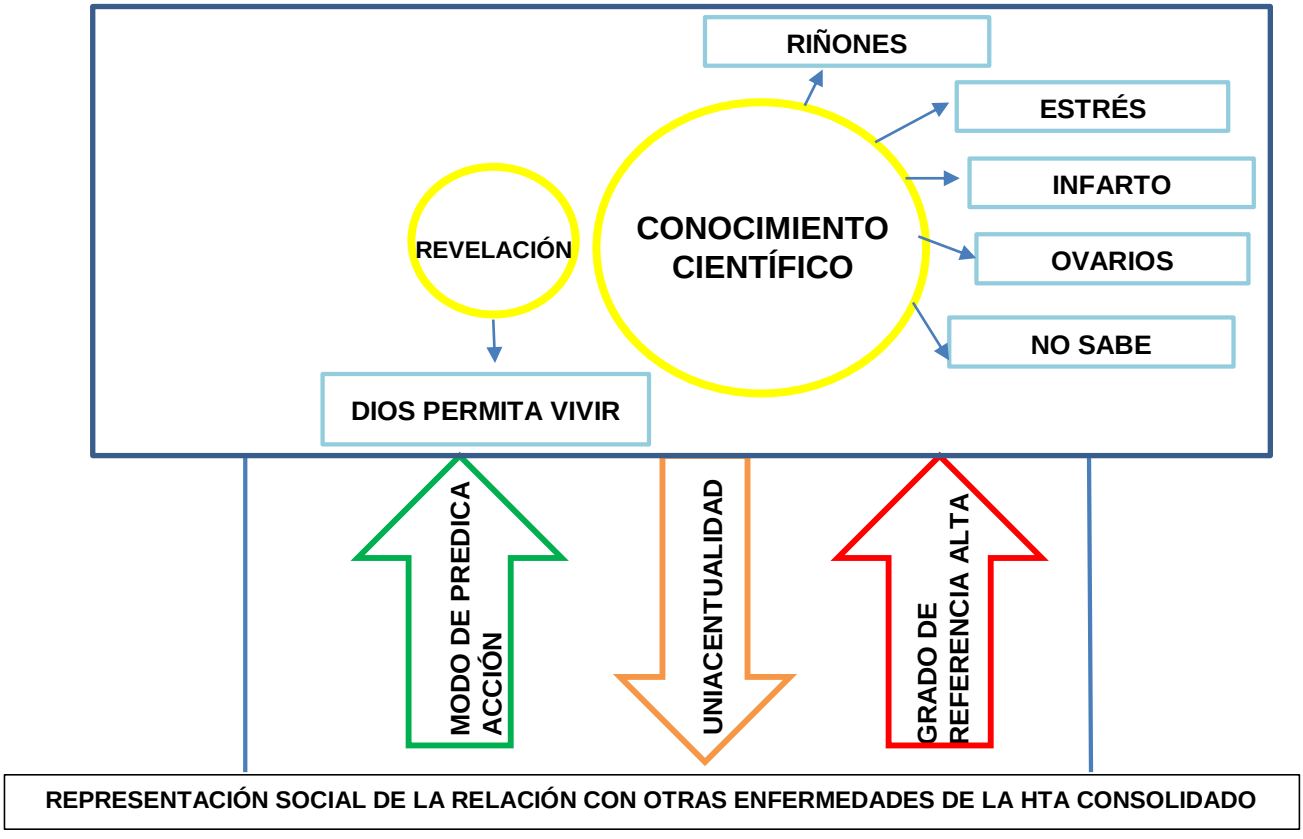


Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

Se detectaron dos ideas núcleos del conocimiento que tienen los pacientes sobre la HTA: Una minoría no sabe porque se han olvidado; y, en la mayoría opinan que no se tiene vida propia, la catalogan como una enfermedad silenciosa, devastadora, ya sea esta hereditaria o que llega de un momento a otro, por la cual no andan bien, que requieren disciplina y cuidarse para durar; las siguientes citas reflejan dichos conceptos mencionados: ***AV006MNélida*** "*que tiene que cuidarse nomas para durar, porque eso me dijo el doctor allá el primerito que me vio.*" ***AV013MIrlanda***

"Yo lo que sé, es que la hipertensión es un problema de que, que es hereditario, mi papa murió del corazón de un momento a otro." ***AV014MAdelina*** "*muy disciplinada sobre todo, disciplinada en la cuestión de tomar el medicamento y en la vida que lleva también, cero alcohol, cero tabaco, cero estupefacientes, etc., entonces tener una vida muy disciplinada."* La ideología en su mayoría es uniacentualidad; pero, hubo informantes que presentaron apelación a una experiencia decisiva: ***AV004MRosa "****ya no se tiene vida propia, porque en primer lugar si usted no se toma la pastilla no se siente bien, se siente mal."* ***AV011MDominga*** *"Una enfermedad en el que uno puede morir a cualquier rato, antes del diagnóstico no sabía nada, fue devastador."* En el discurso tenemos un modo de predica de acción y un grado de referencia alto por lo que se considera una representación social consolidada

Figura # 6 Relación con otras enfermedades.



Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

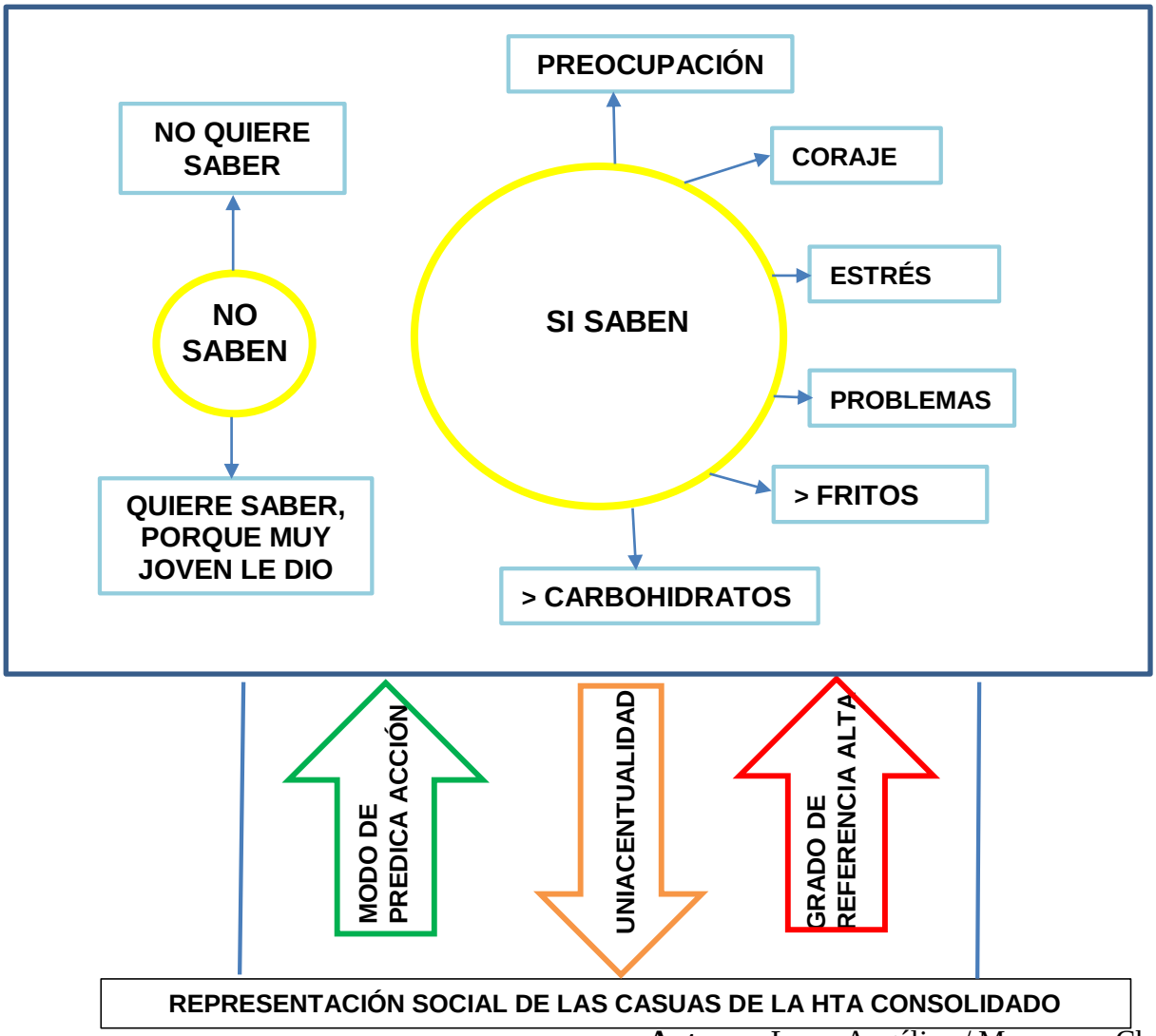
En esta categoría se determinaron dos ideas centrales en la que predomina el conocimiento científico del cual los sintagmas en relación a otras enfermedades relacionadas con la hipertensión arterial fueron: Estrés como una de sus principales causas, seguida de aquellos que no saben, también, la afectación renal, en los ovarios e infarto; en una menor proporción mujeres que consideran la influencia de Dios.

La informante ***AV014MAdelina*** *"con el estrés, porque aparentemente la gente cree que el estrés no es una enfermedad, pero es una enfermedad que está matando a la humanidad."* ***AV008MAngela*** *"el medicamento que uno toma, termina arrastrando desgaste en los riñones, en el hígado, eso me han dicho."* ***AV007MMonserrate*** *"retengo líquido, ya, me puede hacer daño para todos los organismos, incluso los ovarios."*

La uniacentualidad es la ideología remarcada en la población de estudio; pero, se obtuvo criterios con visión polarizada de la realidad: ***AV002MMaría*** *"Uno tiene que aprender a convivir con la enfermedad, y si Dios permite que uno viva unos días más, pero hasta el momento yo he tratado de llevarla bien, no sé si la medicina me esté funcionando o no."*

En el discurso tenemos un modo de predica de acción y un grado de referencia alto por lo que se considera que la relación de la hipertensión arterial con otras enfermedades es una representación social consolidada.

Figura # 7 ¿Cuáles son las causas de la hipertensión arterial?

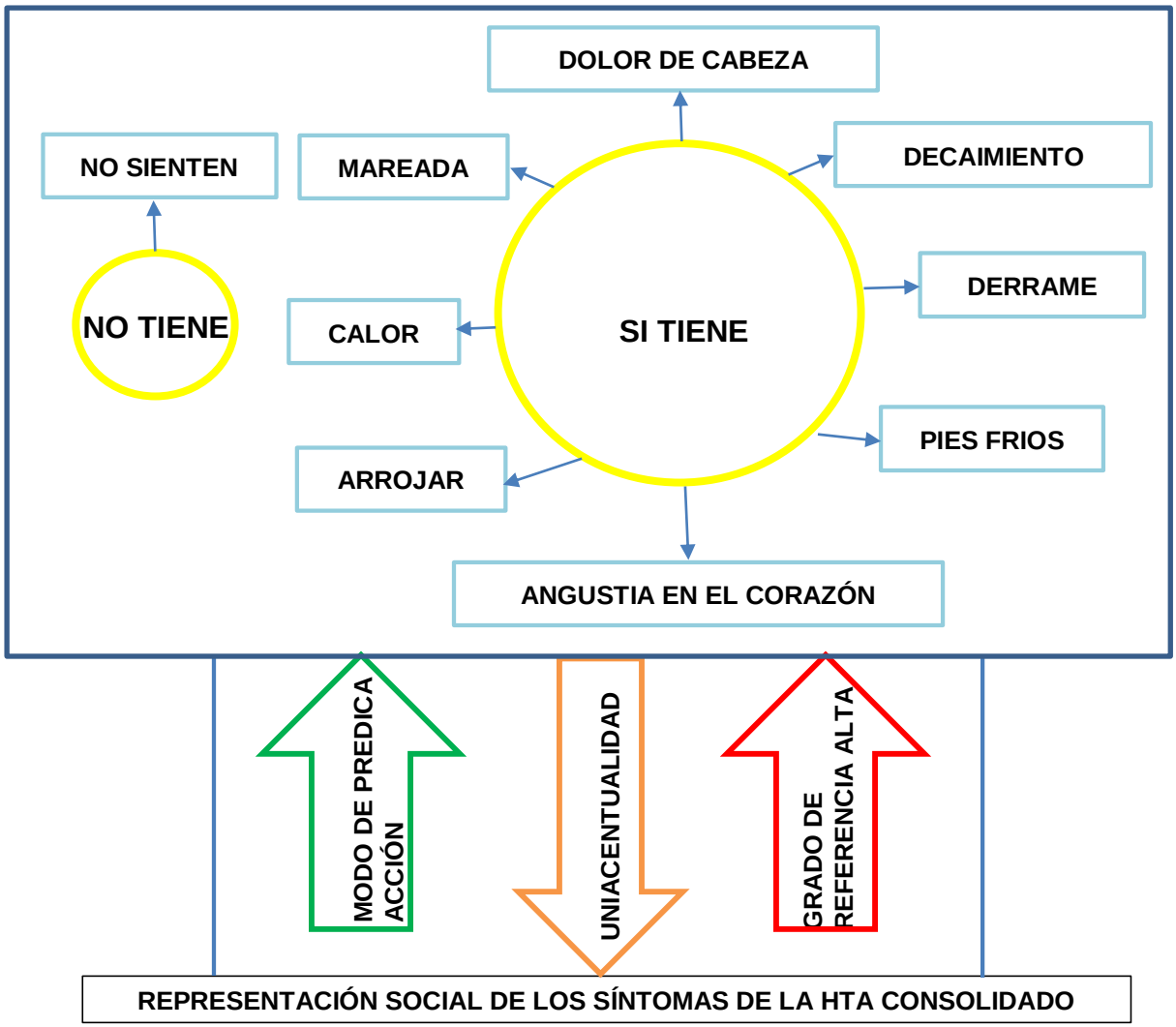


Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

Se encontró dos ideas núcleos; un grupo mayoritario si las conoce mencionando el estrés, las preocupaciones, problemas y el coraje como los principales detonantes seguidos de la alimentación inadecuada con un mayor consumo de carbohidratos y alimentos fritos. Modo de predica de acción y un grado de referencia alto por ende esta representación social está consolidada; surge una ideología de uniacentualidad, pero en algunas si se remarca en sus respuestas las experiencias que han tenido durante su vida; así podremos observar en lo nombrado por: ***AV005MFlora*** *"A veces tiene mucha preocupación y uno coge mucho coraje y yo creo que a mí*

me fue porque a veces mi hija yo la tenía y Me hacía dar un poquito de coraje." ***AV008MAngela*** *"Muchos problemas, mucho a veces uno coge miedo de la vida, de cualquier personas uno está atemorizada que esto va a pasar que algo le van hacer, esa ha sido mi vida porque yo tuve un esposo muy violento"* ***AV017MAurora*** *"Por el estrés, es uno de los principales, ahora ultimo tenía la cabeza pesada, y además también el colesterol, cuídese de las frituras, coma poca sal."*

Figura # 8 Manera de presentarse de la hipertensión arterial.



Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

Se determinaron dos ideas núcleo, un grupo pequeño considera que es asintomática la forma de presentación y el resto de mujeres coinciden en que presentan síntomas tales como dolores de

cabeza, calor, mareada, angustia en el corazón, decaimiento, ganas de arrojar, pies fríos: ***AV005MFlora*** *"Yo no siento nada más de un dolor que me coge en la columna, dolor de cabeza, pero yo no siento nada.* ***AV014MAdelina*** *"Personalmente yo les digo no siento nada"* ***AV003MAlba*** *"A mí nunca me dio nada, yo nunca sentí nada, solo llegué y me tomaron la presión y me dijeron que estaba alta"* ***AV006MNélida*** *"Póngase que cuando ya a uno se le sube la presión, ahí uno siente dolor de cabeza le da nauseas de arrojar, una cosa fea como mareada, eso siento yo."*. Modo de predica de acción y grado de referencia alta dando lugar a una representación social consolidada; la ideología que predomina es la uniacentualidad.

Figura # 9 Tratamiento conocidos y escuchados para la hipertensión arterial.



Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

En esta subcategorías sobre los tratamientos conocidos por la población en estudio se encontró dos ideas núcleos:

- Conocimiento científico del área farmacológica, uso de antihipertensivos descritos en las guías nacionales e internacionales sobre HTA; además, sobre hábitos saludables como: incremento en el consumo de vegetales, legumbres, pescado, disminución de la sal en las comidas, actividad física (ejercicios, caminar), y realizar actividades recreativas.
- Conocimiento cultural de ciertas plantas que para ellas pueden inducir la reducción de la presión arterial: infusiones de hierba luisa (paja luisa), oreganón y toronjil; pero es llamativo una de las creencias en el uso de consumir un caramelo de leche de miel como un antihipertensivo.

AV009MTeresa *"Lo que he estado tomando, las pastillas, porque ahora el cardiólogo me ha mandado, porque, él ahora si me está viendo, me ha dado otras pastillas, estoy tomando doxazosina, losartan de 100, propanolol, lo que me ha prohibido es tomar café y sin sal, he escuchado sobre plantas ero eso no me ha interesado, no pongo atención."* ***AV004MRosa*** *"No doctorita, ninguno; bueno lo que a mí me dijeron que cuando ya haya tomado la pastilla y siga con ese malestar que me coma un caramelo de leche miel nada más"* ***AV006MNélida*** *"no puedo comer plátano, ahí más bien una ensalada, pero nosotros que somos pobres no podemos comprar eso, que la leche sea descremada, que no podemos comer el pan normal"* Las mujeres que participaron en las entrevistas tuvieron un modo de predica de acción y un grado de referencia alta por lo tanto es una representación social consolidada, tienen una ideología de uniacentualidad.

Asociación cultural al seguimiento / control del problema de salud

Figura # 10 ¿Qué entiende por estar enfermo?

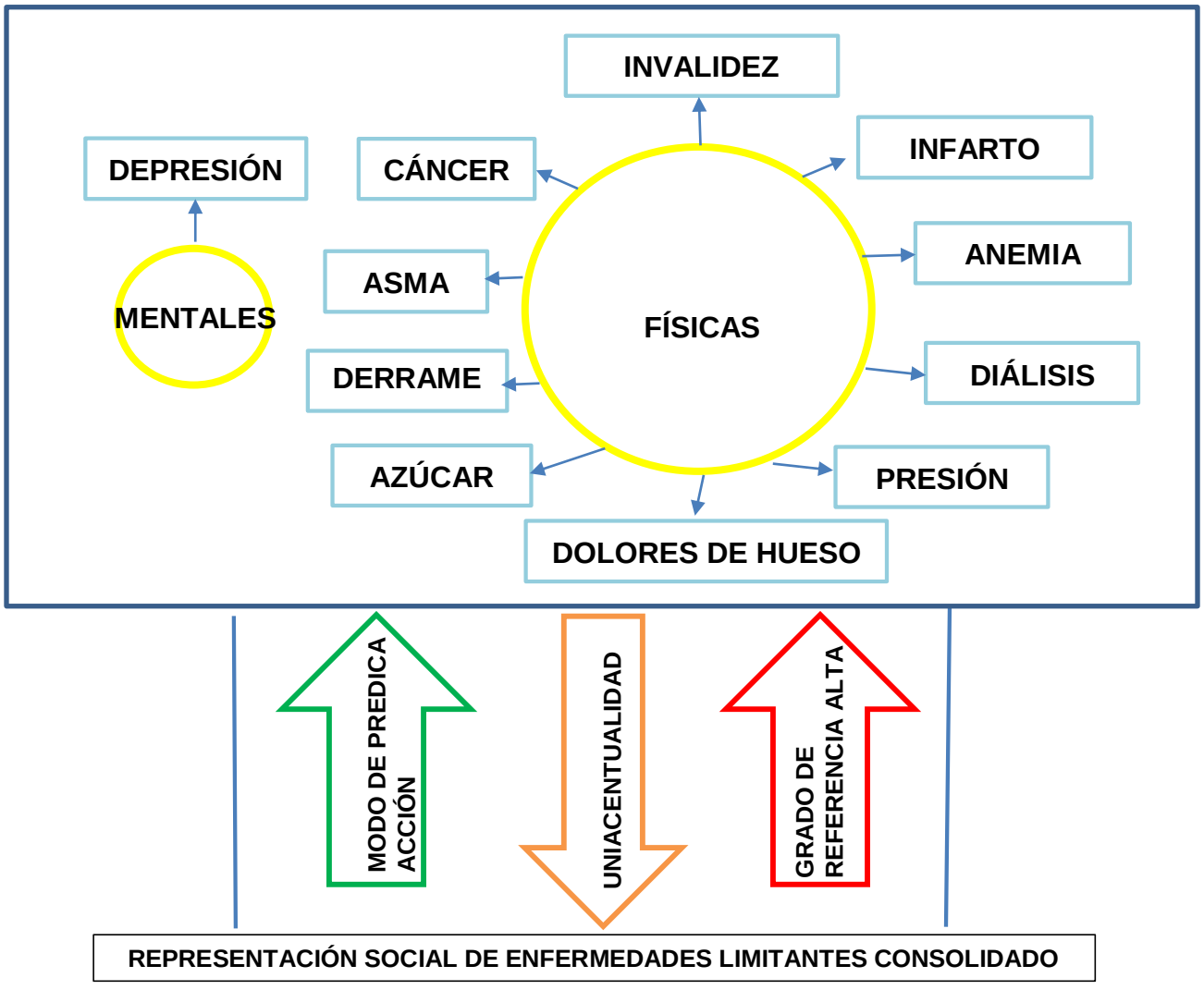


Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

La idea núcleo enfocado a que estar enfermo es sentir algo, ya sea tristeza, decaimiento, no tener ánimo para realizar actividades; en general el pensamiento está enfocado a estados de gravedad, no tener aliento para continuar con sus vidas, es sentirse devastada, estar en desequilibrio de su salud, en un estado para morirse. Esta perspectiva que las mujeres entrevistadas tienen, las han mencionado con un modo de predica de acción y un alto grado de referencia, por lo cual es una representación social consolidada; predominaba la ideología de uniacentualidad; algunos ejemplos de las informantes se detallan a continuación: ***AV004MRosa*** *"Se siente devastada, ya una persona enferma no es lo mismo que una persona sana, dinámica, que tiene ese ánimo, esa voluntad, que*

tiene ese vigor para hacer sus cosas, pero una persona enferma es como una planta que va decayendo para abajo." ***AV003MAlba*** *"Estar enfermo es no tener ánimo como para uno, no poder hacer sus actividades cotidianas y todo, y estar decaído."* ***AV009MTeresa*** *"Enfermo, enfermo, cualquier enfermedad, eso nunca lo he tenido, eso es ya para morirse, una sensación de muerte, claro, que ya estoy para morirme, enfermedad es igual a muerte.* ***AV007MMonserrate*** *"Mal doctora, cuando estoy enferma yo sí que me siento mal, yo le digo así, yo hablo así con Diosito, Diosito tenme buena, así este pobre, pero tenme buena, porque enferma, ni el dinero más grande."*

Figura # 11 ¿Qué enfermedades le impedirían realizar actividades?



Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

En esta población de estudio se observan dos ideas núcleos en una menor proporción piensan que las enfermedades mentales como la depresión son limitantes para continuar con sus quehaceres cotidianos, mientras que en su mayoría se inclinan hacia las enfermedades físicas con varios sintagmas: desde las enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica en fase dialítica, enfermedades degenerativas como la osteoartritis y cáncer, así también, tenemos, entre las más mencionadas el asma, y, nombrada por una ocasión la presión y la anemia.

La informante ***AV004MRosa*** opina *"Yo creo que desde ya, es el asma, es la única que me molesta más."* ***AV009MTeresa*** *"Para mí, eso que dicen: la parálisis, eso que se queda con una mano tiesa, los derrames."* ***AV012MConcepción*** *"Seria la azúcar o la presión, una de las dos, pueda que se suba la presión, ahí un infarto, eso nomás."*

En el análisis del discurso hay un modo de predica de acción y grado de referencia alta; esta representación social sobre las enfermedades que ellas piensan que limitarían continuar con sus actividades cotidianas está consolidada; predominando la ideología de uniacentualidad, y encontramos una apelación a la experiencia decisiva, en la sra ***AV001MMariana "****A mí me impide la depresión."*

Figura # 12 ¿La hipertensión arterial es una enfermedad?

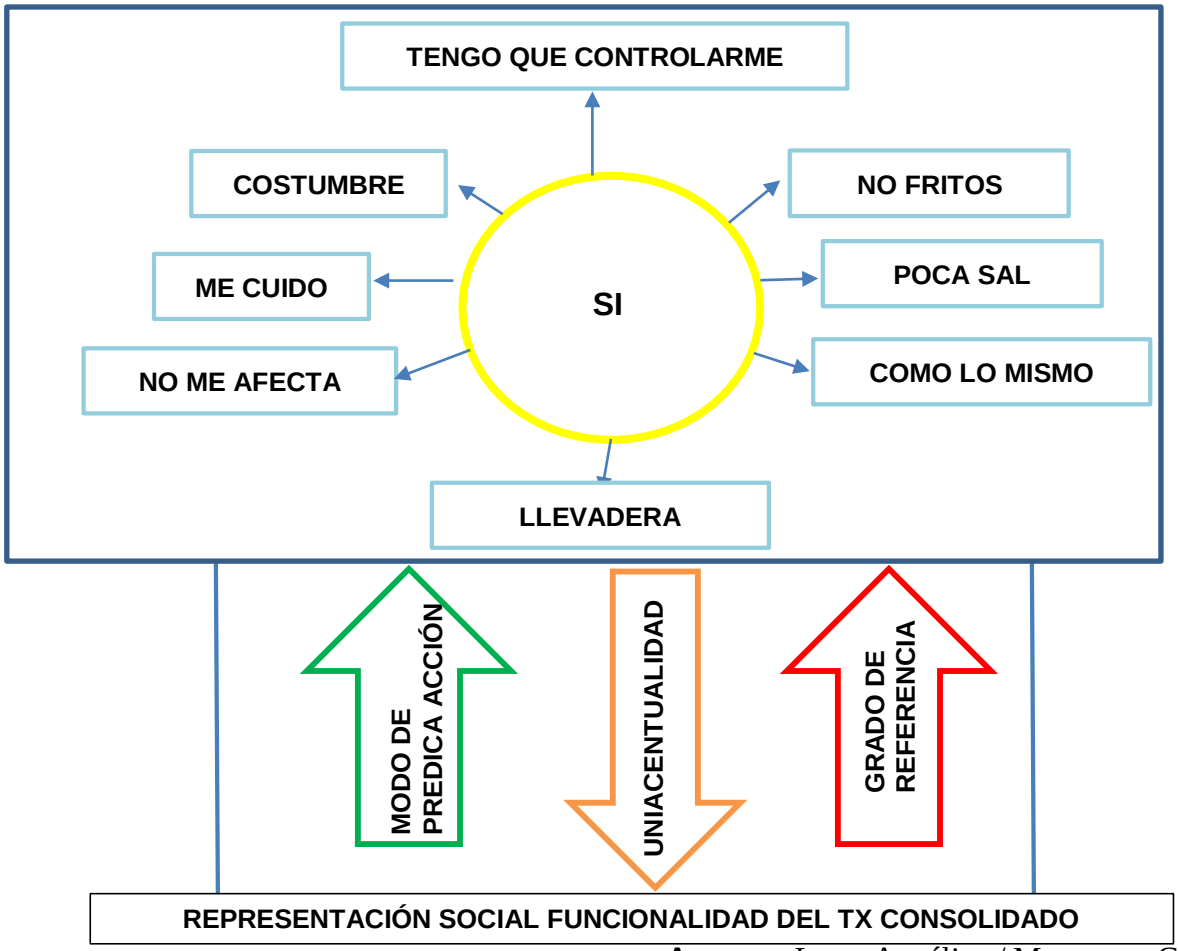


Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

Dos ideas centrales fueron establecidas en esta categoría, con un mismo número de personas para ambos paradigmas; un grupo menciona que la hipertensión arterial si es una enfermedad porque caso contrario no estuvieran enfermas; y, porque es silenciosa, como se detalla a continuación: ***AV001MMariana*** *"Sí, me preocupa cuando escucho que alguien le dio algo porque se le subió la presión ahí en ese momento me viene la preocupación, pero después la tomo tranquila.";* y, en contraste se encuentran aquellas que no la consideran una enfermedad ya que

ellas continúan con su vida normal, y mientras estén con su tratamiento no tienen síntomas. ***AV009MTeresa*** *"No, porque estoy tomando el tratamiento, siguiendo lo que me dice el doctor."*; o, ***AV008MAngela*** *"No, eso me parece normal porque no estoy caída en una cama"* ***AV016MAlexandra*** *"Yo no me siento enferma, pero mientras me tome la pastillita estoy bien."* El modo de predica encontrada en el análisis es de acción; y, un grado de referencia alto, consolidando esta representación social; además dos tipo de ideología: uniacentualidad y visión polarizada de la realidad. ***AV013MIrlanda*** *"A veces si siento eso así, Porque tengo, me da miedo, porque yo digo ahí dios mío esa es una enfermedad que yo tengo, pero que es así silenciosa, (...) ahí siento un poquito de miedo, ay, dios mío."*

Figura # 13 Funcionalidad del tratamiento de la HTA.



Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

La idea núcleo que se obtuvo fue que si les está funcionando el tratamiento que tienen hasta el momento; se cuidan, es llevadera ya que siguen alimentándose igual, solo que deben controlarse en consumir frituras y disminuir la sal en los alimentos: ***AV003MAlba*** "*El tratamiento si me ha funcionado, a mi sí, porque lo hago como me dicen, cambiar de alimentación todo eso ayuda, ahora no me cuesta ya estamos acostumbrado."* ***AV004MRosa*** *"Si me funciona, diría a las mil maravillas, tomo las patilla me siento bien la presión y el azúcar la que si me da problema es el asma."*

El análisis del discurso indica un modo de predica de acción y un grado de referencia alto considerando que la representación social de la funcionalidad del tratamiento para la hipertensión arterial es consolidado.

La ideología es uniacentualidad, pero es importante destacar una visión polarizada de la realidad que tienen algunos individuos, ya que a pesar de tener valores altos de la presión arterial ellos consideran que están bien con su terapéutica, la informante: ***AV011MDominga*** menciona *"si me funciona, a veces si me sube muy alta; por ejemplo, hoy día la tengo en 140, me dicen que está un poquito alta, pero a veces la tengo en 175";* y, apelación a la experiencia decisiva, donde; o. ***AV010MCristina*** indica que "si me funciona, ha cambiado mi vida, porque si no tomo me siento mal; en la comida a mí me gusta el arroz, porque así yo no tenga que comer, así sea el arroz me lo como, "el plátano" pero a mi casi no me gusta, pero ahorita que estoy así como poquito, poquito, ando picando por ahí cualquier cosita"

Figura # 14 ¿la hipertensión arterial tiene cura?



Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

La idea central fue que la hipertensión arterial no tiene cura indicando: que el doctor les dijo eso, porque el medicamento es para toda la vida, es crónico e incluso la parte teológica sobre que Dios es el único que sabe. A medida que avanza la entrevista las mujeres van perdiendo seguridad de si hay cura o no; e incluso en ocasiones suelen preguntar al médico usted que cree, los siguientes ejemplos que citaremos nos darán una mejor perspectiva de la situación: ***AV003MAlba*** *"eso dicen, es de por vida, pero como la ciencia ha avanzado tanto uno no sabe; es una enfermedad, pero no es limitante uno puedo convivir con ella, porque dicen que es para toda la vida."*; o, ***AV004MRosa*** *"Eso solo el de arriba lo sabe"* ; ***AV017MAurora*** *"yo creo que ya*

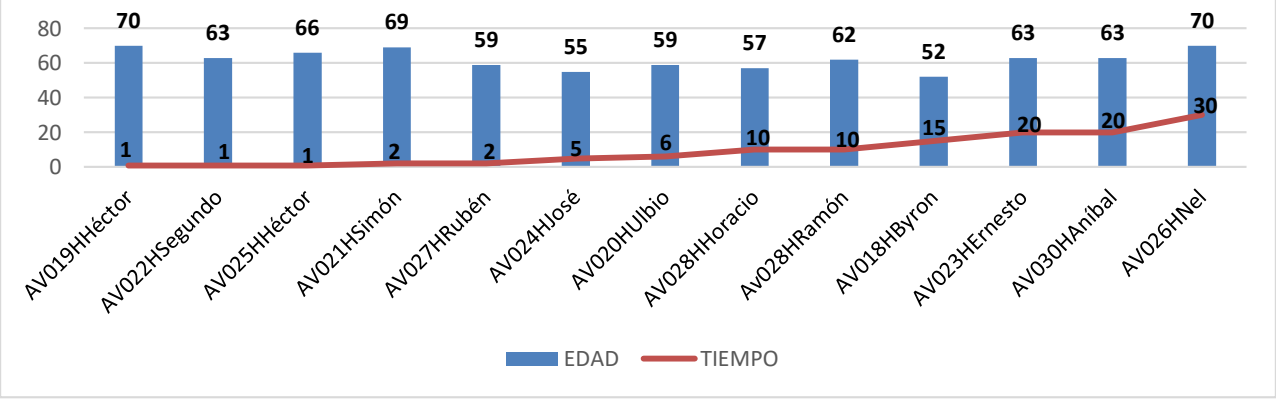
con eso, uno sigue hasta que se muera.”, ***AV006MNélida*** *“no le digo, que el doctor me dijo que de esta enfermedad no se compone nunca, yo creo que es para todo el tiempo, es para toda la vida.”*

Analizando el discurso se determinó que el modo de predica es de estado y el grado de referencia es baja; indicándonos, ¿Qué si la hipertensión arterial tiene cura? es una representación social en crecimiento; la ideología es uniacentualidad, pero es importante citar un mujer con apelación a una experiencia decisiva: ***AV007MMonserrate*** *“A veces me hago ilusiones, a veces digo hoy día no voy a tomar la pastilla y a ver cómo me va; y no, yo tengo que tomármela, ya me pongo mal, si comienzo con los nervios, me tomo mi pastilla y ya estoy bien, y le digo yo ya no creo, ya con la presión me muero.”*

4.2.7. Entrevistas de hombres con HTA atendidos en el CS “Andrés de Vera”

Narrativas de historial clínico HTA

Figura # 15 Temporalidad del diagnóstico de HTA en hombres

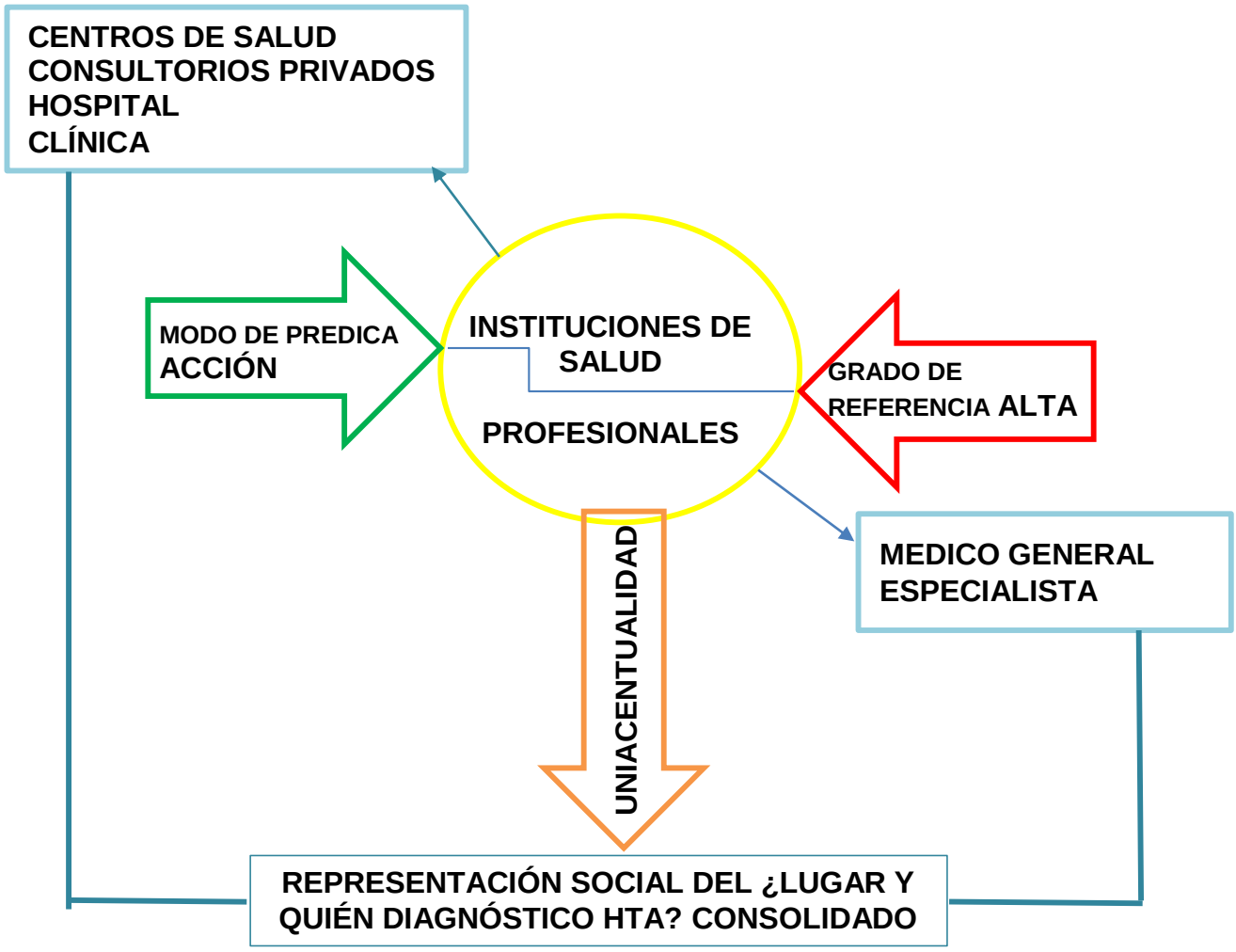


Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

La población masculina de estudio presentan un rango de 1 a 30 años de cronicidad, prevalecen los adultos maduros con más de 10 años de diagnóstico; y tenemos 4 adultos mayores

de los cuales uno presenta 1 año y el otro 30 años con HTA. Citamos la apelación a una experiencia decisiva de **Av028HRamón** **"***siquiera, más de 10 años me dijeron, el asunto es que cuando me detectaron esto; yo, estaba tomándome un vaso de wisky y me caí, me caí de frente, me golpee la cara y me llevaron a la clínica de especialidades y ahí me pusieron unos sueros y me detectaron que la presión arterial tenía como en 200 sobre 100."*

Figura # 16 ¿En qué lugar y quién da el diagnóstico en los hombres con HTA?



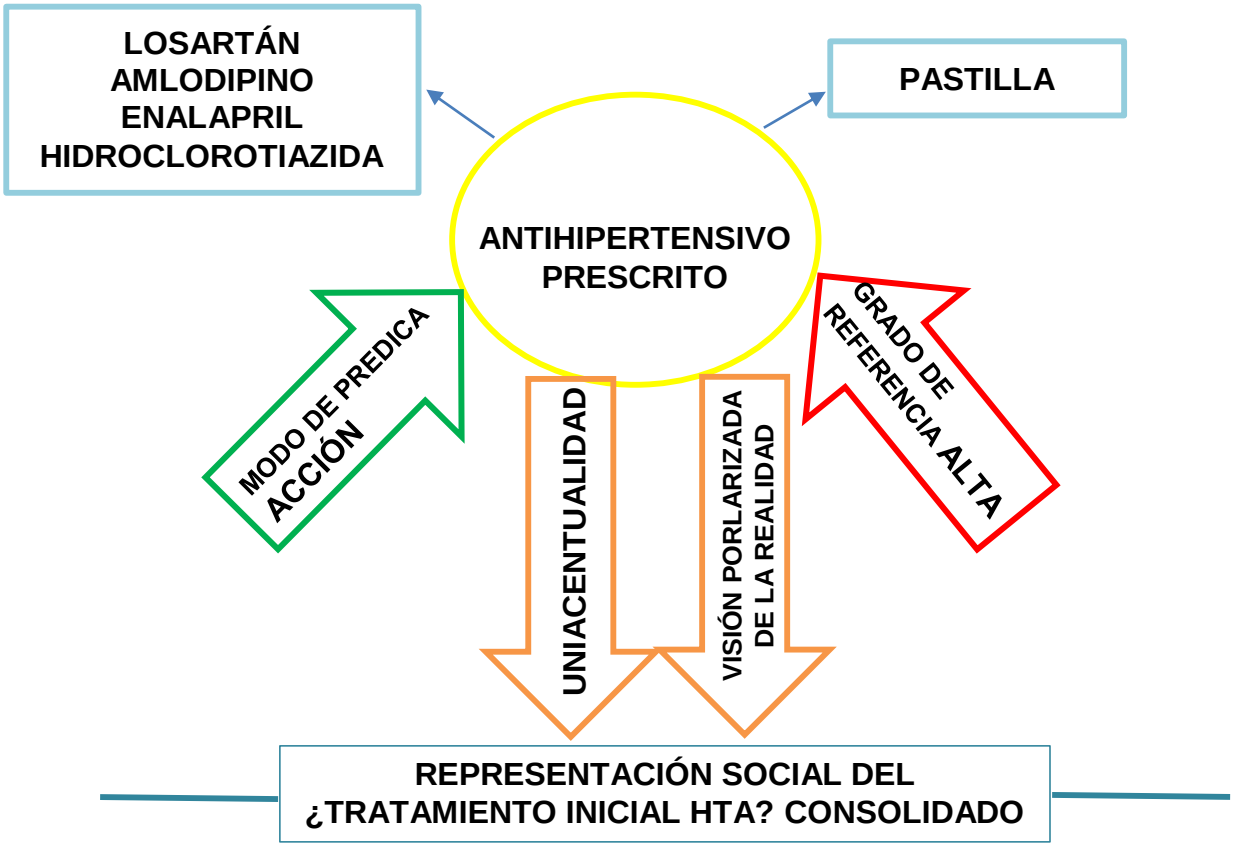
Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

La idea núcleo que se encontró en la información que dieron los hombres entrevistados es que las instituciones de salud fueron el lugar donde les dieron el diagnóstico de HTA, éstos son: Centros de salud, Hospital Verdi Cevallos Balda y consultorios privados; lo proporcionaron un médico general o especialista: **AV025HHéctor** *"primero fui a emergencia a una clínica, luego me tomaron presión y luego un chequeo y me dijeron que tenía presión alta que por eso me dolía la cabeza, pase esa época tuve que viajar, cuando regrese seguía con el problema que me dolía la cabeza hasta que buscamos un cardiólogo, el cardiólogo detecto que había presión alta, el me hizo el tratamiento."*

La ideología que predominó fue la uniacentualidad, citamos una apelación a una experiencia decisiva de uno de los informantes: **AV026HNel** *"a pesar del tiempo que ha transcurrido fue a raíz de ese problema yo no era hipertenso, estuve entre tribunales y claro yo también tuve defensores, (..) y yo fui al médico de la institución Yo realmente no sentía, no sentía nada, realmente no recuerdo como hace tantos años, yo fui por otra dolencia me tomaron la presión , tenía fiebre y me dijeron que tenía bien subida la presión y ya como habían pasado los problemas, una situación bien estresante, entonces ahí ya me preocupe por tener la presión bien subida"*

Es importante recalcar una visión polarizada de la realidad, donde acentúan que el doctor es quien indica un diagnóstico pero ellos no tienen enfermedad: **AV023HErnesto** *En el hospital, yo fui así nomas, así nomas, no sentía nada, y no pasó nada, desde ahí es que tengo la tal presión, estoy tomando pastillas sin saber que realmente es presión o no es presión*. Identificamos modo de prédica de acción con un grado de referencia alta por lo cual la podemos catalogar como una representación social consolidada.

Figura # 17 ¿qué tratamiento le indicaron para la HTA?

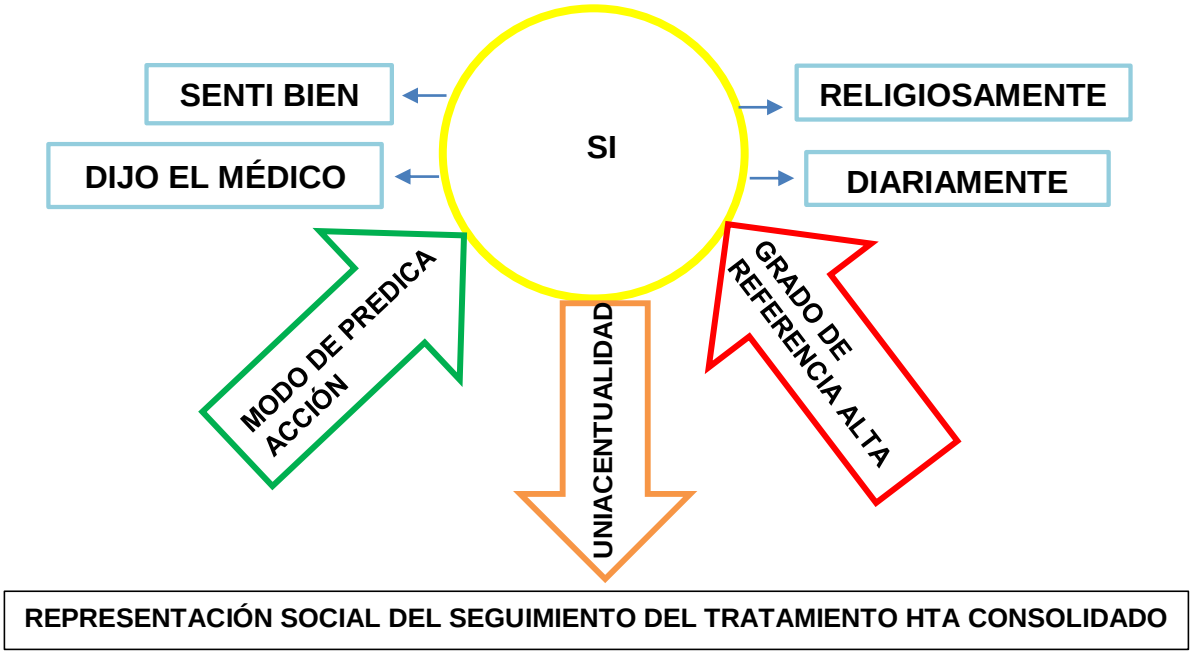


Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

La idea núcleo de esta categoría es el uso de antihipertensivo en el tratamiento inicial de la hipertensión arterial como enalapril, losartán, amlodipino, hidroclorotiazida e incluso la "pastilla": **AV021HSimón** *"me dijeron que tome la pastillita la enalapril, esa es la que tomo"* **AV022HSegundo** *"aquí en la emergencia me dieron una pastilla y a los pocos minutos me dieron otra, de ahí lo que la doctora me dio, la losartan."* **Av028HRamón "***Ahí en ese tiempo me empezaron a recetar unas pastillas, una pastilla que se llama aranda 100/5, ya ahí fui mejorando."* La ideología que prevalecio fue la uniacentualidad, pero destaca un paciente con una visión polarizada de la realidad, en la que se revela su negación a tener el diagnostico que recalca no tener tratamiento a pesar que luego menciona que si toma antihipertensivos. **AV023HErnesto "***Y nada,*

nunca nada, solo unas pastillitas, después fui donde la doctora Melo y me dio unas pastillas que se tomaban por día ahí marcadas de día." Modo de prédica de acción con un grado de referencia alta por lo cual la podemos catalogar como una representación social consolidada

Figura # 18 cumplimiento del tratamiento para HTA



Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

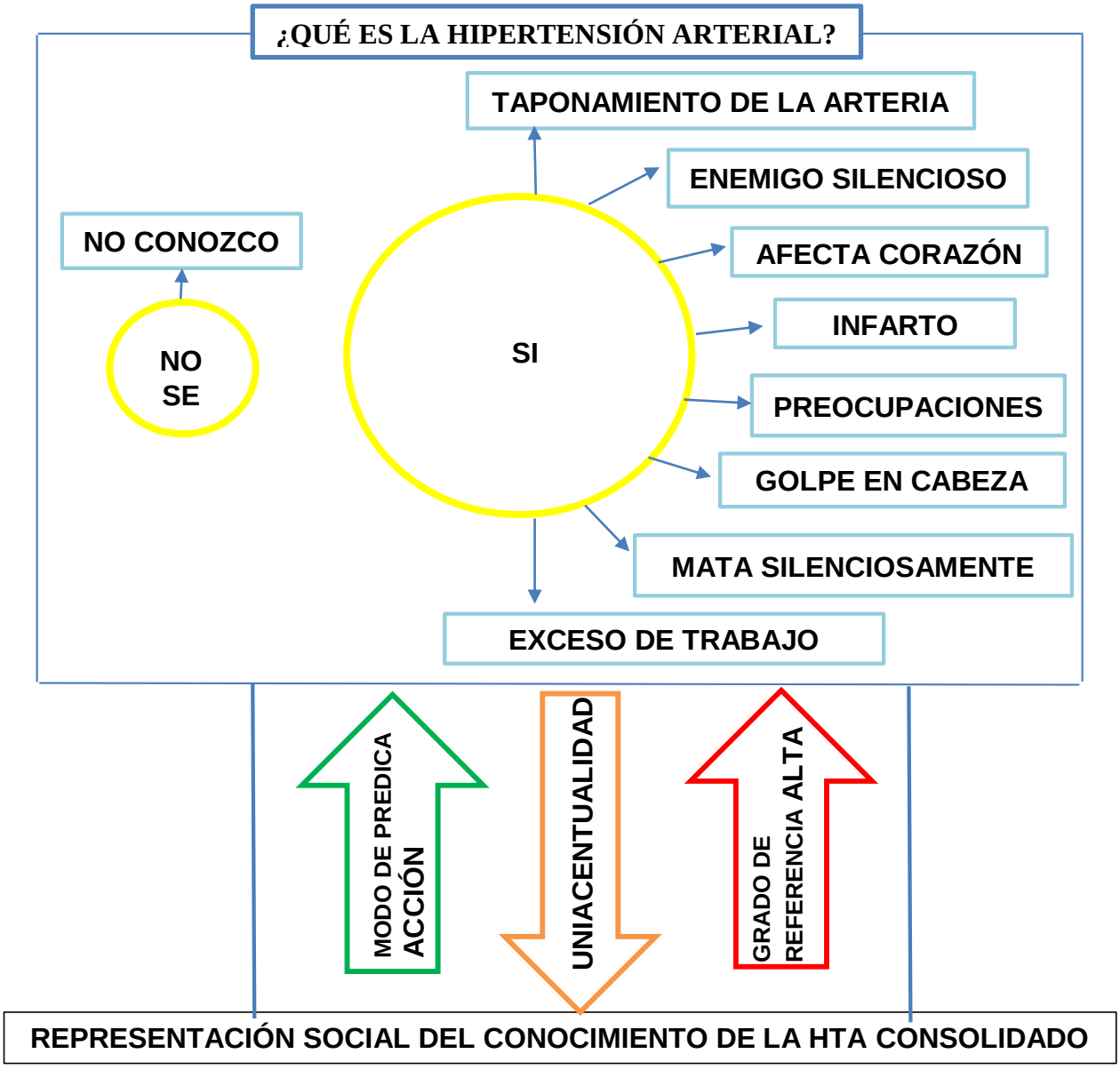
La idea núcleo de esta categoría fue que todos si continuaron con el tratamiento indicado porque se sintieron bien, así lo indico el médico, como podemos ver en las siguientes expresiones de los participantes: **AV026HNel** *"Si claro que lo continúe, imagínese si yo ya desde ahí me sentí tan preocupado por lo que se me venía."* **AV024HJosé** *"Siempre la he tomado juicioso, juicioso, siempre, yo no la dejo de tomar, yo nunca, nunca."*. Presenta un modo de predica de acción y alto grado de referencialidad, por lo cual esta representación social se encuentra consolidada. Una ideología de uniacentualidad, citando una apelación a una experiencia decisiva: **AV018HByron** *"Sí, sí lo seguí, lo mío era este, porque tengo el corazón más desarrollado, por lo que yo fui deportista, tengo un poco más desarrollado el corazón y como yo deje de hacerlo este, mi corazón*

bombea por los músculos lo tengo más grande, por mi característica del deporte." **AV020HUlbio**

"si, diariamente, una vez me olvidé y me acuerdo que no me había tomado la pastilla, eso me descontrola el sueño; y, entonces yo me levanté rápido, a eso de las 2 de la mañana o 3, ahí me la tome, ahí estuve estuve hasta que la pastilla hizo el efecto y me quede seco."

Narrativa del problema de salud

Figura # 19 caracterización de la HTA



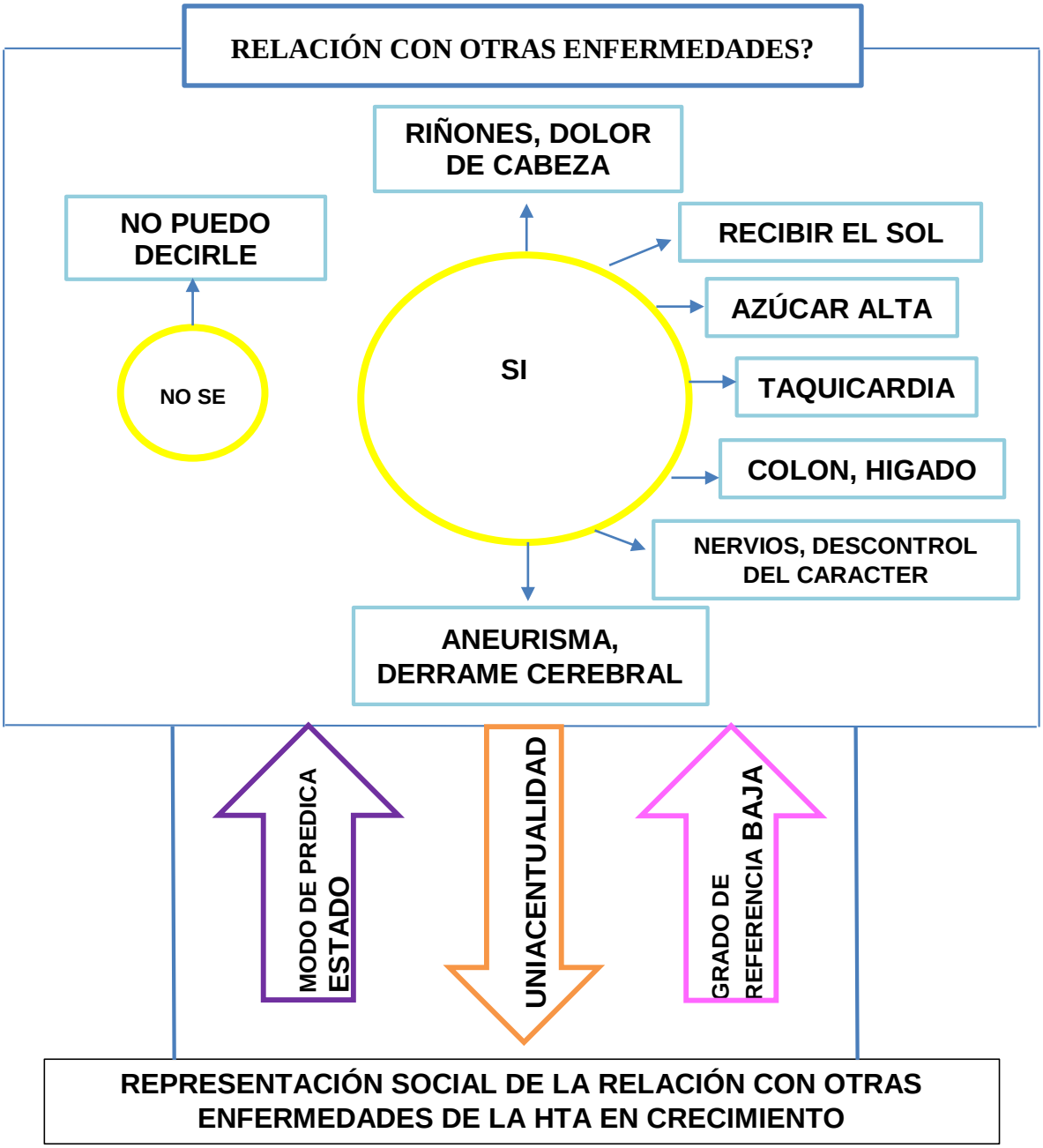
Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

Las dos ideas núcleos son: que una mayor cantidad de hombres indican que si saben que es la hipertensión arterial con sus diferentes sintagmas relacionándola con el estrés la preocupación o dándole una explicación fisiopatológica de la misma; y, una minoría no conocen. **AV025HHéctor** ***"****lo que yo sé, es que la presión es causada por muchos factores ya sea exceso de trabajo, ya sea el estrés, o las muchas preocupaciones."* **AV018HByron "***la hipertensión es, cuando uno es joven uno tiene las venas limpias internamente, pero cuando uno llega a cierta edad, como la mía; que desde los 40 para acá he disminuido, sé que hay un constante progreso en el taponamiento de las arterias y venas y por esa razón se van achicando los conductos y como el corazón sigue bombeando de la misma manera ahí viene la cuestión de la hipertensión."* **AV024HJosé "***Bueno lo que yo es escuchado es que le llaman el enemigo silencioso*

Hay una ideología de uniacentualidad; pero, presentamos ejemplo de apelación a una experiencia decisiva. **AV019HHéctor** *"La verdad que no tengo conocimiento bien de eso, bueno posiblemente que fue por el golpe que recibí en la cabeza, y de ahí el dr dijo que posiblemente, que tenía que tener mucho cuidado porque me podían suceder ciertas anomalías más respecto a eso. Casualmente un compadre mío siempre sufría de la presión pero tampoco me dijo nunca por qué razón sufría de eso."*

Modo de predica de acción y grado de referencia alta con una representación social consolidada.

Figura # 20 ¿La HTA está relacionada con otras enfermedades?



Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

En esta categoría se determinaron dos ideas núcleos en la que predominan quienes si conocen sobre la relación de la hipertensión arterial con otras enfermedades siendo las enfermedades renales, hepáticas, cefalea, ECV, taquicardias; y, pocos desconocían el tema

AV018HByron *"sé que es un problema que me puede causar un infarto, sé que me puede causar una aneurisma o un derrame cerebral por que se achico el conducto donde pasa la sangre, ya debo de cuidar mucho lo que es la grasa y cuestiones por el estilo."*

AV020HUlbio *"la HTA, pues yo hable con un amigo que es diabético, que de la HTA comienza la diabetes si usted es hipertenso cuídese de la diabetes, porque comienza con los riñones, yo conversaba con un amigo que es diabético; el, es que me dice: cuídate porque así comienza la diabetes."*

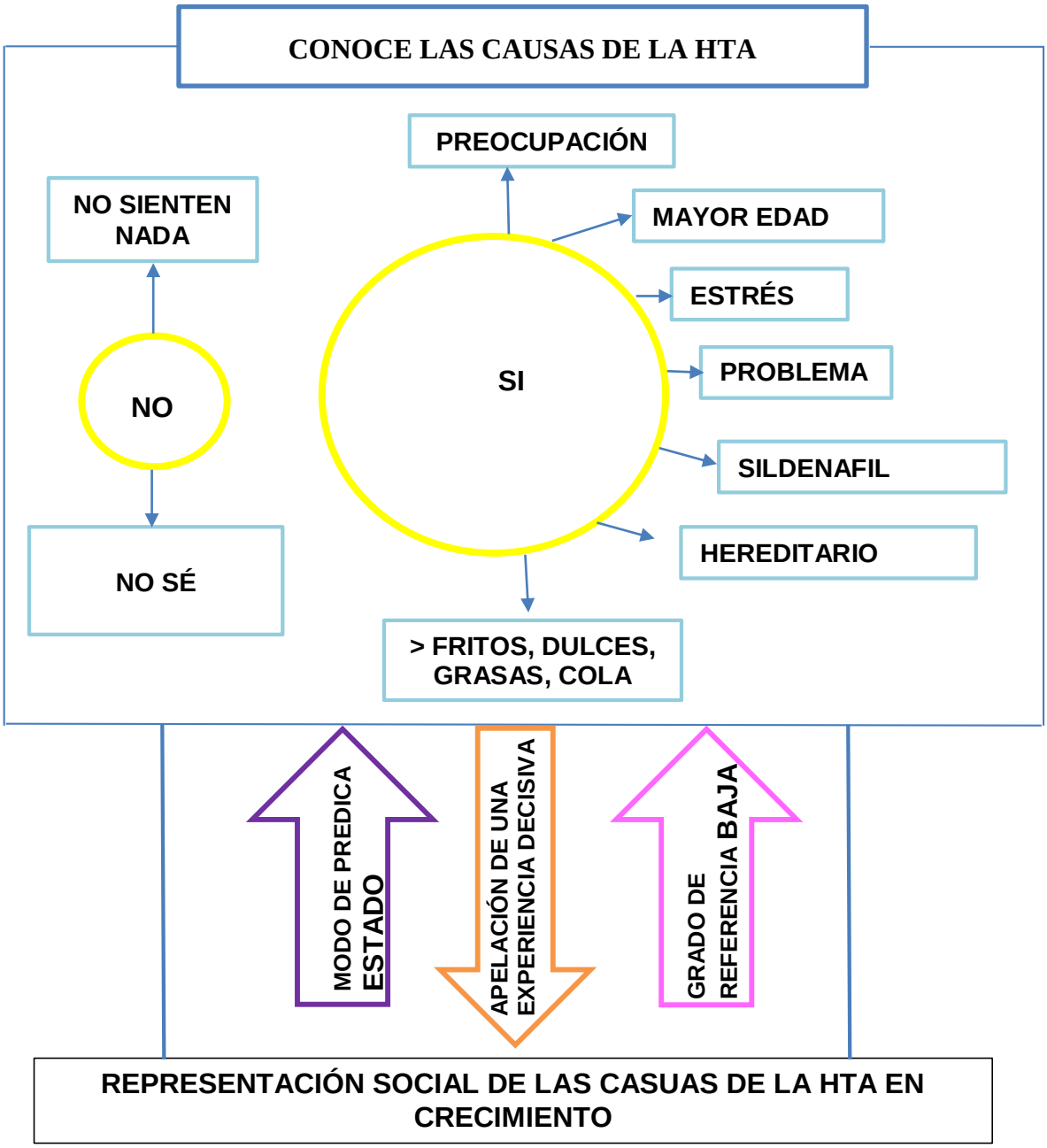
La ideología es uniacentualidad, se obtuvo criterios con visión polarizada de la realidad:

AV019HHéctor "*Es Posible que sí, porque los médicos por algo se preparan por algo tienen esa iniciativa, estudian y conocen muchas cosas, después de dios la ciencia está muy avanzada; y, yo si le escucho a los doctores porque si uno no escuchara, no es porque tampoco son superior a dios, ¡noo! es porque dios mismo le dio el pensamiento la capacidad a esa persona para que estudie y a través de su estudio conoce muchísimas cosas."*

AV025HHéctor *"Que yo sepa no, gracias a dios no he tenido infartos o derrames, se todo lo que se escucha comúnmente pero nada que hayan dado una información de cómo es, a que se debe, en qué etapa puede cursar"*

En el discurso tenemos un modo de predica de estado y un grado de referencia bajo por lo que se considera que la relación de la hipertensión arterial con otras enfermedades es una representación social en crecimiento.

Figura # 21 ¿cuáles son las causas de la hipertensión arterial?



Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

Las dos ideas núcleos de esta categoría son: una minoría no sabe y la mayoría mencionan que si porque han escuchado a otras personas, no tienen bien definido las causas de las mismas pero relacionan con sucesos que le han ocurrido en sus vidas; consideran el estrés, las

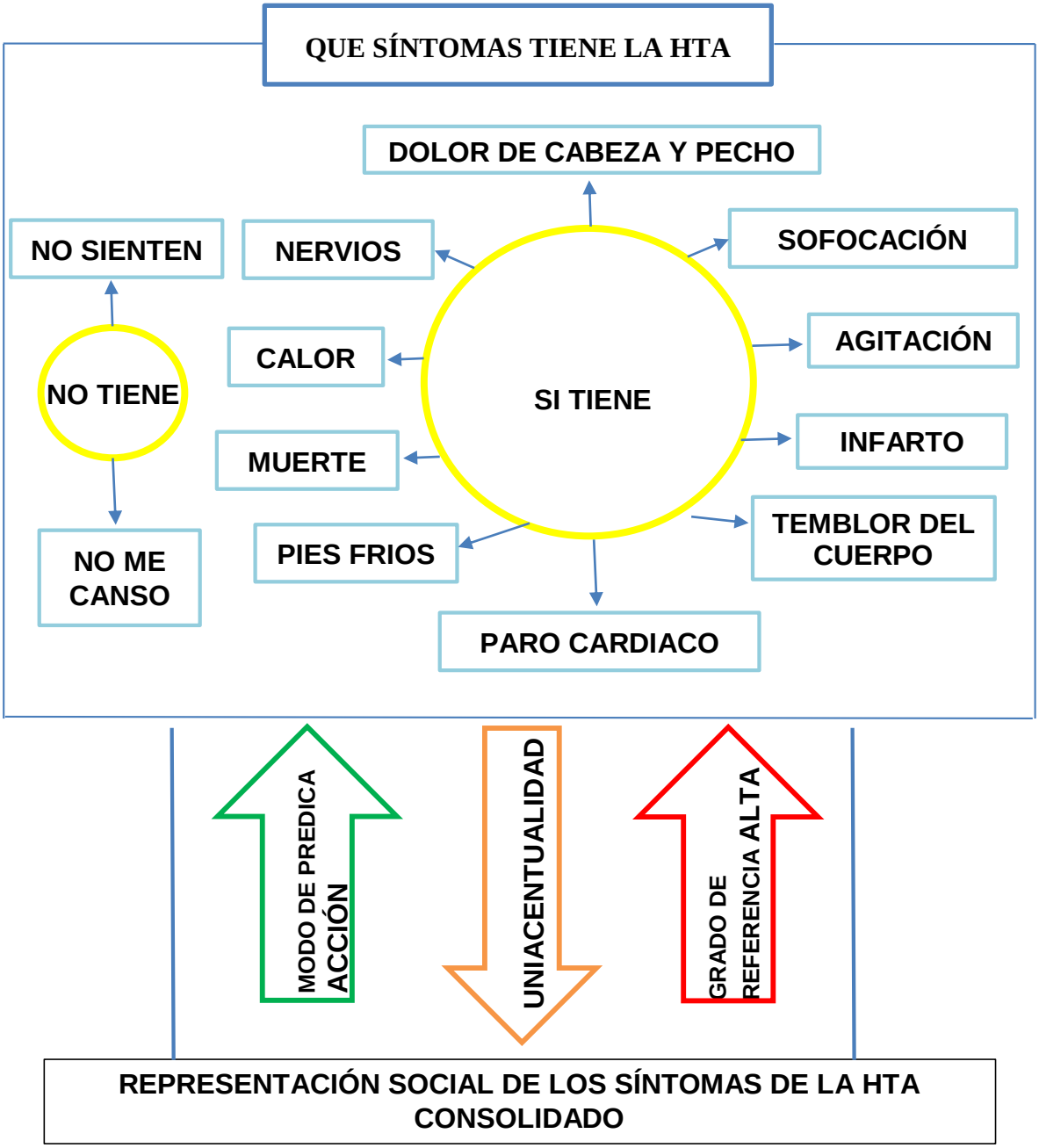
preocupaciones, problemas con familiares, el incremento en el consumo de alimentos fritos, dulces, gaseosas, tomar medicación como la sildenafil, hereditario, y el envejecimiento como la base del desarrollo de la HTA, citamos: **AV025HHéctor** *"que yo sepa no, gracias a dios no he tenido infartos o derrames, sé, todo lo que se escucha comúnmente pero nada que hayan dado una información de cómo es, a que se debe, en qué etapa puede cursar."* **AV026HNel "***la preocupación, el estrés, me imagino, también debe ser por problemas asuntos familiares también, muchas enfermedades son también por la herencia."* **Av028HRamón** *"ya ahí, sí estoy como cero, no sé porque, hasta la vez he podido descifrarlo, tampoco no le he preguntado a quienes conocen del tema."*

La ideología es apelación de una experiencia decisiva: **AV024HJosé** "*yo considero, que una pastilla que se llama sildenafil, fue la que me alteró la presión a mí, yo considero, porque yo no sentía nada, cuando yo me tomaba esa pastilla yo sentía esas luces de día, yo la pasaba muy bueno si me entiende."* **AV021HSimón "***no sé cómo es eso, No sabría, yo creo que es por el trabajo por el recibir el sol cuando uno trabaja; porque trabajaba al machete y trabaja en construcción y lo que me daba el sol y yo digo que puede ser por eso."* Remarcan sus sentimientos frente el hecho de como le dicen un diagnóstico, del peso que viene al escuchar que tienen una condición y que para ellos no han corroborado: **AV020HUlbio** *"yo le voy a decir la verdad, a veces los doctores, no son todos doctores, ni la que toma la presión; a veces es un problema que tiene uno y uno va; y ese problema uno lo descarga dentro del cuerpo de uno, en la cabeza lo descarga; entonces, uno se siente mal; y, como va al hospital y le dicen: ¡uuuyyy! usted es hipertenso, a veces yo así veo medio raro, a veces me calienta, de que no son nada, ellas lo que tienen que hacer es tomar la presión y decirle al doctor, solo hacen asustar a uno y entonces dice la licenciada: pero ¡usted es hipertenso! pero ¡usted es hipertenso!. Antes de que yo tenga*

hipertensión, ya me dicen que soy hipertenso y lo que hacen es asustar a uno, lo desmoralizan."

Modo de predica de estado con un grado de referencia bajo con una representación social en crecimiento.

Figura # 22 manera de presentarse de la hipertensión arterial

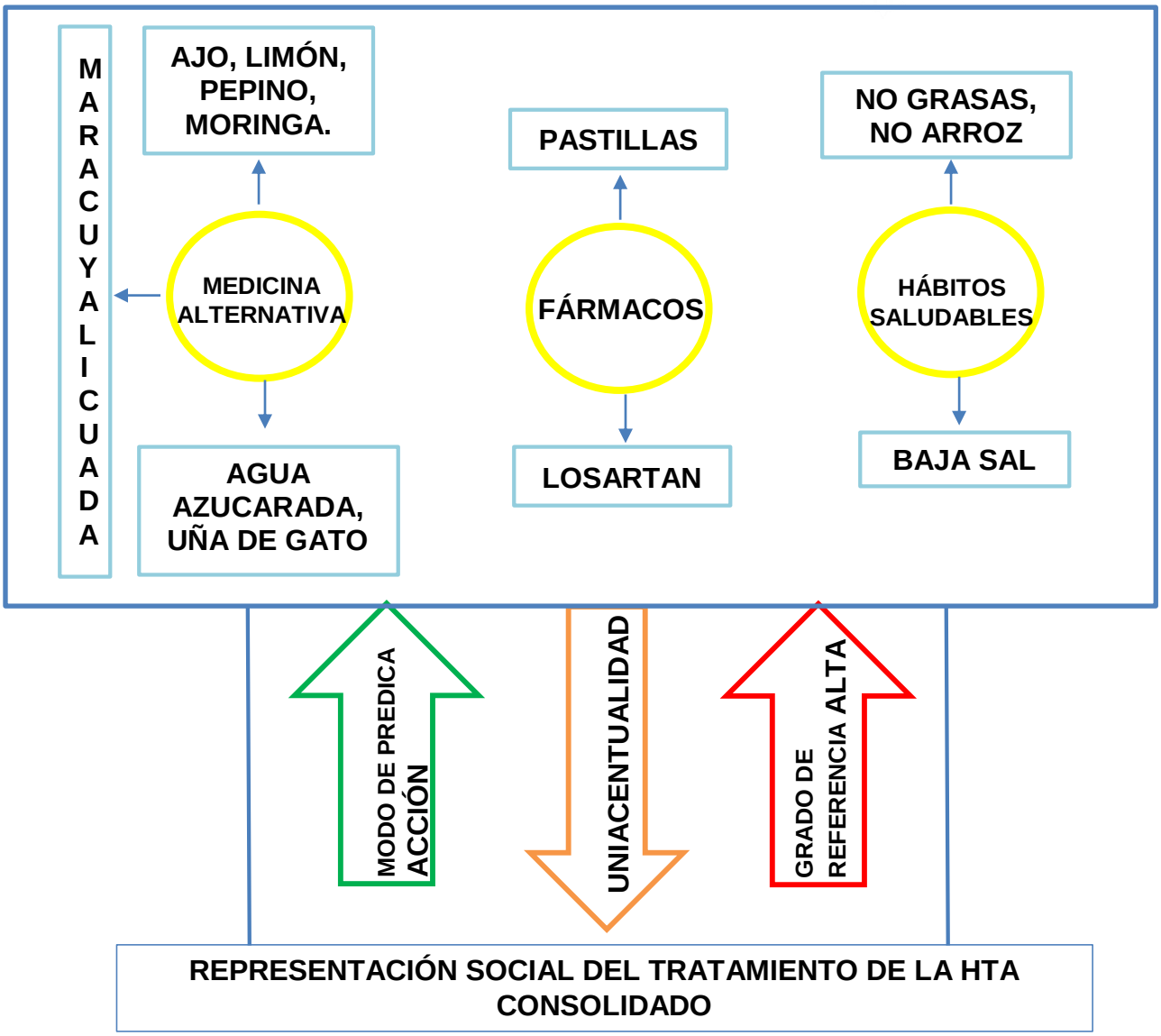


Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

Se determinaron dos ideas núcleo, quienes consideran que no tiene síntomas debido a que ellos no se cansan; y, para los demás entrevistados las manifestaciones son: dolores de cabeza, calor, pies fríos, nervios, agitación, para cardiaco y muerte. **AV018HByron** *"Bueno, yo podría decirle que no me canso, yo no siento nada, absolutamente nada."* **AV026HNel** *"yo realmente no sentía, no sentía nada, yo casi no siento, a veces me toman la presión me dicen que la tengo subida pero yo no siento casi nada, cuando yo tengo un problema ahí si siento."* **AV020HUlbio** *"la muerte."*

En el análisis del discurso tienen un modo de predica de acción y grado de referencia alta siendo una representación social sobre manifestaciones clínicas consolidada; la ideología que predomina es la uniacentualidad; pero también destaca una visionpolarizada de la realidad, porque no tiene certeza de que en realidad tiene hipertensión arterial, citamos a continuación al informante: **AV023HErnesto "***La verdad la gente dice que tienen hartos síntomas, pero a mí, no me da nada de síntomas, porque yo mi presión es de hasta 180 que la he mantenido siempre, no he sentido nunca nada de nada, de que se cae la gente de que están mareados de que le duele la cabeza pero yo nunca he tenido dolor de cabeza, ahi de repente siento como que me hinca por aquí pero de repente pero me hago así y na, nunca porque he tomado aguardiente he tomado cerveza wisky y me da igual, porque no se si es que yo tenga, porque una vez un man le dijeron que tenía asi la presión pero no tenia nada era que el doctor sabía que tenía plata le empezó a dar remedio para que vendiera las vacas y le comprara los remedios, a mí me han dado sin hacerme algún análisis de que tengo presión o estoy con eso, me dijeron tienes presión y toma estas pastillas, tome enalapril de 20."*

Figura # 23 Tratamiento conocidos y escuchados para la HTA



Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

En esta subcategorías sobre los tratamientos conocidos por la población en estudio se encontró tres ideas núcleos; los hábitos saludables como: disminuir el consumo de grasas y sal en las comidas; en la medicina alternativa incluyen el limón, el ajo, pepino, maracuyá y los fármacos como losartán. **AV025HHéctor** *"solamente tomar pastillas en las horas indicadas y ninguna otra cosa."* **AV022HSegundo** *"agua azucarada, no sé, canela, los exámenes para ver ¿de qué depende?"*

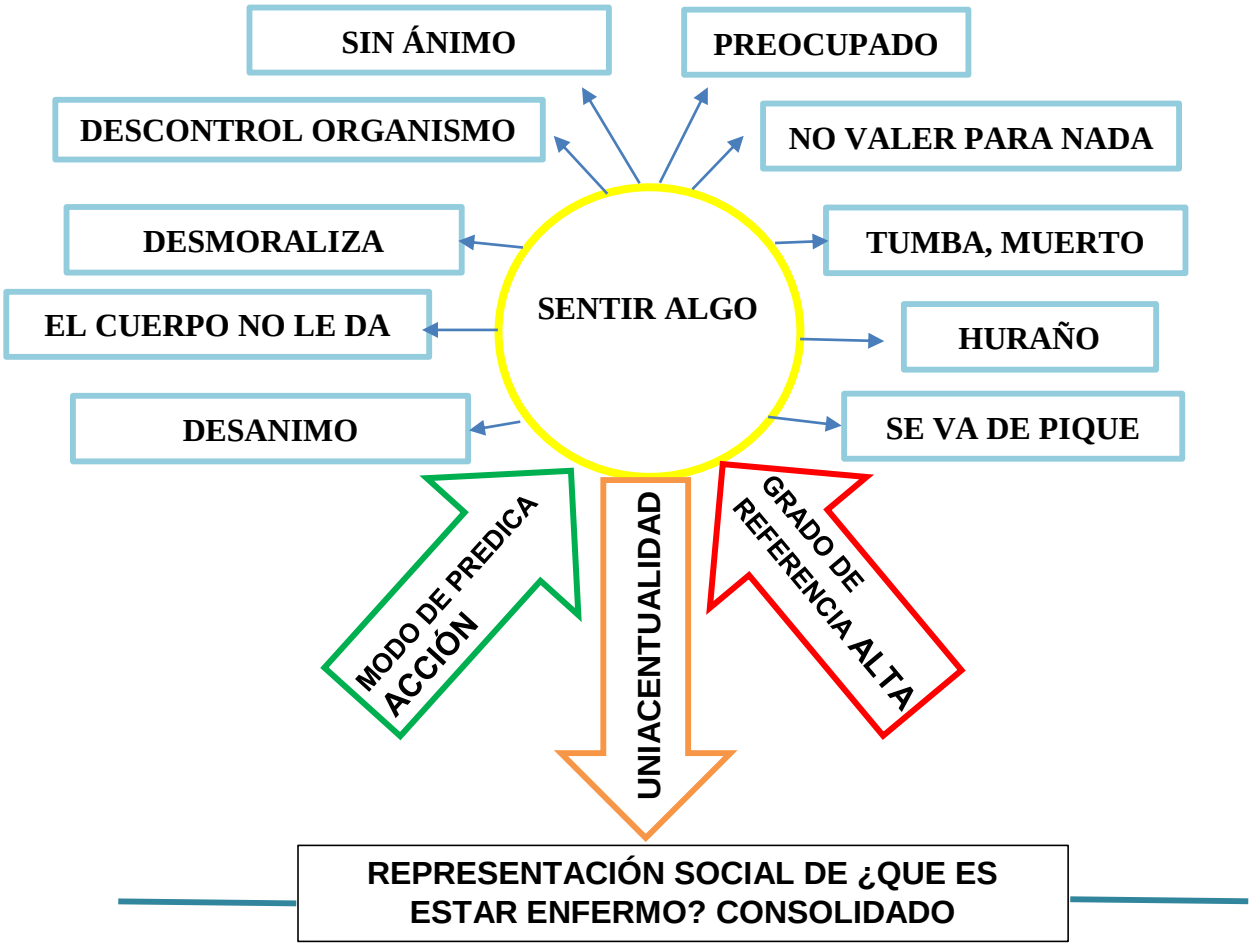
El modo de predica es de acción y un grado de referencia alta por lo tanto es una representación social consolidada, tienen una ideología de uniacentualidad, a continuación damos ejemplos; el primero de visión polarizada de la realidad y el segundo de apelación a una experiencia decisiva:

AV023HErnesto *"tratamiento que coma grasa, que no coma arroz, que no coma roscas, que no coma chifle, que no coma carne gorda, ni queso ni sal y la comida sin sal es mala, que coma un caldito de arroz pero eso no he aceptado comer yo quiero comer es carne pollo, queso como frito y no me pasa nada, hasta la vez no me pasa nada, no sé si algún día me pase algo, todo ha sido después que murió mi veterano, me dijeron que mi presión es emocional; no es una presión así, sino que es emocional, me emocionaba por algo y se me subía y ahora no sé si sea emocional o no, como estos médicos inventan harta pendejada."*

Av028HRamón *"el tratamiento que hay es las diferentes pastillas que le dan a uno, de acuerdo a la presión que uno tiene si es más alta o más baja, porque esta presión que tenía no podían bajarla, primero no bajaba de 180, porque no sé, no daban con la pastilla correcta, yo tenía 180 y ahora si baja a 120. Ay gente que dice que se pongan una tapita de limón debajo de la lengua y dicen que es peligroso porque la baja de un solo, y la pepa de ajo y eso si lo he hecho porque me regula un poco."*

Asociación cultural a seguimiento / control de la enfermedad

Figura # 24 ¿qué entiende por estar enfermo?

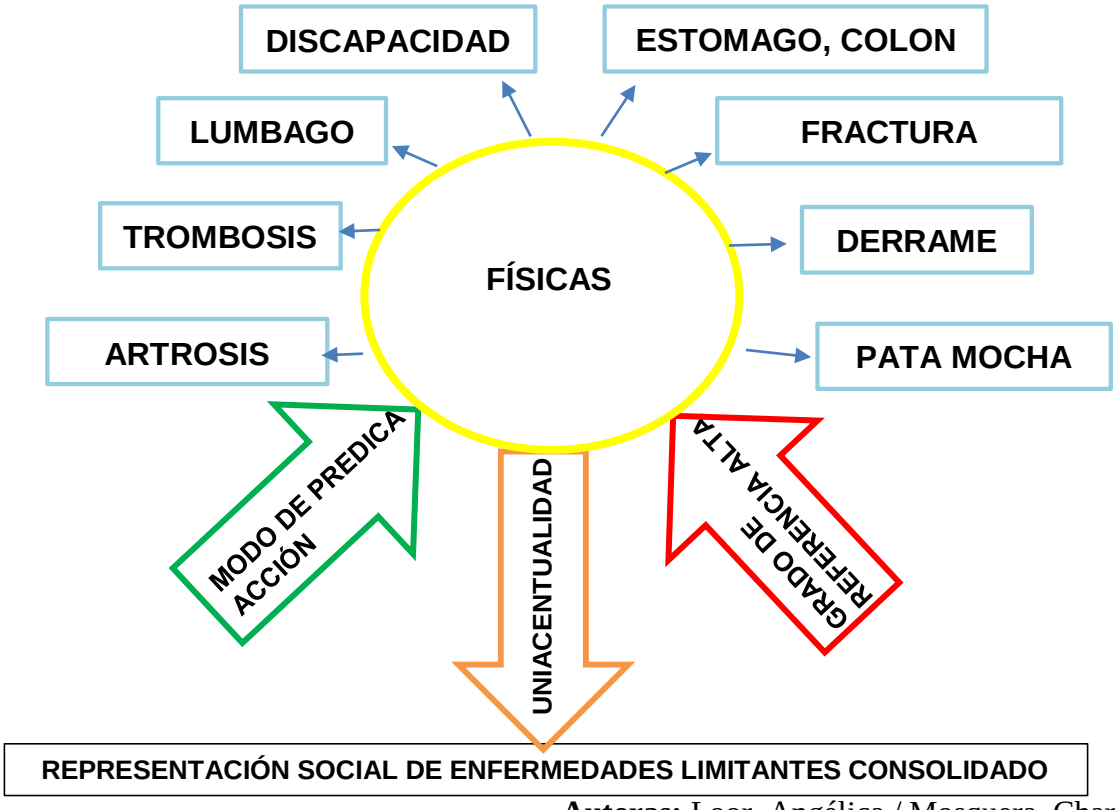


Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

En esta categoría se ha podido determinar una idea núcleo enfocado a que estar enfermo es sentir desánimo, descontrol de su organismo, sin ánimo, preocupado, que no valen para nada, ya un paso para la tumba, es la muerte. **AV028HHoracio** *"a uno lo trae a pique, es tirarse al abandono."* **Av028HRamón** *"hay un descontrol del organismo, ya el organismo no funciona igual, todo se descontrola."* **AV021HSimón** *"uno no tiene ni animo de hacer las cosas si uno quiere trabajar y no puede trabajar, uno no puede hacer es nada; me da hasta coraje porque uno no puede ir a trabajar."*

Hay un modo de predica de acción y un alto grado de referencia, por lo cual es una representación social consolidada; predominaba la ideología de uniacentualidad; a continuación damos ejemplos; el primero de visión polarizada de la realidad y el segundo de apelación a una experiencia decisiva. **AV023HErnesto** *"Es estar en la tumba muerto, estar enfermo es no valer para nada, por eso es que le digo que yo no siento nada porque yo ando por donde quiera dicen que estoy enfermo, pero yo camino para la escuela, para el parque para la cancha, no siento nada, no es que me voy a ahogar."* **AV020HUlbio** *"sentirse enfermo es algo que el cuerpo no le da, porque si usted está enfermo los pies, todo se desmoraliza, y no puede, la semana pasada que me enferme que caí con esa situación no pude levantarme, eso es feo. Uno cuando anda así, pide es la muerte"*

Figura # 25 ¿Qué enfermedades le impedirían realizar actividades?



Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

Hay una idea núcleo son las enfermedades físicas como: artrosis, trombosis, lumbago, discapacidades; aquellas que son un limitante para continuar con sus actividades cotidianos. **AV023HErnesto** *"la enfermedad que no me permite es un derrame. Me quedo ahí, porque si tengo otra enfermedad como la gripe ando, camino si me operan del apéndice sigo caminando, pero si están en sillas de ruedas depende de otra persona."* **AV030HAníbal** *"hay muchos factores pues que dependen, puede ser un accidente y la otra es pues de respecto digamos le da a uno como decir una trombosis."* En el análisis del discurso hay un modo de predica de acción y grado de referencia alta; esta representación social está consolidada; predominando la ideología de uniacentualidad.

Figura # 26 ¿La hipertensión arterial le hace sentir enfermo?

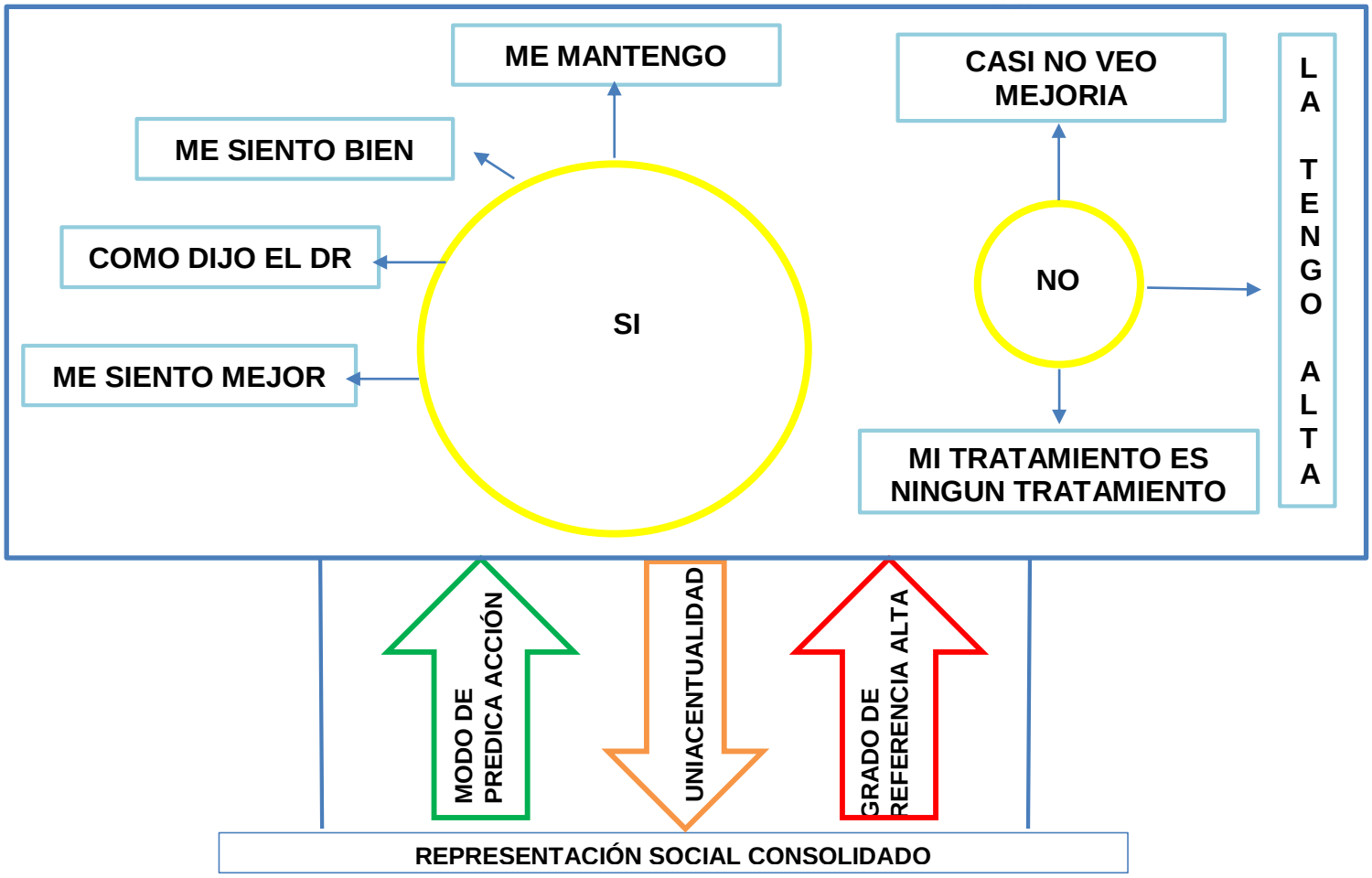


Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

Dos ideas centrales fueron establecidas en esta categoría la minoría indican que si la consideran una enfermedad a la HTA y otros que al no tener síntomas mencionan que no la sienten como una patología y que además la llegan a controlar, como se detalla a continuación: **AV019HHéctor** *"si casualmente que si, por esa razón es que estoy enfermo."*; o, **AV026HNel** *"no yo no tengo problemas, como le dije antes yo me olvido, yo no le paro bola, yo soy bien activo."*, **AV027HRubén** *"no, a mí no me hace sentir enfermo para nada porque yo pienso que si uno va de la mano con los médicos y un buen tratamiento y todos los cuidados yo pienso que no hay impedimento."* **AV030HAníbal** *"no, yo no le doy casi así importancia, porque si voy a estar en el pensamiento me va a confundir, bueno a estar dudando cuando será a mí; y, ¡no! la vida hay que seguir en historia, largo y disfrutar con la ayuda de Ud. como es una doctora. y los medicamentos que me va a dar."*

El modo de predica encontrada en el análisis es de acción; y, un grado de referencia alto, consolidando esta representación social; además dos tipo de ideología: uniacentualidad y visión polarizada de la realidad. **AV020HUlbio** *"yo no siento nada, para mí la hipertensión yo la he dominado, porque un amigo le dio HTA y él se puso flaco, le encamaron que te vas morir, le dijeron se te va a parar el guacho, yo cuando a mí me dijeron no me desanime, la cogí suave."*; o, **Av028HRamón** *"no, porque ya la controlo; o sea, yo sé, cuando la presión se me sube, o sea tengo autocontrol del organismo, así este alta yo la controlo."*

Figura # 27 funcionalidad del tratamiento de la HTA



Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

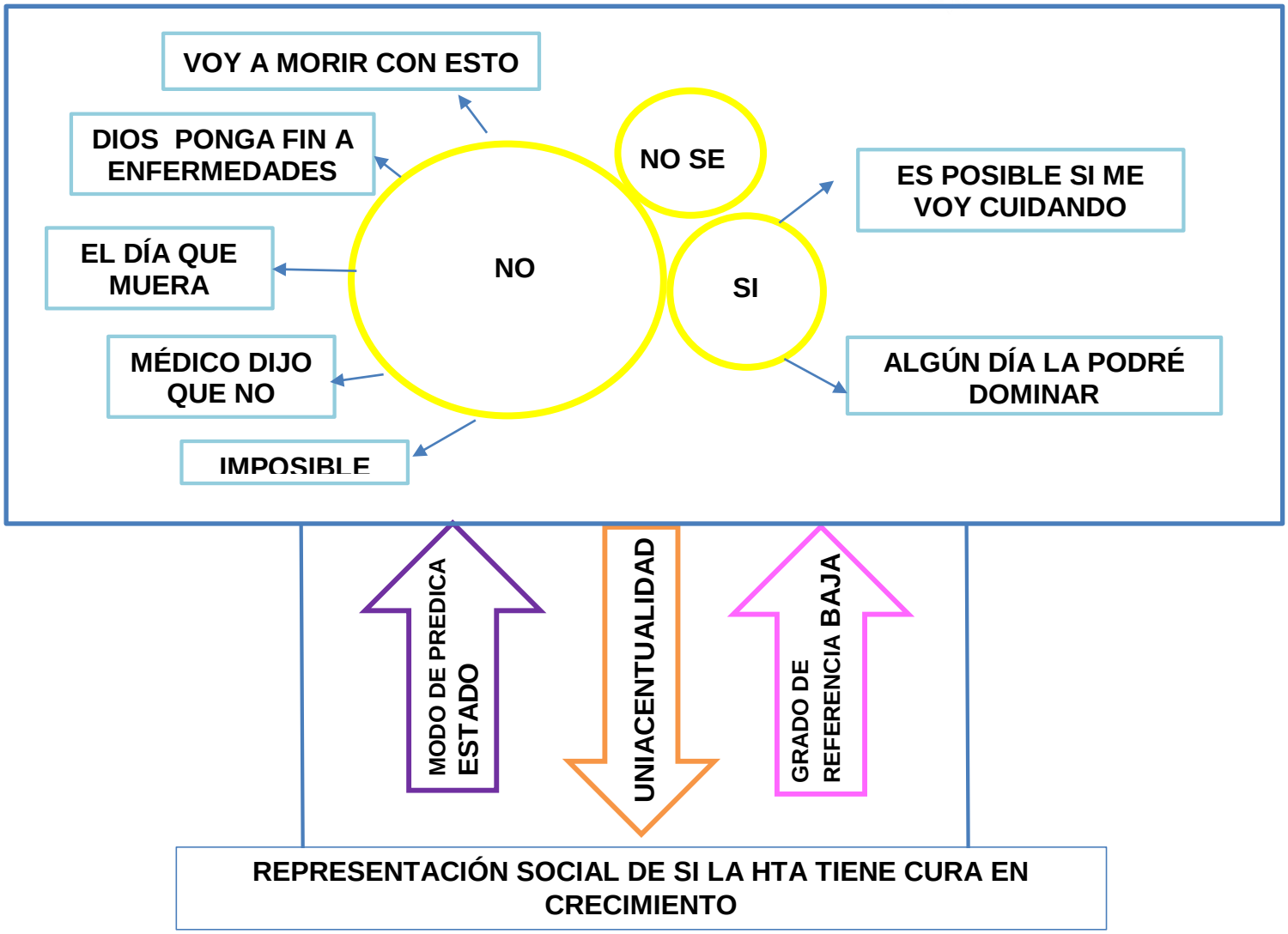
Dos ideas núcleos hubieron, ciertos informantes mencionan que no les funciona el tratamiento porque no ven mejoría; y, la mayoría afirman sentirse bien con la terapéutica la cual si les está dando buenos resultados; **AV021HSimón** *"casi no veo tanta mejoría con esa pastillita, porque si fuera que me hiciera algo para los nervios, no anduviera así como tembloso, mejorara el dolorcito de cabeza."; o,* **AV027HRubén** *"sí, a mí sí, porque yo me siento bien, yo me hago controlar cada 2 a 3 días me hago controlar en diferentes horarios y veo que la presión la tengo bien hay días que está un poquito alta y yo sé que es porque yo he andado haciendo mis actividades y eso me ha repercutido."*

El análisis del discurso indica un modo de predica de acción y un grado de referencia alto considerando que la representación social de la funcionalidad del tratamiento para la hipertensión arterial es consolidado.

La ideología es uniacentualidad, pero es importante destacar una visión polarizada de la realidad: **AV018HByron** *"sí más bien me tomo la pastilla cuando yo estoy trabajando; no me la tomo todos los días, No siento nada, absolutamente nada, yo siento que la presión esta alta es cuando tengo problemas, me pongo rojo, o sea ahí es que yo, cuando mi mente o mi capacidad no está bien, cuando tengo un problema familiar, cuando tengo un problema así con cualquiera, ahí es que yo opto por tomar la pastilla.*".

AV023HErnesto *"el tratamiento que yo cargo es ningún tratamiento, nomás tomo losartan cloratlidona y amlodipino de 10, yo como de todo, antes como de más, porque me dan comida de más, no tomo plantas, de repente voy al control médico porque ahí solo voy para que me den la pastillita y ahí de repente me toman la presión pero siempre dicen que estoy en 120/70 otro día dicen en 160/90 otro día en 150/80 porque antes solo era en 180 que la tenía y una vez la tenía en 200 y me dijeron ya se va a morir y fue mentira no me he muerto, andaba tranquilo me la tomaron y me dijeron tiene en 200 ya nomás se infarta pero no vi nada, nomás me dieron la pastilla y me fui; ahora lo que no sé, es si tenga dañado el corazón de tantas pastillas."*

Figura # 28 ¿la hipertensión arterial tiene cura?



Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

Se determinaron 3 ideas centrales siendo en su mayoría que no tiene cura que van a morir con hipertensión arterial; otra de las ideas núcleo es que si tienen cura ya que si se siguen cuidando desparecerá la enfermedad; o en su defecto no aceptan seguir tomando medicación llegan a pensar que pueden tener un efecto de dominio sobre su organismo: **AV019HHéctor** *"Es posible, si me voy cuidando, y puede ser hasta que dios se acuerde de mí."*; o, **AV026HNel** *"Ya el médico me dijo que no, si considero que la hipertensión es llevadera."*, **AV027HRubén** *"no, yo creo que eso*

es imposible ya; porque más bien a medida que pasan los años de vida de uno, la salud se va deteriorando, entonces la hipertensión va avanzando ganando terreno y yo creo que casi que imposible." **AV018HByron** *"yo creo que voy a morir con esto, yo creo, a la larga de algo hay que morir, puede ser eso mi muerte, que unos morimos de la presión, de aneurisma."* **AV022HSegundo** "*Solamente cuando dios ponga fin a todas las enfermedades, porque esto es para largo"*

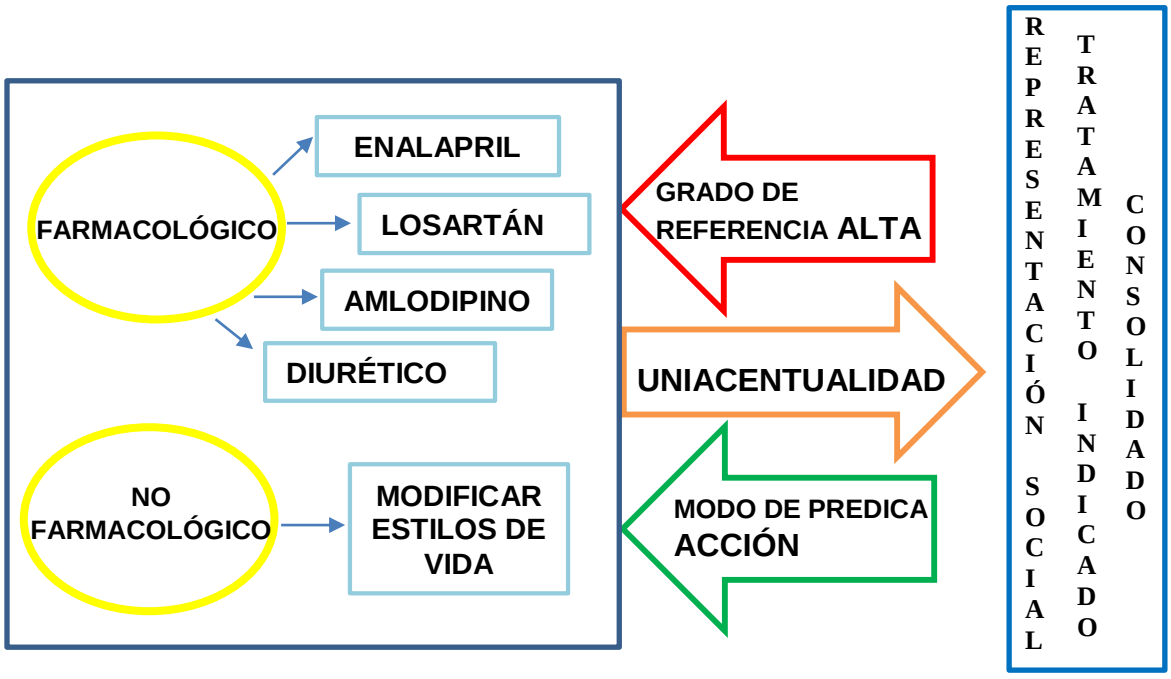
Modo de predica de estado y grado de referencia bajo; representación social en crecimiento; ideología uniacentualidad, con un ejemplo de visión polarizada de la realidad:

Av028HRamón *"pienso que algún día la podre dominar a la presión, yo pienso que puedo dominarla, haciéndome un análisis, mío, de mi organismo, pienso que puedo dominarla; he estado tratando de dominarla, el otro día me puse en no tomarla 4 días la pastilla para ver si podía dominarla, estuve a punto de dominarla, pero ahí se me subió, lógico el que tiene esta presión tiene que convivir con esto, ahora que tengo estoy tratando de dominarla, quiero dominarla para no tomar esa pastilla."*

4.2.8. Entrevistas al personal médico que atiende en el CS "Andrés de Vera."

Narrativas de atención a personas con HTA

Figura # 29 ¿qué tipo de tratamiento les indica a los pacientes?

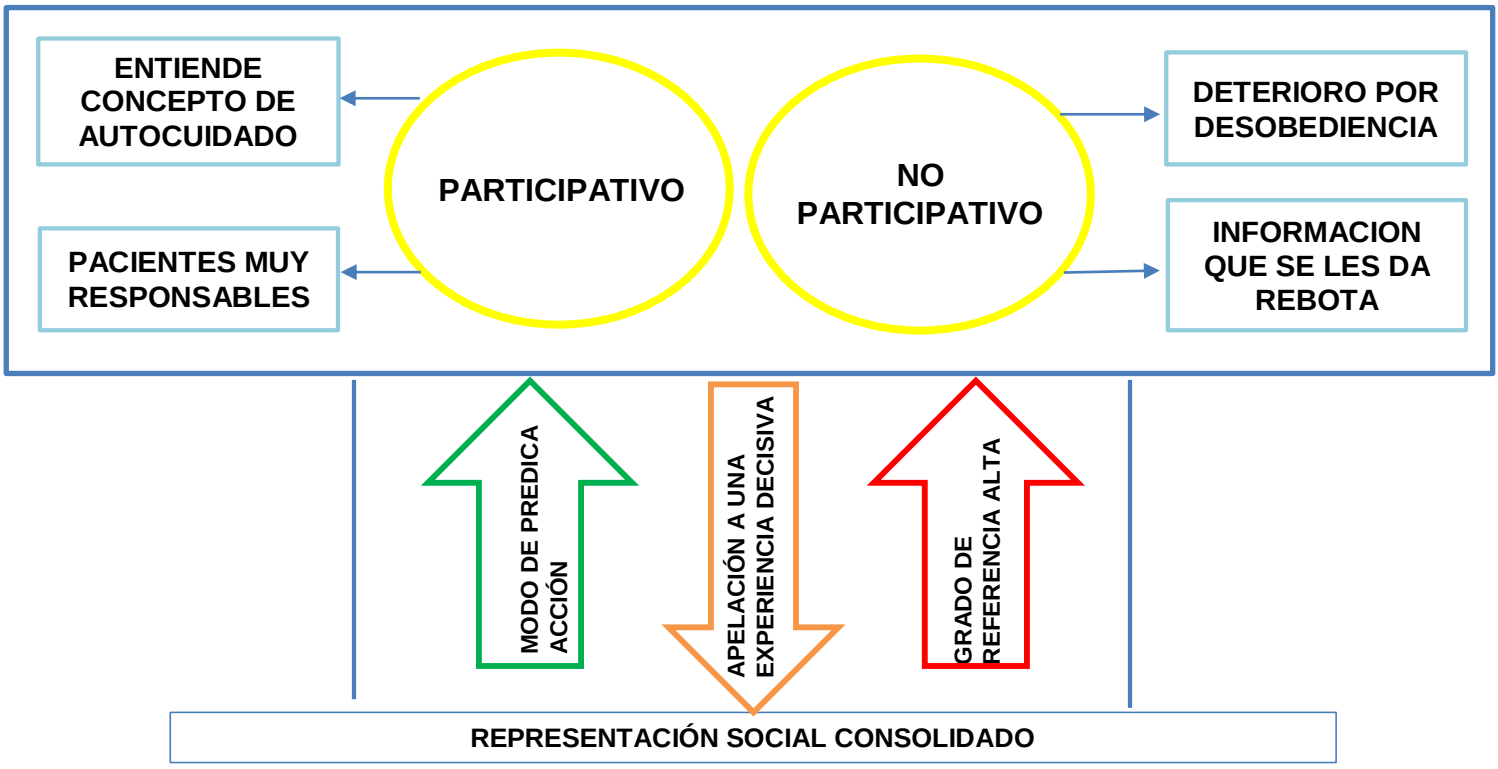


Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

Dos ideas núcleos se obtuvieron; el personal de salud indican que siguiendo normativas tanto nacionales e internacionales emplean el tratamiento tanto farmacológico como en las modificaciones de los hábitos: **AV031MGHDimas** *Bueno antes utilizábamos la enalapril, ; pero el efecto secundario nos ha hecho que tengamos que desistir, ese tratamiento es uno de los más fuertes, es latoso, que incluso hemos visto pacientes con problemas ya de neuritis intercostal, neural, latoso, bueno una serie de cosas que hacen que tengamos que desistir de ese tratamiento y optemos por la losartan, a veces amlodipino."* Hacen énfasis en los cambios de estilo de vida y como durante visitas domiciliarias palpan el entorno social de los individuos, situaciones que hacen que incumplan con la terapéutica, y remarca lo que se ha estado visualizando en todas las entrevistas de los pacientes que tienen enfermedades crónicas no transmisibles, que este tipo de

patologías no tiene cronicidad y que solo es por corto tiempo el medicamento: **AV032MFHGil** *"yo primero pues si es un paciente tratado de modificarle el estilo de vida, trato de que mejoren sus hábitos diabéticos, todo eso que tenga que ver con la esfera de su ejercicio físico, mejoren su conducta, estilo de vida sus hábitos, no sé , nocivos, si fuma, su obesidad también, que bajen de peso, que disminuyan el alcohol que no tomen mucho, es lo común en esta provincia, no siguen a veces el tratamiento farmacológico que tiene de base, y a veces no es ni siquiera que han colocado otro hipertensivo ni aumentado a dosis que, ni si quiera se toman bien el tratamiento, mucha población aquí tiene una mala costumbre de que creen que esto va un mes y ya, yo hago visita familiar y cuando me dicen hipertenso, me dicen si yo fui hipertenso pero yo lo tome un mes y ya lo deje de tomar*." El modo de predica es de acción y la referencia es alta con una representación social consolidada, ideología uniacentualidad.

Figura # 30 ¿cuál ha sido la experiencia personal al trabajar con pacientes con HTA?



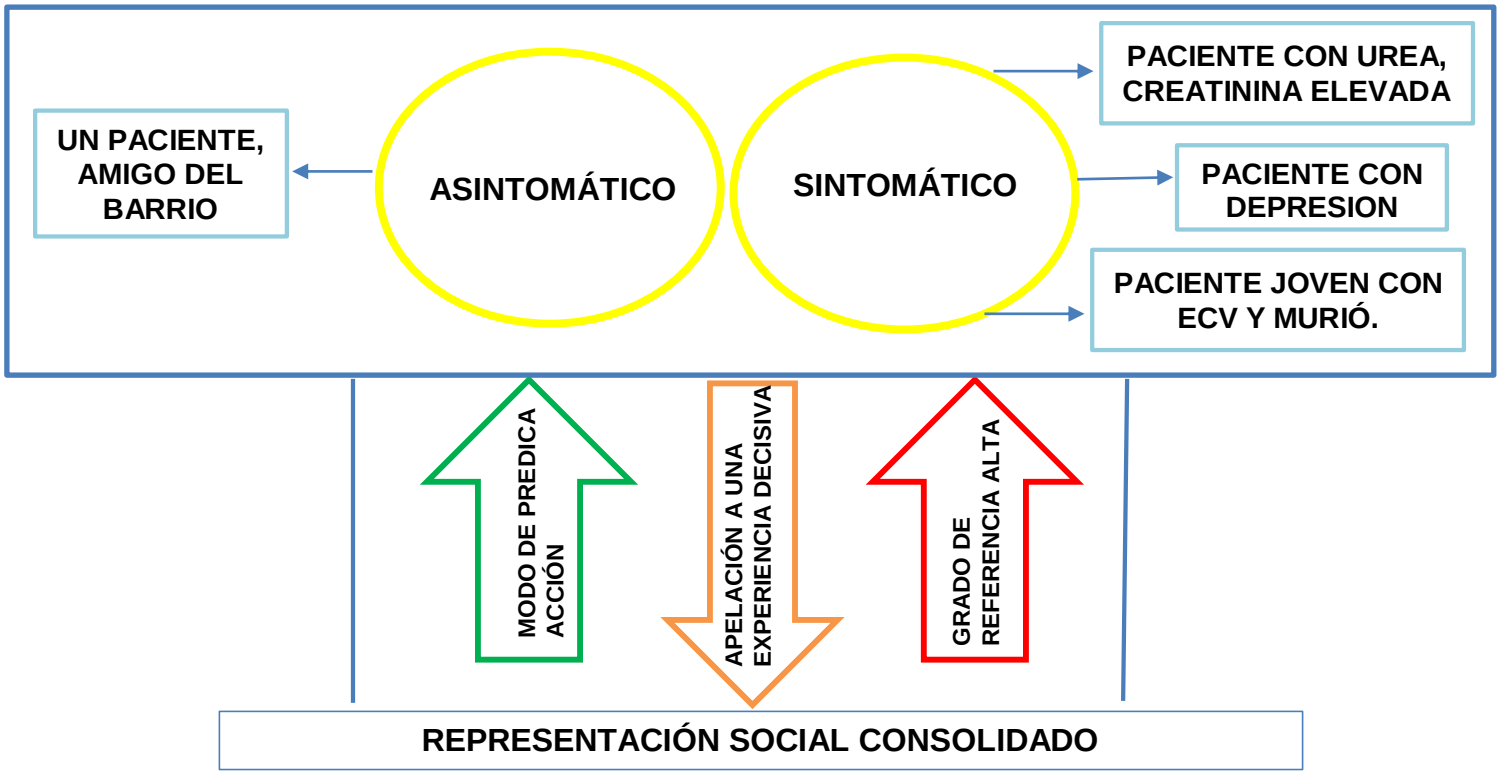
Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

Dos ideas centrales hay en esta categoría que son participativos en la terapéutica y se puede generar cambios positivos con buenos resultados en su salud, y que hay otros que no ponen atención a las directrices y por ese abandono hay un deterioro físico y emocional que conlleva a las complicaciones: **AV032MFHGil** "*Bueno eso es una falla, como le digo, el paciente a veces por que no sabe o a veces por que la consulta es muy rápido, uno trata de explicarle lo más sencillo posible, como tiene que ser el tratamiento, o no los cumple o se les olvida; o el famoso cal center que no consiguen cita, entonces si cuesta, porque son visibles los factores, hay pacientes que si son muy responsables, yo tengo pacientes que tienen la presión de 120 o menos 120-80 ósea optimo y le va muy bien."*

El modo de predica es de acción y el grado de referencia alto, con una representación social consolidada, la ideología es apelación a una experiencia decisiva, citamos un ejemplo: **AV031MGHDimas** *"a ver la experiencia personal es que tú vas viendo en ellos, en muchos casos deterioros, cuando son desobedientes, cuando no cumplen lo que el médico les dice; entonces, vienen con problemas de cefalea, vienen después de unos meses, cuando acuerdas los ves en una silla de ruedas, los ves con un bastón, y le preguntas ¿qué me le pasó? me dice no, me dio un derrame cerebral, entonces no es necesario preguntarle, simplemente le digo, dejó de tomar la pastilla? Y me dice sí, y le digo, que, nunca le dijeron a Ud. que, si Ud. deja de tomar la pastilla, le va a dar un derrame cerebral. Yo siempre le digo a mis pacientes de esta manera, que el paciente hipertenso es como el que entra a la mafia, el que entra tomando el medicamento no sale y si deja de tomar el medicamento se muere o queda medio loco o queda parapléjico, queda bueno, inválido o lo que sea."*

Caracterización emic de la HTA

Figura # 31 ¿recuerda algún caso significativo de pacientes con HTA?



Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

Dos ideas centrales se determinaron: asintomáticos y sintomáticos; destacan aquellos pacientes jóvenes con complicaciones; y, sobre todo que terminan falleciendo:

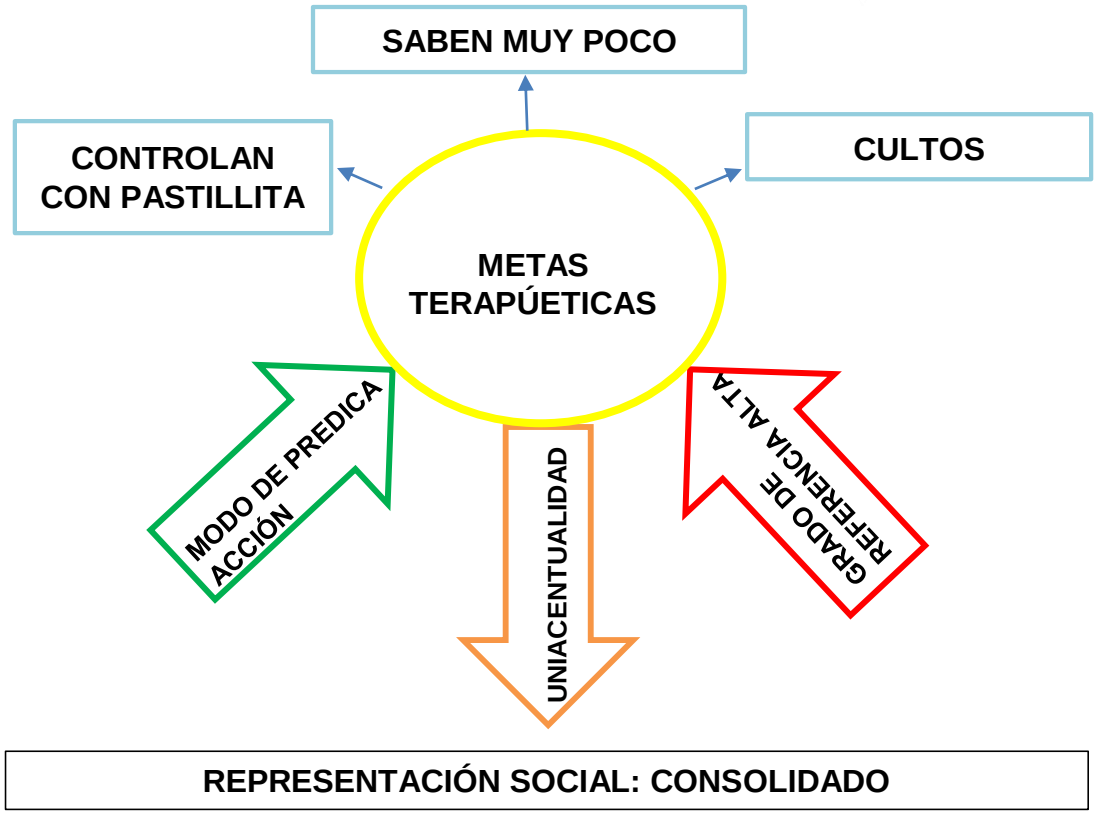
AV031MGHDimas *"en alguna oportunidad yo vi a un paciente joven, tendría como unos 48 años, amigo del barrio, él era hipertenso, y de pronto alguien me dijo que los remedios naturistas le hacían muy bien y que no era necesario tomar la pastilla, yo lo vi como al mes, lo vi en una silla de rueda; ya sin poder hablar y todo eso, solamente con señas, entonces me dijo la esposa de que el ya no tomaba la pastilla, había dejado de tomar la pastilla porque estaba tomando un producto natural, entonces eso créame que me ratifico lo que yo les digo a los*

pacientes a cada rato, que el paciente es como la mafia, que entró a tomar la pastilla, debe continuar y si de pronto hay un alteración que la tableta no está haciendo el efecto hay que cambiar, hay que adicionar o que buscar la consulta del cardiólogo."

El modo de predica es de acción y el grado de referencia alto, con una representación social consolidada, la ideología es apelación a una experiencia decisiva, citamos un ejemplo:

AV032MVirginia *"si enante en la mañana vi a una persona que tenía ceguera, por su problema de diabetes, que lastimosamente ha venido varias veces a la consulta con otros colegas y está en un estado de depresión, entonces el paciente lloraba enante aquí en la consulta, decía que él quería terminar con su vida, el tipo de personalidad también le acompañaba porque él estaba bien en claro que durante su proceso de vida no había cumplido con las indicaciones que él comía como él quería, las veces que él quería, y nunca había cumplido con lo que el médico le había dicho entonces ya actualmente está ciego completamente; entonces, si me llamo la atención el hecho de ver que a veces nos dedicamos al hecho de que el paciente venga a ver su medicación y no valoramos otras cosas, entonces el paciente estaba deprimido, estaba deprimido y con el deseo de terminar su vida, entonces en la consulta siempre hay que dar prioridad a todo el entorno, no solamente pensar que tiene la enfermedad, que ya le di la medicación, que si cumple o no cumple, y la parte emocional ¿dónde dejamos esa parte emocional? que es muy importante para que los pacientes puedan superar y enfrentar sus enfermedades."*

Figura # 32 ¿cómo percibe lo que saben sus pacientes sobre HTA?

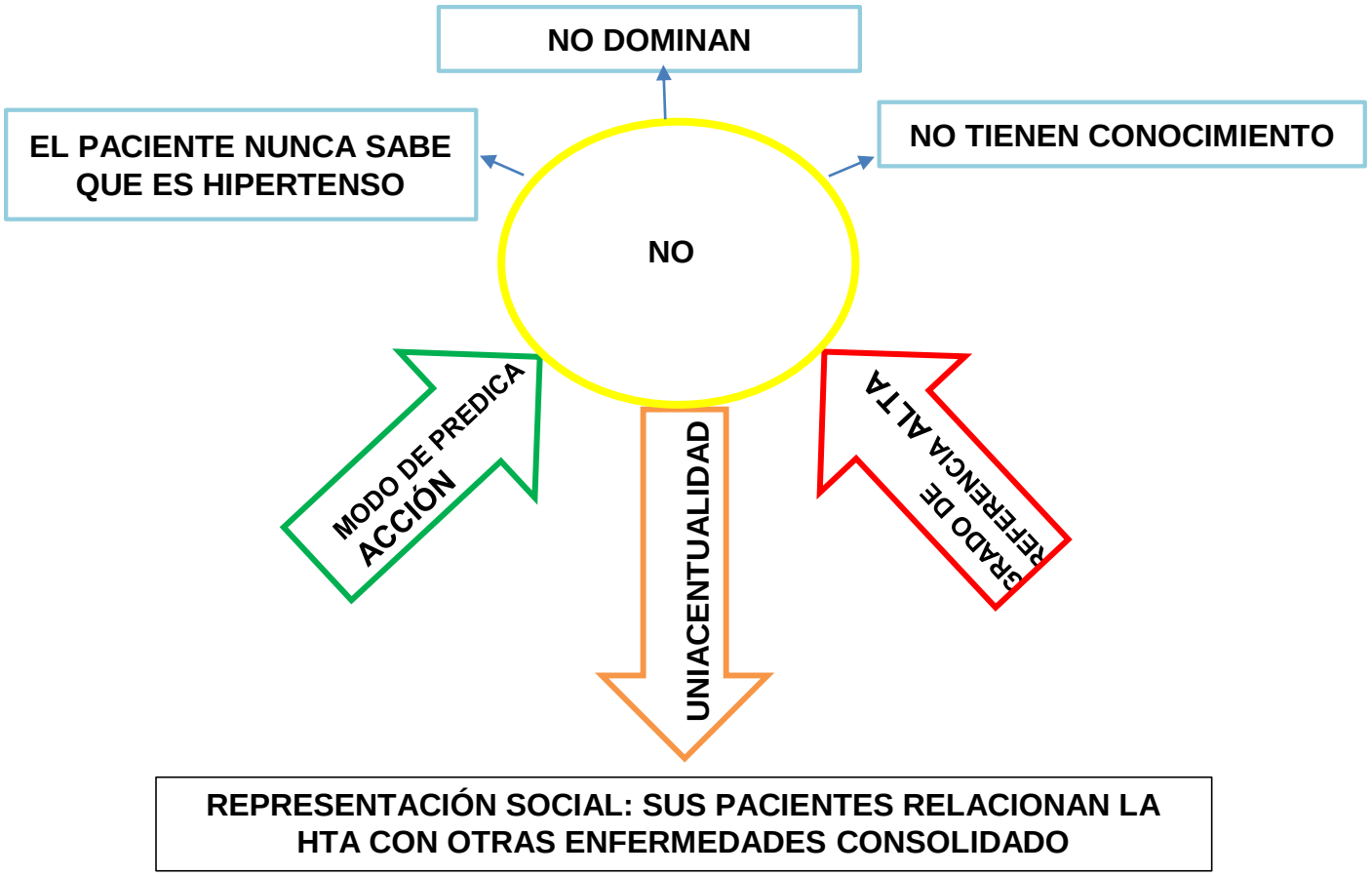


Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

La idea central de esta categoría es que los médicos miden el conocimiento de los pacientes con HTA por medio de las metas terapéuticas, ya sea que las alcancen por tener buena adherencia al seguir las recomendaciones o fracase porque saben poco. **AV032MVirginia** *"la perciben de 2 manera yo siempre los mido si ellos alcanzan las metas sé que están percibiendo toda la educación que se les da aquí en la consulta pero si no alcanzan las metas parece que no les interesa percibir."* **AV031MGHDimas** *"a ver los pacientes saben muy poco, al menos por ejemplo del tratamiento, que si empiezan a tomar tienen que continuar de por vida, que si comen comida grasosa, que si no hacen ejercicio, los hábitos de una manera muy vaga pero no hay una concientización, no hay una información concreta del riesgo que tienen y que este riesgo ya empieza a tempana edad. Antes se hablaba de 40-50 años, yo he visto que tienen hipertensión desde los 28 años. Porque*

desde la escuela se tienen que dar, por eso antes yo me acuerdo que en la escuela había una catedra que se llamaba educación para la salud, en la escuela se daba eso, en los colegios tienen que también darle para que vallan sabiendo y esto va a evitar. Yo creo que evitando vamos a tener, mucho, vamos ahorrar dinero, el país se va a ahorra dinero con el tratamiento." El modo de predica es de acción y el grado de referencia alto, con una representación social consolidada, la ideología es uniacentualidad.

Figura # 33 ¿sus pacientes creen que la HTA está relacionada con otras enfermedades?



Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

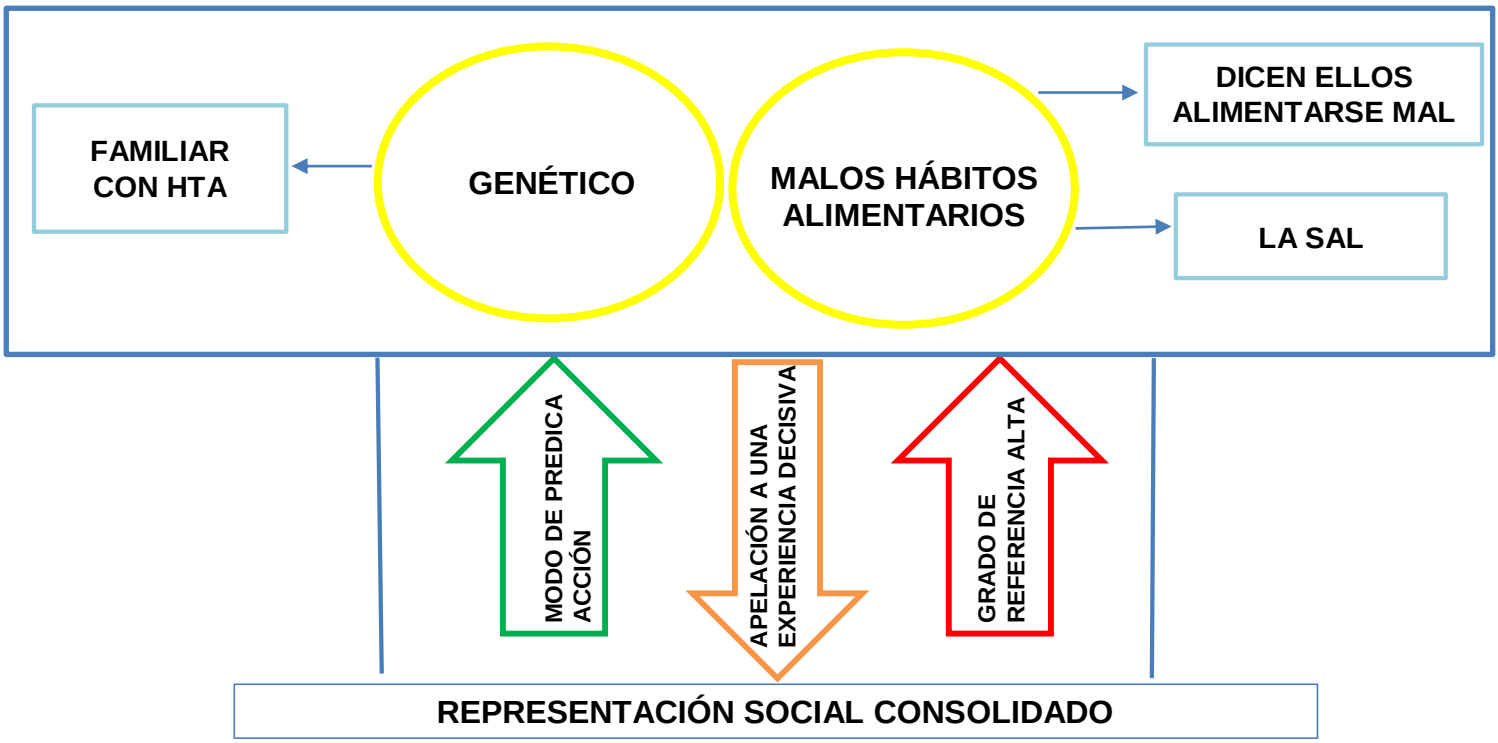
La idea central en esta categoría es que los médicos creen que los pacientes no relacionan la HTA con otras enfermedades porque no tienen conocimiento: **AV031MGHDimas** *"las que ellos mencionan no, estamos viendo desde el punto de vista del paciente. El paciente nunca sabe que es*

hipertenso, sabe que es hipertenso cuando le dio un derrame, dolor de cabeza que no lo soporta, y empieza con esa molestia que no puede trabajar; y bueno, con eso empieza, ahí recién él se da cuenta de que tiene un problema, pero pocas veces un joven de 26-28 años, se mide la presión a la mínima sintomatología de un dolor de cabeza, ya lo que hace es tomar un analgésico entonces prácticamente ese es como un ladrón que va ganando terreno y en el momento oportuno, se presenta lo peor. No la relacionan con nada a la hipertensión, como le digo es un ladrón silencioso, va despacito, va ganando y más que todo el abuso y consumo de sal."

AV032MFHGil *No eso no tampoco, no tienen mucho, uno ahí les habla sobre todo los riesgos, que la diabetes mellitus, entonces no, no dominan mucho, quizás como le digo, la población acá, no tienen un grado de escolaridad alto, ves, les cuesta más.*

AV033MMariuxi *"bueno, en la gran mayoría no tienen conocimientos sobre la hipertensión mucho menos de su relación con otras enfermedades, y los pocos que si se interesan pues la relacionan más con enfermedades cerebrales y cardiacas."* El modo de predica es de acción y el grado de referencia alto, con una representación social consolidada, la ideología es uniacentualidad.

Figura # 34 ¿cuáles creen sus pacientes que son las causas de la HTA?



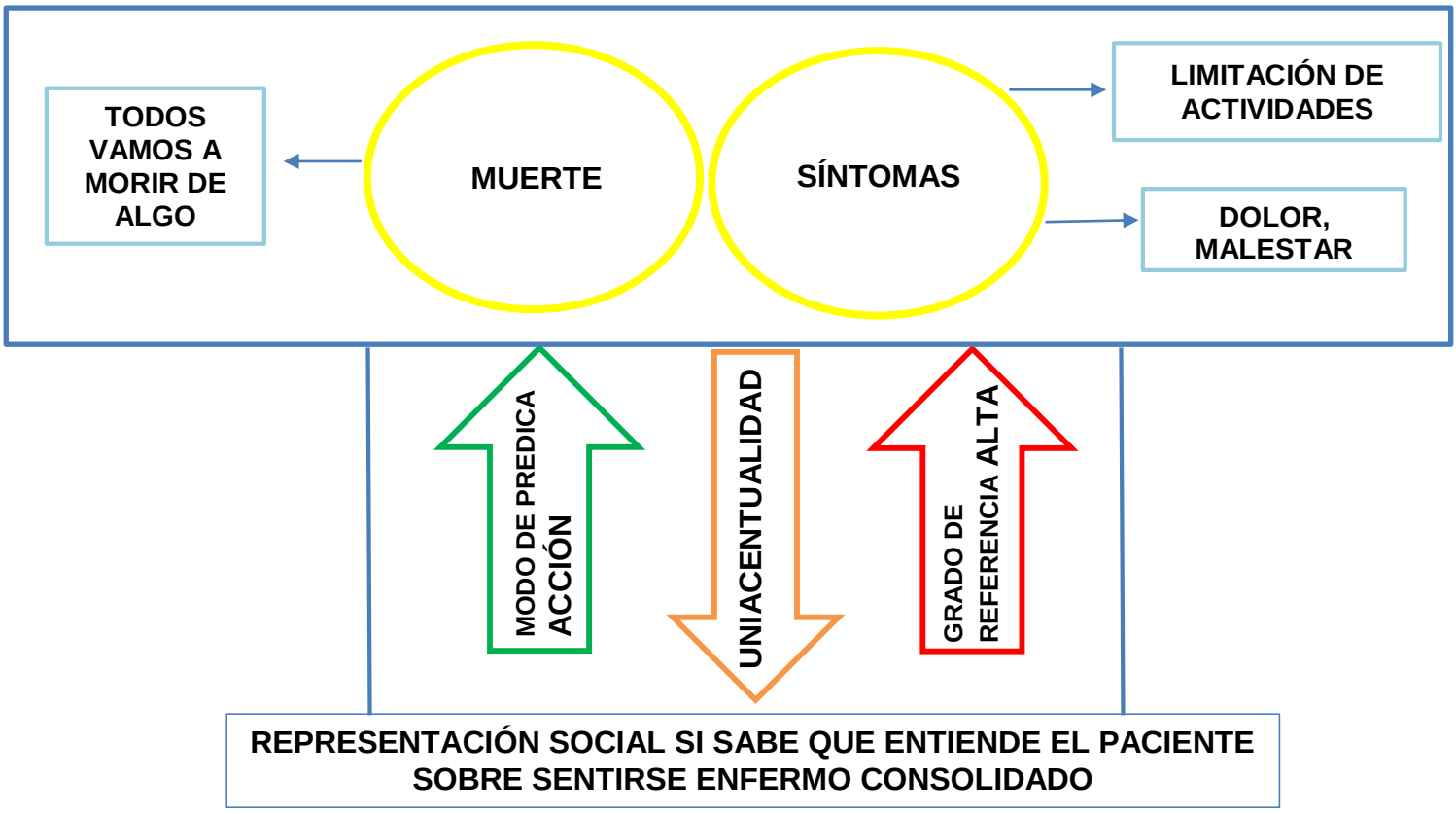
Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

Dos ideas núcleos se pudieron determinar en la percepción que tienen los médicos sobre el conocimiento de los pacientes de las causas para que se produzca hipertensión arterial es por la genética y los malos hábitos alimentarios. **AV031MGHDimas** *"ellos dicen que la abuelita fue hipertensa, que la mamita fue hipertensa, que el bisabuelo es hipertenso, a eso; que ellos probablemente tengan esta situación, a la genética, pero para mí no tiene nada que ver, si Ud. se cuida hace todo desde temprana edad, no va a tener problema de presión. Ya cuando están fritos, y cuando están jodidos, ahí recién se dan cuenta de que, por no tomar la pastilla, por no tomar precauciones, recién allí. El paciente cuando ya está trancado ahí es que esta jodido y ahí es que se da cuenta."***AV032MFHGil** *"no pues la mayoría, ahí si tienen conocimiento de la sal, incluso las mujeres embarazadas llegan y dicen no estoy comiendo sal, me dicen a veces, bueno señora a mí no me importa si Ud. come sal o más bajo en sal por si no es el problema, porque a veces yo*

les mando aspirina que es el reductor por el porcentaje para preclamsia y no se cuidan en la comida, porque también es dura,, pero señora tenía que tomarse la aspirina le digo, pero me dicen es que yo ya dije de comer sal." **AV033MMariuxi** *"Muchos hablan de la mala alimentación dicen ellos en su mayoría mujeres, los hombres le atribuyen su causa al alcohol y al tabaco y hombres y mujeres al stress, los problemas, las preocupaciones del sistema que no hay dinero, no hay trabajos."* El modo de predica es de acción y el grado de referencia alto, con una representación social consolidada, la ideología es apelación a una experiencia decisiva.

Asociación cultural a seguimiento / control de la HTA

Figura # 35 ¿qué entienden sus pacientes por estar enfermos?



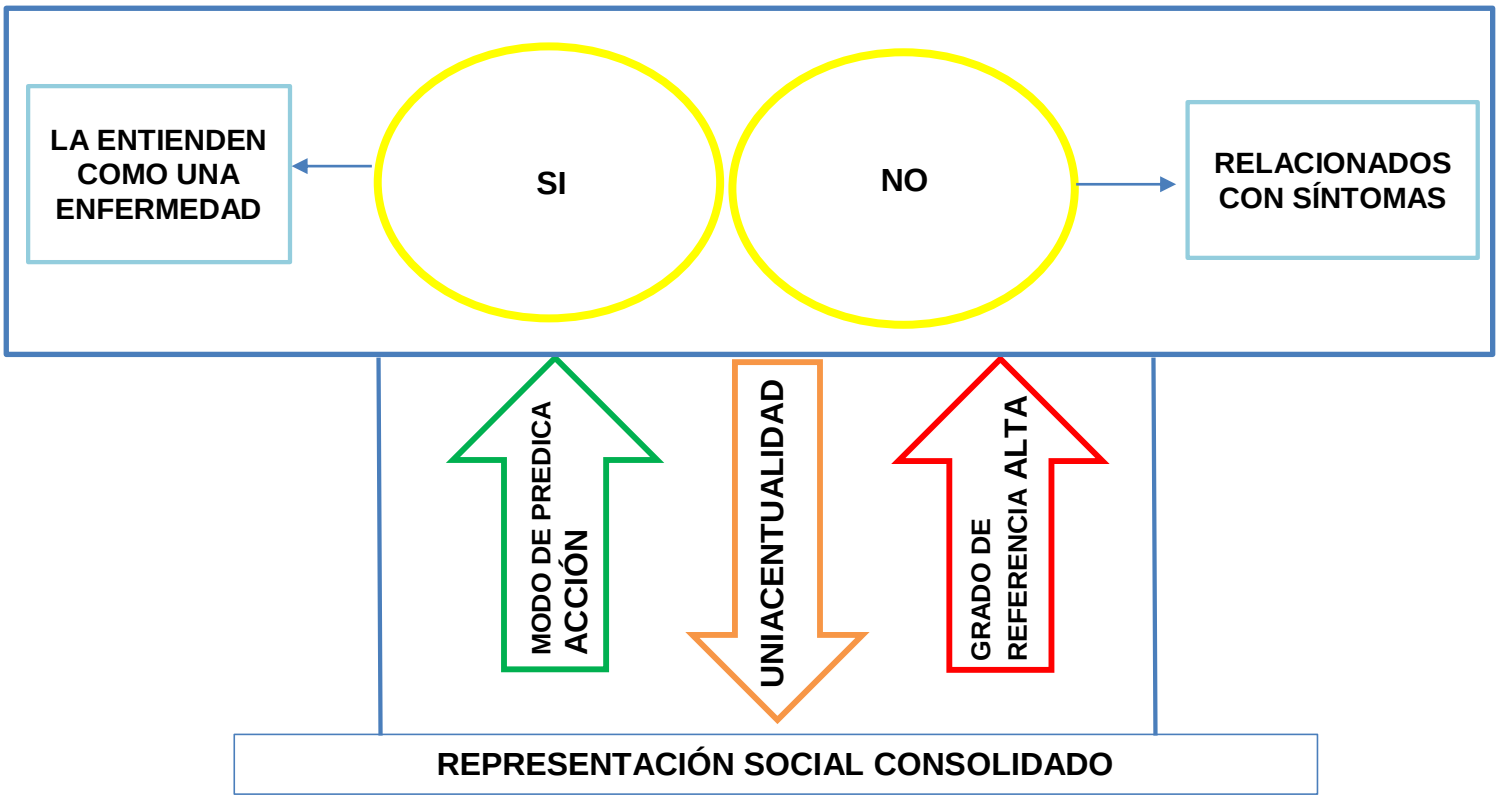
Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

Dos ideas núcleos se encontraron en esta categoría en la que los profesionales de la salud mencionando que para los pacientes estar enfermos significan síntomas que le limiten en sus actividades cotidiana y la muerte. **AV032MVirginia** *"para ellos estar enfermo es tener una limitación de cualquiera de sus actividades, si, de ya no poder hacer las cosas con que ellos normalmente hacían, su trabajo en el campo, si pueden ir a cortar el monte, si pueden ir a ver su ganado, si estamos hablando de pacientes de aquí la ciudad aquellos que puedan tener su vida normal ir a trabajar, llevar el dinero a casa, para ellos ese es el concepto de enfermedad no tienen en claro que la enfermedad abarca tanto el entorno biológico, social, psicológico entonces también se los educa un poco sobre eso, son limitantes no poder desenvolverse en todas sus actividades."*

AV031MGHDimas *"el paciente acude al medio cuando tiene sintomatología, ya cuando hay sintomatología, cuando no siente nada puede que este por dentro podrido, pero no siente nada, automáticamente no va al médico y no tiene necesidad, definitivamente la enfermedad la relacionan es con lo que sienten, ellos no sienten nada no se consideran enfermos, es raro el paciente que a una consulta por que le dio la gana, por que llamo al teléfono y le salió la llamada y va a ver qué pasa."* **AV032MFHGil** *"que entienden, no pues ellos si entienden de que todos vamos a morir de algo un día, eso sí de ley ya, como dicen aquí, pero cuando uno trata de darles una cosita, que traten de cuidarse, la adherencia, el tratamiento, como digo es una enfermedad crónica y también depende de la disciplina del paciente."*

El modo de predica es de acción y el grado de referencia alto, con una representación social consolidada, la ideología es uniacentualidad.

Figura # 36 ¿entienden sus pacientes la HTA como una enfermedad?



}Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

Dos ideas núcleos encontramos cuando le preguntamos a los médicos si sus pacientes entienden la HTA como una enfermedad; algunos de ellos indicaron que si la reconocen como enfermedad y otros que no, solo son síntomas: **AV032MVirginia** *"si, si la entienden como una enfermedad, cuando uno los termina educando si la entienden."* **AV033MMariuxi** *"no, como te dije antes, para ellos la enfermedad esta relacionada con síntomas y la hipertensión no les provoca ningún signo o síntoma, dicen ellos, sé que la tengo porque tomo pastilla pero nunca he sentido nada, y no la ven como una enfermedad."* **AV031MGHDimas** *"no, definitivamente la enfermedad la relacionan es con lo que sienten, ellos no sienten nada no se consideran enfermos."* El modo de predica es de acción y el grado de referencia alto, con una representación social consolidada, la ideología es uniacentualidad, pero citamos un ejemplo de apelación a una experiencia decisiva.

AV032MFHGil *"oh eso sí , saben que es una enfermedad, ahora como les digo es que lo que Ud. no lo ve no lo cree, entonces cuando ellos no tienen síntomas creen que todo está normal, ya uno sabe, cuando yo tengo paciente un señor como de 40 años lo tienen también con un trastorno psiquiátrico y el viene entra por esa puerta con las orejas rojas ya, yo no sé, y es bebedor, ya yo sé que anda hipertenso, me dice si, este fin de semana me fui a una fiesta comí chancho y esto y lo otro y me eche unos traguitos y eso eleva la presión pues."*

Figura # 37 ¿desde su punto de vista el tratamiento que usted les prescribe le funciona?



Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

La idea núcleo de esta categoría es que los médicos si creen que les funciona el tratamiento que prescriben a los pacientes. **AV032MVirginia** *"sé que funciona cuando alcanzan las metas, ahí me siento muy contenta y trato de animarlos para que se sigan manteniendo en eso, si, no*

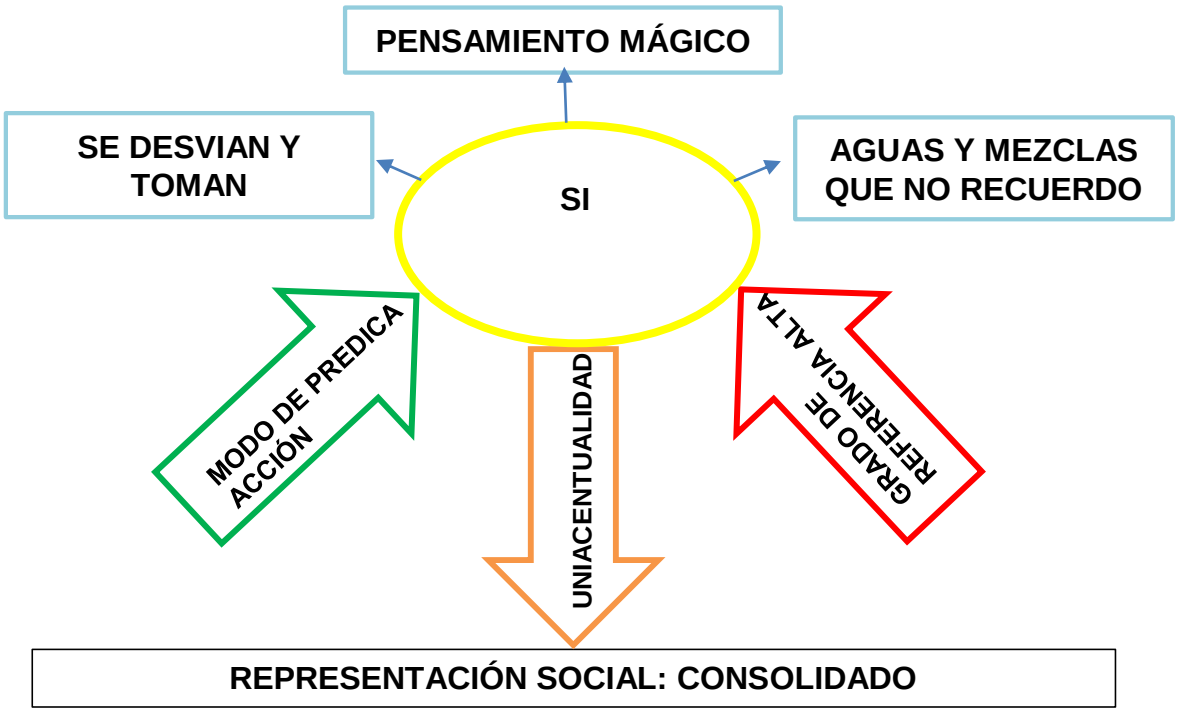
funciona cuando no alcanzan las metas ahí me veo desmoralizada no sé qué hacer, busco indagar bien en la parte emocional, la parte familiar par a ver dónde está la brecha que no permite que ellos puedan seguir adelante y aceptar su enfermedad y cumplir con las indicaciones que se les da acá, farmacológico para que ellos cumplan no tanto me parece que es lo emocional y el apoyo de la familia, para poder alcanzar las metas es importante que ellos aprendan a poder alimentarse de manera nutritiva y adecuada."

AV031MGHDimas *"hasta ahora sí, hasta ahora sí, porque realmente el resultado del tratamiento vs muerte o el tratamiento vs resultado como hemiplejia, paraplejia, accidente cerebro-vascular es muy poco, se muere lo que tiene que morirse."*

AV032MFHGil *"bueno eso espero yo; no, si son los mismo anti-hipertensivos que se usan, comenzamos por los mismos losartan yo subo dosis, por lo menos eso, ese es el estilo que perfeccione sobretodo, muchos trató de utilizar la dosis máxima."*

El modo de predica es de acción y el grado de referencia alto, con una representación social consolidada, la ideología es uniacentualidad.

Figura # 38 ¿sus pacientes con HTA practican medicinas alternativas?



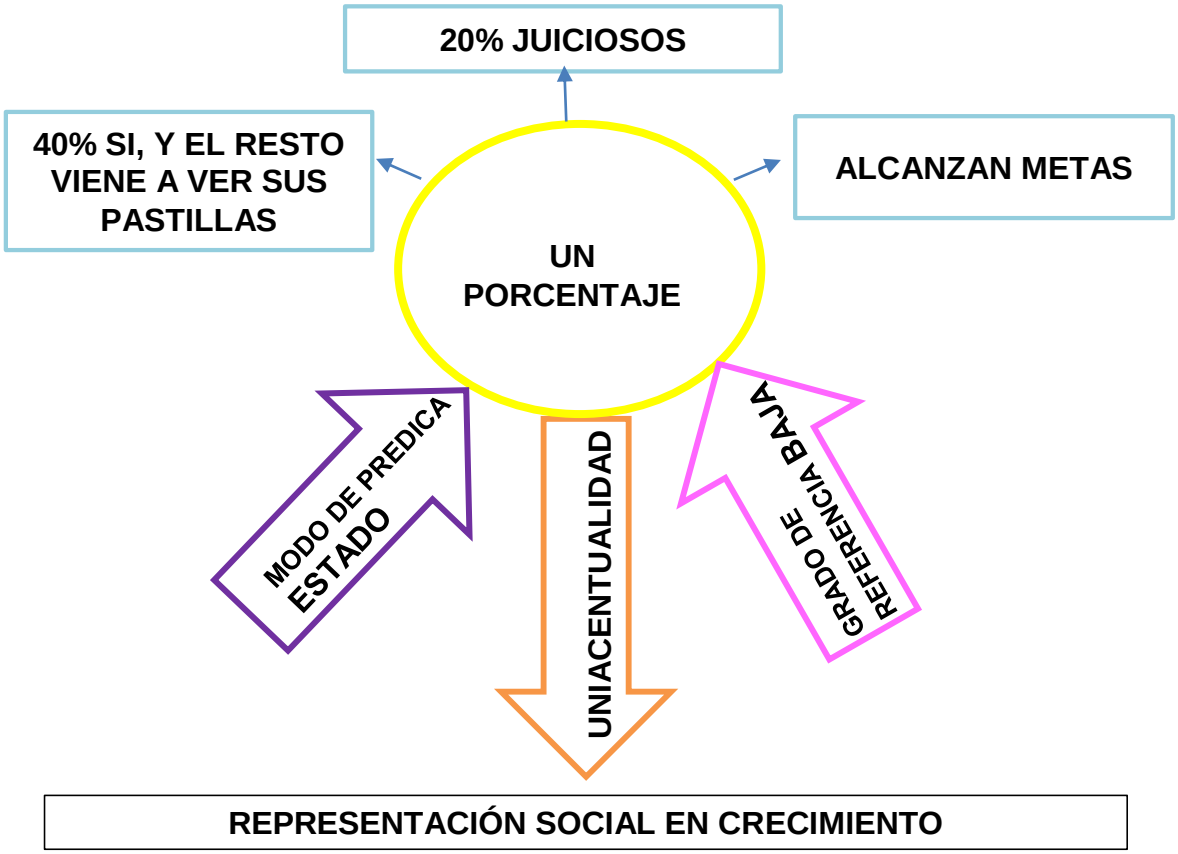
Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

La idea central de la percepción de los médicos sobre las medicinas alternativas que practican los pacientes para la hipertensión arterial es que se desvían y toman aguas y mezclas que no recuerdan, un pensamiento mágico. **AV032MVirginia** *"cuando yo trabajaba en 24 de mayo, hace unos 3 años, 6 años atrás, el paciente del área rural si tomaba en cuenta que existen alternativas de plantitas para mejorar su glicemia aquí en la ciudad se ve poco, pero si se ve."*

AV033MMariuxi *"**c**omo estamos en una zona urbana, son pocos los que la utilizan, pero si he tenido experiencias con el pensamiento mágico de los usuarios, utilizan la moringa, que el noni, y otros que no recuerdo."* **AV031MGHDimas** *"bueno hay algunos que se desvían y comienzan a tomar, porque alguien les dijo toma noni, toma esto, toma la moringa, toma oreja de orégano, hay tantas cosas que desvían el tratamiento y después vienen las complicaciones."***AV032MFHGil** *"pues algunos hablan de aguas y mesclas que no recuerdo, pero*

yo les hablo de la importancia de seguir todas las recomendaciones del médico." El modo de predica es de acción y el grado de referencia alto, con una representación social consolidada, la ideología es uniacentualidad.

Figura # 39 ¿usted considera que sus pacientes siguen sus recomendaciones?



Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

La idea central que encontramos en esta categoría es que los profesionales de salud consideran que los pacientes si siguen sus recomendaciones en un 40% y el resto solo retiran medicación y que es valorable cuando se alcanzan metas terapéuticas.

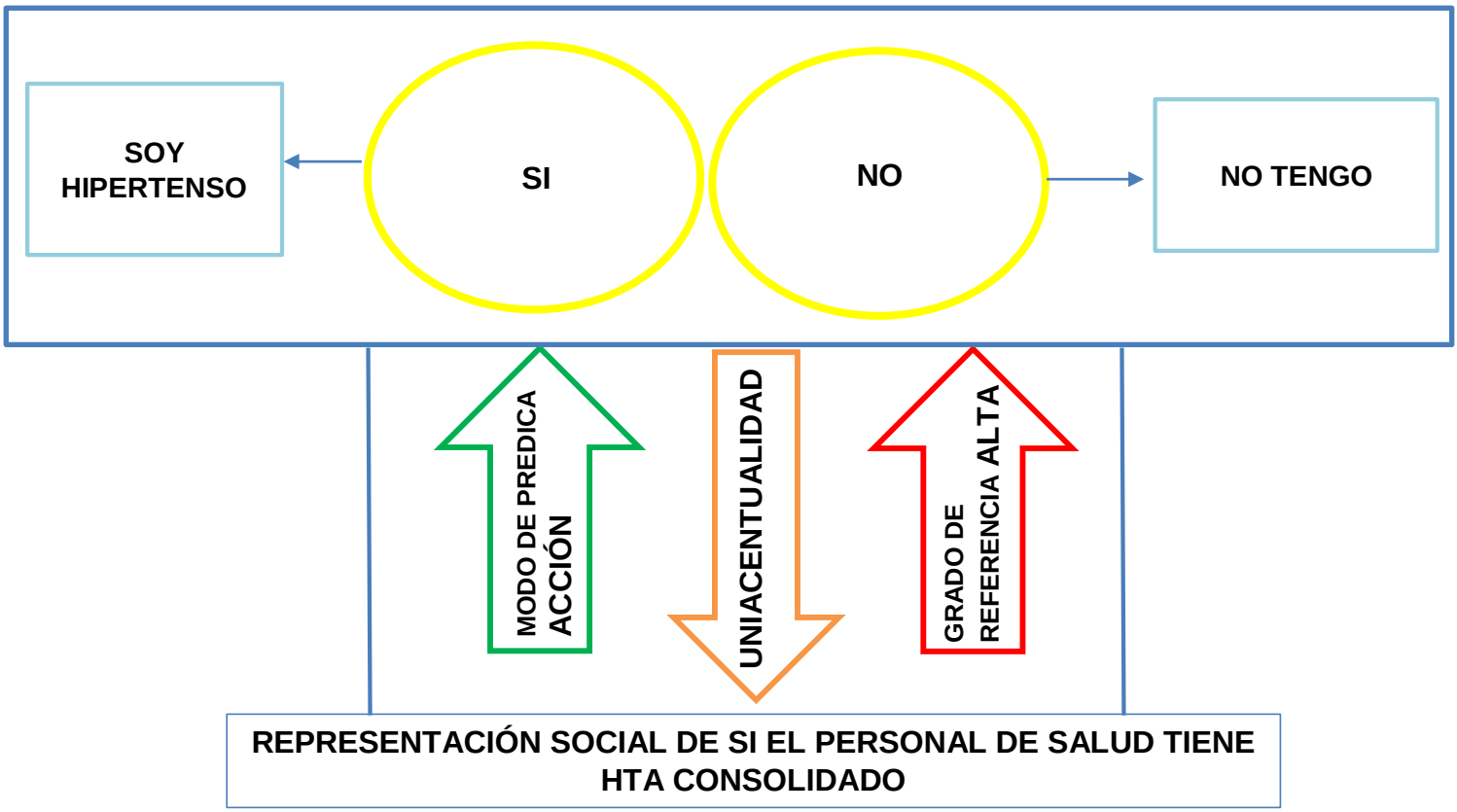
AV033MMariuxi *"hablándote de porcentaje considero que en esto 3 años de trabajo en esta unidad, habrá un 20% que si son juiciosos y siguen o tratan en lo posible de mantenerse en*

la línea de ser veedores de su propia salud." **AV031MGHDimas** *"Yo creo que un 40% el resto viene a ver sus tabletas porque dice ya estoy jodido no me queda más, pero yo hago tanto énfasis en los abuelitos, creo que ellos si lo hacen más que todos los abuelitos, pero los que se sienten en plenitud de condiciones, creen que uno es loco, ¿tengo cara de loco? y la gente dice no está loco; creo y son pocas los que lo hacen, pero más responsables son los abuelitos, los adultos mayores son los más responsables, me he dado cuenta."*

AV032MFHGil *"bueno , como le digo los disciplinados sí, pero hay un porcentaje que sí y unos que no por las mismas conductas del paciente, uno se da cuenta, uno trata de por lo menos hacer el esfuerzo de que , más que todo cuando uno habla mucho, habla mucho con el paciente, tratando de que le paciente no se prepotente, a veces me toca llamar a la doctora Anita que es con la que tengo más confianza, no se doctora este paciente, que con la experiencia que yo tengo con estos pacientes y si es de llamar delante del paciente, llamar a alguien que sabe más y le pregunto y todo en la mejora del paciente y a veces si hacen caso sí."*

El modo de predica es de estado y el grado de referencia bajo, con una representación social en crecimiento, la ideología es uniacentualidad.

Figura # 40 ¿tiene usted hipertensión arterial?



Autoras: Loor, Angélica / Mosquera, Charito.
Fuente: Entrevista semiestructurada, pacientes, 2019

Dos ideas núcleos fueron determinadas en la pregunta de si tienen hipertensión arterial; la mitad dijo que si tenían y el resto que no la padecían. **AV032MVirginia** *"por ahora no, y espero no tenerla o presentarla cuando tenga 70."*

En la entrevista se notó que la percepción del personal de salud cuando es el que tiene una enfermedad crónica no transmisible es muy parecida al resto de los informantes, la definen como una enfermedad pasiva, y las mismas causas el estrés; citamos un ejemplo de apelación a una experiencia decisiva. **AV031MGHDimas** *"si soy hipertenso pasivo como quiera, en alguna oportunidad sentía dolores de cabeza medios pendejos y yo decía que será, será el estrés, llegaba*

cansado y toda la vaina, hasta que llego un grupo aquí un médico de la institución y me midió la presión y me dice Dimas tu eres hipertenso, y yo le digo ¿qué cosa? yo me quise caer para atrás; si, me dice tienes 140, ¡habla serio!; Sí, me dice comienza a tomar la pastilla de la presión, Sí, pero racionando todo para mi hipertensión, después me fui a hacer un electrocardiograma y me salió una cosita media rara en el electro, una isquemia, un pequeño infarto y ni me había enterado, había dejado de hacer deporte, bueno una serie de cosas, estaba con el estrés de mi madre en esa época la enfermedad, entonces todas esas cosas, el estrés, cuando acuerdo reventé, hoy en día me tomo mis tabletas de presión todos los días. Losartan de 100, porque yo empecé tomando losartan, 3 medicamentos por que la presión no me bajaba porque estaba sumamente mal y bueno me dieron diurético, me dieron medicamentos por 8 días, actual ente estoy manejando mi presión de 120.

El modo de predica es de acción y el grado de referencia alto, con una representación social en crecimiento, la ideología es uniacentualidad.

CAPÍTULO V

5.1. DISCUSION

En la muestra del estudio, hubo 215 participantes que cumplieron con las condiciones para inclusión al estudio, de lo cual existió un mayor porcentaje de mujeres, 59,7% (n= 129) con hipertensión arterial, lo que indicaría que son quienes más acuden a los centros de salud para tratar este tipo de enfermedades. Esta situación da cuenta de la importancia de desarrollar estrategias en los centros de salud de atención primaria que permitan la inclusión y acceso de los hombres, ya que hubo un 40,2% (n= 86), por lo que se debe realizar programas de salud cardiovascular, por ser un grupo que se destaca por una alta morbimortalidad a causa de las enfermedades cardiovasculares.

Los determinantes sociales de la salud nos indican cual es la proporción de la variación del estado de salud, porque interactúan mutuamente en la generación de misma; en el Centro de Salud "Andrés de Vera" de Portoviejo, se encontró que aquellas personas con hipertensión arterial, independientemente de la temporalidad que tengan; ya sean hombres o mujeres, generan una reacción de impacto al inicio del diagnóstico que en muchas ocasiones se mantiene hasta el momento actual, como por ejemplo: ***AV004MRosa "****Pero la noticia que me dieron me cayó requeté mal; no era uno que le diga, mire señora tiene esto y es curable, es tratable, usted va a superar esto; ¡nooo! sino que me dieron la noticia como si estuviera en el último instante*" esto es muy importante porque interfiere con la adherencia directamente

Se comprobó que las mujeres son más adherentes que los hombres, ya que presentaron un 19,5% frente al 13,7%, respectivamente; el grupo etario con más adherencia fue el adulto maduro con un 62,16%; lo cual contrasta con la falta de adherencia que fue de un 82,7%, estos datos están

en relación con el hecho de que no tienen sintomatología ni al inicio del diagnóstico ni durante la terapéutica, como se constata en estudios realizados por Brondolo et al (1999), Gil Roales-Nieto (2000, 2004), Jiménez (1988), Leventhal, Meyer y Nerenz (1980) delgado (2016), quienes indican que la percepción de los síntomas en un pilar fundamental para que los pacientes consideren un diagnóstico de hipertensión arterial y se adhieran al tratamiento; presentamos ejemplos: ***AV001MMariana*** *"Yo no sufro de presión y ya cuando me hizo el examen, ya todo, ya me hice el electrocardiograma y ahí me salió que sufro de presión."* **AV023HErnesto** *En el hospital, yo fui así nomás, así nomás, no sentía nada, y no pasó nada, desde ahí es que tengo la tal presión, estoy tomando pastillas sin saber que realmente es presión o no es presión."*

La terapéutica que recuerdan que se inició con ellos es farmacológica, muchos no recuerdan nombres, solo características de los medicamentos, lo cual, es significativo porque puede generar confusión al momento que se emita algún fármaco de diferentes características al que conoce y esto afectaría la adherencia, citamos algunos ejemplos:*"* ***AV006MNélida*** *"La pastilla nomas, la pastilla de la azúcar, y también para la presión pero no recuerdo que pastilla era q me daba porque no son de estas, las que me dan ahora"*

Granados (2005) en su estudio denominado "Formación de creencias sobre falsos síntomas en pacientes con hipertensión" se estipula que hay baja adherencia mientras no se tenga síntomas que es similar a lo encontrado en nuestro estudio. ***AV005MFlora*** *"Mi tratamiento tal como me lo dijeron, yo no he tomado ninguna otra pastilla, yo no he sentido nada desde que me dijeron ese día, sigo igualita."; o,* ***AV009MTeresa "****Por dos años no, fui rebelde, a pesar de lo que el médico me dijo que era una enfermedad silenciosa, o sea, no sentía nada yo; y, yo la cogí como una mentira que el man me había dicho, que no tenía eso."*

La baja adherencia terapéutica encontrada es similar a otros estudios realizados en grupos de personas con enfermedades cardiovasculares y coincide con los bajos niveles de control de las enfermedades cardiovasculares que tiene Chile, es decir, la baja prevalencia de pacientes que logran alcanzar la metas terapéuticas propuestas para la HTA, DM2 y dislipidemias (Vélez, L. al., 2015)

Hay un pensamiento casi unánime en que se la define como un enemigo silencioso, devastadora, muy relacionada con la hereditaria que les cambia la vida de un momento a otro, pero pronto comienzan a olvidar que la padecen por sus características de ser poco sintomática, y una minoría que no hablan mucho del tema porque lo han olvidado, citamos un ejemplo: ***AV005MFlora*** *"Yo no siento nada más de un dolor que me coge en la columna, dolor de cabeza, pero yo no siento nada."*

En estudios de Delgado (2016) se pudo observar que los pacientes indicaban que la génesis de su HTA es el estrés u otros factores lo cual concuerda con lo encontrado: ***AV014MAdelina*** *"con el estrés, porque aparentemente la gente cree que el estrés no es una enfermedad, pero es una enfermedad que está matando a la humanidad."*; o, ***AV005MFlora*** *"A veces tiene mucha preocupación y uno coge mucho coraje y yo creo que a mí me fue porque a veces mi hija yo la tenía y Me hacía dar un poquito de coraje."*; y, **AV027HRubén** *"bueno no sé si está relacionada, ósea yo pienso que el avance de la edad de uno y muchas veces el estrés del trabajo."*

La hipertensión arterial por ser una enfermedad crónica amerita que se dé una continuidad en su tratamiento, sin interrupciones, permanente y sistemática e implica cambios en los estilos de vida, pero, para llegar a obtener estos niveles de adherencia se requiere que el paciente tenga un

nivel de conciencia sobre que padece una enfermedad, al momento de tener una presentación asintomática que no les genere una incapacidad como se ha mencionado en el discurso, no se obtendrá cumplimiento de ningún régimen impuesto Coca (1995); citamos: ***AV014MAdelina*** *"Personalmente yo les digo no siento nada"*; ***AV003MAlba*** *"A mí nunca me dio nada, yo nunca sentí nada, solo llegué y me tomaron la presión y me dijeron que estaba alta; o,* **AV026HNel** *"yo realmente no sentía, no sentía nada, yo casi no siento, a veces me toman la presión me dicen que la tengo subida pero yo no siento casi nada, cuando yo tengo un problema ahí si siento."*

En el estudio de Delgado (2016) se aprecia que el mayor conocimiento que se tiene es sobre tratamiento farmacológico y nada sobre el no farmacológico; lo cual se contradice con nuestro estudio, porque se constató que si conocen que los hábitos saludables son parte de la terapéutica: como lo afirma: ***AV009MTeresa*** *"Lo que he estado tomando, las pastillas, porque ahora el cardiólogo me ha mandado, porque, él ahora si me está viendo, me ha dado otras pastillas, estoy tomando doxazosina, losartan de 100, propanolol, lo que me ha prohibido es tomar café y sin sal, he escuchado sobre plantas ero eso no me ha interesado, no pongo atención."*; o, **AV023HErnesto** *"tratamiento que coma grasa, que no coma arroz, que no coma roscas, que no coma chifle, que no coma carne gorda, ni queso ni sal y la comida sin sal es mala, que coma un caldito de arroz pero eso no he aceptado comer yo quiero comer es carne pollo, queso como frito y no me pasa nada, hasta la vez no me pasa nada, no sé si algún día me pase algo, todo ha sido después que murió mi veterano, me dijeron que mi presión es emocional; no es una presión así, sino que es emocional, me emocionaba por algo y se me subía y ahora no sé si sea emocional o no, como estos médicos inventan harta pendejada."*

Pero es contradictorio que independientemente que se tenga algún conocimiento no aceptan estas directrices, porque simplemente no tienen hipertensión arterial; y bueno adicional a toda indicación médica están las creencias o la parte cultural de nuestro medio; como: **AV022HSegundo** *"agua azucarada, no sé, canela, los exámenes para ver ¿de qué depende?"* ; o, ***AV004MRosa*** *"No doctorita, ninguno; bueno lo que a mí me dijeron que cuando ya haya tomado la pastilla y siga con ese malestar que me coma un caramelo de leche miel nada más"*

Entonces los datos que en nuestro estudio se han encontrado es que actividad física moderada a intensa se realiza en el 31,3%, a pesar que este es altamente indicado por médicos, su adherencia es escasa. Estudios realizados en diferentes países, como en Brasil, España, México, Colombia, Argentina, entre otros, muestran un panorama similar de baja actividad física en estas poblaciones, por lo que Pratt M, et al; también González, S, et al, demostraron también bajos porcentajes en la adherencia en la actividad física.

La Dieta en el tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial es cumplido en el 37.2%; los cambios en la dieta en la población estudiada tienen relación con el género y la escolaridad, siendo los pacientes masculinos los más adherentes con un 39,0%, mientras las mujeres presentaron una adherencia del 35,9%, así como los pacientes con escolaridad baja con un 14,8%. Existe un gran conocimiento del paciente con hipertensión, respecto a la restricción de sal como parte del tratamiento no farmacológico frente al resto de componentes, es el principalmente indicado por el médico, por lo que un 91,6% lo realizan, así como también evitan ingerir alimentos ricos en carbohidratos y grasas, en un 82,8%.

Numerosas observaciones epidemiológicas han revelado que el nivel de la presión arterial es afectado por la ingesta de alcohol, y que la restricción en el consumo de alcohol a dos tragos al día en hombres y un trago en mujeres, para aquellas personas que suelen tomar, el ejercicio aeróbico regular ha determinado una reducción de 3 mmHg en la presión sistólica que puede reducir la mortalidad por infarto en un 8% y en un 5% de la enfermedad cardiovascular según Esquivel, S, et al, en el 2010, que demostró el incremento de la presión arterial en consumidores de alcohol, aunque en el presente estudio, las personas que fueron encuestadas solo presentaron un porcentaje de consumo de alcohol del 11,5% (n= 25).

El tabaquismo está considerado como el factor de riesgo que más influye en la aparición de las principales causas de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles como las enfermedades respiratorias, cardiovasculares, entre otras, y su daño no solo es para el fumador sino también para cualquier persona que se exponga a la aspiración de su humo. Llama la atención que el consumo de tabaco en los participantes de este estudio fue baja en comparación a la población general, y fue de un 2,7%, lo que coincide con la puesta en marcha de la ley antitabaco promulgada en Chile, donde hubo una reducción significativa en la tasa de consumo de tabaco, que se enfoca en los ambientes libres de humo de tabaco. El inminente riesgo cardiovascular de muerte en los fumadores cae rápidamente luego de dejar de fumar, llega a la mitad luego de 1 año y continúa disminuyendo por los siguientes 10 a 15 años. El beneficio logrado es mayor cuando el tiempo de consumo y la cantidad de cigarrillos al día es menor, como refieren Paez, en el 2014, y Acosta Batista, en el 2015.

Hay una perspectiva de los usuarios que se debe considerar; que es para ellos ¿estar o sentirse enfermo? Y dentro de sus respuestas vemos que lo enfocan a la tristeza, decaimiento, no

tener ánimo para realizar actividades; en general el pensamiento está dirigido a no tener aliento para continuar con sus vidas, citamos un ejemplo: ***AV004MRosa*** *"Se siente devastada, ya una persona enferma no es lo mismo que una persona sana, dinámica, que tiene ese ánimo, esa voluntad, que tiene ese vigor para hacer sus cosas, pero una persona enferma es como una planta que va decayendo para abajo."* **AV023HErnesto** *"Es estar en la tumba muerto, estar enfermo es no valer para nada, por eso es que le digo que yo no siento nada porque yo ando por donde quiera dicen que estoy enfermo, pero yo camino para la escuela, para el parque para la cancha, no siento nada, no es que me voy a ahogar."*

Viendo esta situación desde la óptica de ellos, las enfermedades que les impedirían realizar sus actividades cotidianas son o físicas o mentales, mientas que la presión por ser asintomática no la considerada como una enfermedad limitante; como lo indica: ***AV009MTeresa*** *"Para mí, eso que dicen: la parálisis, eso que se queda con una mano tiesa, los derrames" ; o,* **AV030HAníbal** *"hay muchos factores pues que dependen, puede ser un accidente y la otra es pues de respecto digamos le da a uno como decir una trombosis, a veces depende la potencia que uno va a recibir puede ser por poco tiempo, larga vida, queda una parte bien otra parte mal."*

Casi en su totalidad piensan que la hipertensión arterial no es una enfermedad, lo cual ya está mencionado en algunos estudios: **AV026HNel** *"no yo no tengo problemas, como le dije antes yo me olvido, yo no le paro bola, yo soy bien activo."* **AV027HRubén** *"no, a mí no me hace sentir enfermo para nada porque yo pienso que si uno va de la mano con los médicos y un buen tratamiento y todos los cuidados yo pienso que no hay impedimento.",* ***AV009MTeresa*** *"No, porque estoy tomando el tratamiento, siguiendo lo que me dice el doctor."*

En cuanto a la funcionalidad del tratamiento se engloba el tratamiento farmacológico y no farmacológico y concluyen en decir que es una enfermedad llevadera ***AV003MAlba*** "*El tratamiento si me ha funcionado, a mí sí, porque lo hago como me dicen, cambiar de alimentación todo eso ayuda, ahora no me cuesta ya estamos acostumbrado."*

En un estudio realizado en Chile respecto al seguimiento de las actividades prescritas, las cuales se enfocan principalmente en la realización de actividad y/o ejercicio físico, fue baja, ya que más de la mitad de los participantes refirió que nunca, casi nunca o a veces tenían esta conducta (M. Sara, et, 2015).

Destaca en hecho que ya los pacientes saben el momento que tiene alta la presión y con esto ellos regulan la toma de medicación, lo cual se demuestra en el estudio de Coca (2012), en que una amplia mayoría de los pacientes hipertensos manifiestan percibir "síntomas" que "señalan" su nivel de TA y que utilizan como guía para la toma de su medicación, a pesar de haber sido instruidos por el personal sanitario acerca de la naturaleza asintomática de su enfermedad.

AV018HByron *"sí más bien me tomo la pastilla cuando yo estoy trabajando; no me la tomo todos los días, No siento nada, absolutamente nada, yo siento que la presión esta alta es cuando tengo problemas, me pongo rojo, o sea ahí es que yo, cuando mi mente o mi capacidad no está bien, cuando tengo un problema familiar, cuando tengo un problema así con cualquiera, ahí es que yo opto por tomar la pastilla.*"

La hipertensión tiene cura o no genera dos grupos quienes creen que algún día conseguirán estar curados, y, quienes están resignados a tenerla toda la vida.

AV003MAlba *"eso dicen, es de por vida, pero como la ciencia ha avanzado tanto uno no sabe; es una enfermedad, pero no es limitante uno puedo convivir con ella, porque dicen que es para toda la vida."*

Av028HRamón *"pienso que algún día la podre dominar a la presión, yo pienso que puedo dominarla, haciéndome un análisis, mío, de mi organismo, pienso que puedo dominarla; he estado tratando de dominarla, el otro día me puse en no tomarla 4 días la pastilla para ver si podía dominarla, estuve a punto de dominarla, pero ahí se me subió, lógico el que tiene esta presión tiene que convivir con esto, ahora que tengo estoy tratando de dominarla, quiero dominarla para no tomar esa pastilla."*

Otro factor importante para la adherencia es el apoyo social, aunque es un fenómeno complejo, se fundamenta en el planteamiento de que éste, puede proteger a las personas en crisis de una gran variedad de estados patológicos que incluyen las Enfermedades Crónicas. En este estudio se determinó que las personas que tenían un apoyo medio o máximo, sea en el ítem de apoyo afectivo, emocional, o material, y relaciones de ocio y distracción, tenían mucha más adherencia que los que tenían poco apoyo. Los resultados tienen similitud con lo encontrado en los trabajos de Ramírez et al., Herrera et al., Díaz, en lo referente a las categorías de la interacción social en los pacientes, en aspectos que corresponden a las situaciones de distracción y recreación. Aunque de manera global, se reconoce una significativa red de apoyo informal para las personas con enfermedad crónica, constituida por sus amigos y parientes, de manera similar a la de los cuidadores familiares, hallazgos similares a lo descrito por Amaya y Carrillo, en el 2015.

Al continuar con nuestro análisis encontramos que el paciente conoce sobre la terapéutica farmacológica y no farmacológica, y es lo que indican médicos que participaron, indicaron que durante visitas domiciliarias palpan el entorno social de los individuos, situaciones que hacen que incumplan con la terapéutica, y remarca lo que se ha estado visualizando en todas las entrevistas de los pacientes que tienen enfermedades crónicas no transmisibles, que este tipo de patologías solo es por corto tiempo y que solo es el medicamento, y no hacen parte de sus hábitos los cambios de alimentación o ejercicios físicos; citamos Ejemplos:

AV032MFHGil *"yo primero pues si es un paciente tratado de modificarle el estilo de vida, trato de que mejoren sus hábitos diabéticos, todo eso que tenga que ver con la esfera de su ejercicio físico, mejoren su conducta, estilo de vida sus hábitos, no sé , nocivos, si fuma, su obesidad también, que bajen de peso, que disminuyan el alcohol que no tomen mucho, es lo común en esta provincia, no siguen a veces el tratamiento farmacológico que tiene de base, y a veces no es ni siquiera que han colocado otro hipertensivo ni aumentado a dosis que, ni si quiera se toman bien el tratamiento, mucha población aquí tiene una mala costumbre de que creen que esto va un mes y ya, yo hago visita familiar y cuando me dicen hipertenso, me dicen si yo fui hipertenso pero yo lo tome un mes y ya lo deje de tomar"*

En cuanto a la experiencia personal figuran dos sintagmas: usuarios participativos en la terapéutica y se puede generar cambios positivos con buenos resultados en su salud, y otros que no ponen atención a las directrices y por ese abandono hay un deterioro físico y emocional que conlleva a las complicaciones, Ejemplos:

AV032MFHGil "*Bueno eso es una falla, como le digo, el paciente a veces por que no sabe o a veces por que la consulta es muy rápido, uno trata de explicarle lo más sencillo posible, como tiene que ser el tratamiento, o no los cumple o se les olvida; o el famoso cal center que no consiguen cita, entonces si cuesta, porque son visibles los factores, hay pacientes que si son muy responsables, yo tengo pacientes que tienen la presión de 120 o menos 120-80 ósea optimo y le va muy bien."*

Y dentro de los conceptos empleados por los médicos son las cosas negativas del ususario frente a la adherencia terapéutica; **AV031MGHDimas** *"a ver la experiencia personal es que tú vas viendo en ellos, en muchos casos deterioros, cuando son desobedientes, cuando no cumplen lo que el médico les dice; entonces, vienen con problemas de cefalea, vienen después de unos meses, cuando acuerdas los ves en una silla de ruedas, los ves con un bastón, y le preguntas ¿qué me le pasó? me dice no, me dio un derrame cerebral, entonces no es necesario preguntarle, simplemente le digo, dejó de tomar la pastilla? Y me dice sí, y le digo, que, nunca le dijeron a Ud. que, si Ud. deja de tomar la pastilla, le va a dar un derrame cerebral. Yo siempre le digo a mis pacientes de esta manera, que el paciente hipertenso es como el que entra a la mafia, el que entra tomando el medicamento no sale y si deja de tomar el medicamento se muere o queda medio loco o queda parapléjico, queda bueno, inválido o lo que sea."*

Resultó de gran utilidad que diferentes especialistas se relacionaran con las pacientes en virtud de que podían resolver sus dudas, lo que quizá también influyó en el mayor puntaje obtenido en la subescala que evalúa la relación con el médico (García et al.,2018); en nuestro estudio pudimos constatar que el personal médico no se involucra en las actividades físicas (que son pocas)

programadas por la unidad, y en cuanto al tiempo para despejar las dudas del usuario cada vez más se va disminuyendo con programas burocráticos que le restan el tiempo dedicado al usuario.

Para el personal de salud el paciente si tiene conocimientos sobre HTA y lo miden por medio de las metas terapéuticas, ya sea que las alcancen por tener buena adherencia al seguir las recomendaciones o fracase porque saben poco. **AV032MVirginia** *"la perciben de 2 manera yo siempre los mido si ellos alcanzan las metas sé que están percibiendo toda la educación que se les da aquí en la consulta pero si no alcanzan las metas parece que no les interesa percibir."*

Pero al mismo tiempo consideran que no relacionan la HTA con otras enfermedades: **AV031MGHDimas** *"las que ellos mencionan no, estamos viendo desde el punto de vista del paciente. El paciente nunca sabe que es hipertenso, sabe que es hipertenso cuando le dio un derrame, dolor de cabeza que no lo soporta, y empieza con esa molestia que no puede trabajar; y bueno, con eso empieza, ahí recién él se da cuenta de que tiene un problema, pero pocas veces un joven de 26-28 años, se mide la presión a la mínima sintomatología de un dolor de cabeza, ya lo que hace es tomar un analgésico entonces prácticamente ese es como un ladrón que va ganando terreno y en el momento oportuno, se presenta lo peor. No la relacionan con nada a la hipertensión, como le digo es un ladrón silencioso, va despacito, va ganando y más que todo el abuso y consumo de sal."*

Todo esto que se ha mencionado es muy relevante por motivo que el medico al conocer los mitos o creencias que tenga un paciente podría mejorar sus estrategias de abordaje; debido a esto, es que los resultados obtenidos fueron que los médicos familiares generaron adherencia en un 24,6%, mientras que otros médicos solo la generaron en un 12,6%, y en lo que varios pacientes

coinciden que la relación Médico Paciente, se puede dificultar en ciertas percepciones, como "Mi médico me dedica suficiente tiempo", "Encuentro a mi médico accesible", "Mi médico se esfuerza en ayudarme", "Mi médico me entiende", que es similar a lo expuesto por Blakeman T, (2006) quien indica que aunque predomina una actitud favorable a la atención al paciente con enfermedad crónica, hay un reconocimiento de que se necesitan modificaciones al sistema de atención actual, en todos sus componentes y establece la influencia de los médicos en la adherencia al tratamiento.

Con todo esto se podría indicar que la atención del médico familiar tiene un factor protector en la adherencia en relación a otros médicos.

El personal de salud si sabe que entienden los pacientes por estar o sentirse enfermos y es muy similar a los encontrado en nuestro estudio: **AV032MVirginia** *"para ellos estar enfermo es tener una limitación de cualquiera de sus actividades, si, de ya no poder hacer las cosas con que ellos normalmente hacían, su trabajo en el campo, si pueden ir a cortar el monte, si pueden ir a ver su ganado, si estamos hablando de pacientes de aquí la ciudad aquellos que puedan tener su vida normal ir a trabajar, llevar el dinero a casa, para ellos ese es el concepto de enfermedad no tienen en claro que la enfermedad abarca tanto el entorno biológico, social, psicológico entonces también se los educa un poco sobre eso, son limitantes no poder desenvolverse en todas sus actividades."*

Pero al final, aún no se asocia, que a pesar que se les dé información sobre la hipertensión arterial, al ser asintomática no la consideran una patología, y es contradictorio con el pensamiento medico quienes si creen que la entienden como enfermedad: **AV032MVirginia** *"si, si la entienden como una enfermedad, cuando uno los termina educando si la entienden."*

Destaca entre los médicos que la mitad tienen hipertensión arterial, y se constata en la entrevista que los participantes también le atribuían como causa de HTA al estrés, cosa que no esta alejada de los usuarios que atienden; Ejemplo: **AV031MGHDimas** *"si soy hipertenso pasivo como quiera, en alguna oportunidad sentía dolores de cabeza medios pendejos y yo decía que será, será el estrés, llegaba cansado y toda la vaina, hasta que llego un grupo aquí un médico de la institución y me midió la presión y me dice Dimas tu eres hipertenso, y yo le digo ¿qué cosa? yo me quise caer para atrás; si, me dice tienes 140, ¡habla serio!; Sí, me dice comienza a tomar la pastilla de la presión, Sí, pero racionando todo para mi hipertensión, después me fui a hacer un electrocardiograma y me salió una cosita media rara en el electro, una isquemia, un pequeño infarto y ni me había enterado, había dejado de hacer deporte, bueno una serie de cosas, estaba con el estrés de mi madre en esa época la enfermedad, entonces todas esas cosas, el estrés, cuando acuerdo reventé, hoy en día me tomo mis tabletas de presión todos los días. Losartan de 100, porque yo empecé tomando losartan, 3 medicamentos por que la presión no me bajaba porque estaba sumamente mal y bueno me dieron diurético, me dieron medicamentos por 8 días, actual ente estoy manejando mi presión de 120.*

Numerosos son los factores de índole social, económico, cultural y ambiental asociados al control de la HTA, y así podemos señalar que en numerosos estudios consultados se demuestra que se encuentran presentes como factores asociados al no control de la hipertensión: la poca o ninguna actividad física, la obesidad y/o el aumento por encima de los valores aceptables del índice de masa corporal (IMC), los patrones alimentarios inadecuados como son el consumo excesivo de grasas, o de grasas saturadas, de la dieta no baja o con exceso de sal, del bajo consumo de frutas y vegetales,

y otros aspectos conductuales relacionados con los hábitos tóxicos como son el tabaquismo y el alcoholismo. **(**Achiong, et al. 2015)

En nuestro estudio se pudo comprobar que los médicos al igual que los pacientes en el momento de un diagnostico que conlleve a la cronicidad y cuya presentación suele ser asintomática se encuentran en el mismo dilema de aceptación; ya que no tienen síntomas o no quieren ser presos de un medicamento de por vida.

Todos estos factores deberían ser temas incluidos en el programa educativo de la Escuela o clubes para hipertensos para que el paciente asuma la responsabilidad de su autocuidado, porque sabe de qué se trata la enfermedad que padece y conoce cuál es la manera adecuada de controlarla, y muestra mayor predisposición a colaborar con el tratamiento, no se trata sólo de informar a los individuos sino de encontrar la forma de convencerlos, interesarlos y lograr su participación activa.

CAPÍTULO VI

6.1. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1.1. Conclusiones.

1) La educación del médico familiar; constituye un factor importante para la adherencia no farmacológica.
2) El apoyo social máximo interviene en la adherencia farmacológica.
3) La adherencia no farmacológica se cumple en: consumo bajo de sal, no tabaco y alcohol; pero, no evitan consumir carbohidratos, grasas, no hay consumo de potasio y no realizan ejercicio físico.
4) El determinante social más importante relacionado con la poca adherencia entre los pacientes con hipertensión fue la subvaloración de su enfermedad, por una barrera de apreciación cultural de la presentación de la enfermedad, la concepción que se tiene sobre la sintomatología y la cronicidad de la misma, dando lugar al abandono del mismo.
5) La adherencia al tratamiento requiere más estudios y estrategias de intervención.

6.1.2. Recomendaciones.

1) Los pacientes con hipertensión arterial, que no tienen síntomas, deben tener un tratamiento sistemático, continuo y sin interrupciones, y para ello, cada paciente debe compartir la responsabilidad y participar activamente en el régimen del tratamiento.
2) Los pacientes deben llevar un registro del fármaco que toma y horarios; además, utilizar pastilleros o similares para buen almacenamiento.
3) Los hábitos saludables deben ser consideradas prácticas habituales para los pacientes; y, los médicos no prescribirlos como un tratamiento no farmacológico, sino como

recomendaciones constantes a los usuarios para fomentar cambios en estilos de vida, informando sobre sus beneficios.

4) El personal de salud debe identificar recursos, conocimiento, actitudes, creencias, percepciones y las expectativas del paciente; incluyendo, el olvido, estrés psicosocial, angustia por los posibles efectos adversos, baja motivación, y el hecho de no percibir la necesidad del tratamiento y entender mal las instrucciones; entre otros factores, para poder realizar intervenciones dirigidas a los problemas específicos, logrando que participe en la construcción del tratamiento de modo que esté seguro, que entienda cómo y por qué se deben seguir las indicaciones recomendadas.
5) Explicar sobre beneficios y efectos adversos.
6) Considerar las preferencias del paciente a la hora de manejar los efectos adversos, considerar el ajuste de dosis, el cambio a otro medicamento y otras estrategias.
7) Realizar una retroalimentación constante sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico al paciente para que esta información sea parte de su ser, como decir sus nombres y apellidos, para facilitar la comunicación y evitar confusiones sobre su terapéutica.
8) Entrenar al personal médico sobre técnicas de cómo dar malas noticias.
9) Continuar con las investigaciones sobre adherencia no farmacológica en hipertensión arterial.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Alcaíno, D. Bastías, et al. (2014). Cumplimiento del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus de tipo 2 en adultos mayores: influencia de los factores familiares, Gerokomos vol.25 no.1 Barcelona.

Bonilla, C. Gutiérrez, E. (2014). Desarrollo y características psicométricas del instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Av. Enferm., Volumen 32, Número 1, p. 53-62

Casado V. (2012). Tratado de Medicina Familiar y Comunitaria, Editorial Médica Panamericana.

Castells, E., Boscá, A., García, C., & Sánchez, M. (2015). Hipertensión arterial, Elsevier. España.

Coca A (1995). Control de la hipertensión arterial en España: Resultados del estudio Controlpres 95. Hipertensión, 12, 182-188.

Coca A (2002). Evolución del control de la hipertensión arterial en España: Resultados del estudio Controlpres 2001. Hipertensión, 19, 9

De la Sierra, A. (2017) Ambulatory blood pressure monitoring is a useful tool for all patients. Hipertensión y riesgo vascular, 34(1), 45 – 49, doi.org/10.1016/j.hipert.2016.06.004

Dueñas, I., Estévez, P., Rodas, I., Amores, Nelson., Jimbo, G., Franco, G., & Alvear, M. (2019) Guía de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial, MSP, Ecuador.

González, L., Díaz, M., & Rodríguez, A. (2018). Studies Regarding Social Representations About High Blood Presure in Cuba, Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, La Habana, CUBA.

García de Alba, J. *Et al* (2012). La antropología cognitiva aplicada al estudio de las causas de la hipertensión arterial en Guadalajara, Jalisco, México. Cir Cir;80:247-252

Granados, G., Roales, J (2005). Formación de creencias sobre falsos síntomas en pacientes con hipertensión. Universidad de Almería, España

He, F., Li, J., & Macgregor, G. Effect of longer-term modest salt reduction on blood pressure. Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials. BMJ 2013;346:f1325 doi: 10.1136/bmj.f1325

Herrera, P., Pacheco, J., Valenzuela, G., Málaga, G., (2017). Autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Perú: una revisión narrativa. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2017; 34(3):497-504.doi: 10.17843/rpmesp.2017.343.2622

Holguín, L. Correa, D. Arrivillaga, M. (2006). Hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial, *Univ. Psychol. Bogotá* (Colombia) 5 (3): 535-547.

Holmes, M., Dale, C., Zuccolo, L., Silverwood, R., Guo, Y., Ye, Z.,…. Casas, J. (2014). Association between alcohol and cardiovascular disease: Mendelian randomisation analysis based on individual participant data. PUBMED. EEUU.

James PA, Oparil S, Carter BL, et al. Evidence based-guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA 2014; DOI:10.1001/jama.2013.284427. Publicación electrónica previa a la versión impresa. Disponible en http://jama.jamanetwork.com/journal.aspx.

Jiménez, M. Orkaizaguirre, A. Bimbela, M. (2015). Estilo de vida y percepción de los cuidados en pacientes crónicos: Hipertensos y diabéticos, Index Enferm vol.24 no.4 Granada.

Loreto, M., Rosich, et al. (2014). Eficacia de las estrategias de motivación en el tratamiento del sobrepeso y obesidad, Nutr. Hosp. vol.30 no.4 Madrid

Luna, U., Haro, S., Uriostegui, L., Barajas, T., & Rosas, D., (2017). Level of Adherence in Patients with Hypertension: Experience in a Family Medicine Unit in Zapopan Jalisco, Mexico

Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., Bohm, M., & Wood, DA. (2013) ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2013; 34: 2159–221. doi: 10.1093/eurheartj/eht151.

Márquez, V., Granados, G., & Roales, J. (2015) Aplicación de un programa de mejora de la adherencia en pacientes hipertensos debutantes. Aten Primaria. 2015;47(2):83---89. doi.org/10.1016/j.aprim.2014.03.009.

azzeo, J. (2013). Hypertension among Haitians living in the Bahamas. The International Journal of Bahamian Studies. http://journals.sfu.ca/cob/index.php/files/article/view/

Monje, Carlos. (2011). Metodología de la investigación cualitativa y cuantitativa Universidad Surcolombiana, Colombia.

Morga; L. (2012). Teoría y técnica de la entrevista. Primera edición. México: Red tercer milenio.

Nitsche, M., Bitran, M., Pedrals, N., Echeverría, G., & Rigotti1, A. (2014). Recursos psicosociales positivos y salud cardiovascular, Rev. méd. Chile vol.142 no.10 Santiago.

Oluwaseun, O., Domingo, M., & Peter, S. (2018). La presión sanguínea de control y el apoyo familiar percibido en pacientes con hipertensión esencial vista en una clínica de atención primaria en Nigeria Occidental. DOI: 10.4103 / 2249-4.863,197284.

Olvera, S., & Salazar, T. (2009), Impacto del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos. Revista mexicana de enfermería cardiológica. Vol. 17, Núms. 1-3 Enero-Diciembre 2009 pp 10-13

Organización Mundial de Salud. (17 de noviembre del 2018) obtenido de: https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/

Organización Mundial de la Salud, adherencia a los tratamientos a largo plazo, pruebas para la acción, Organización Mundial de Salud, 2004

Pérez, E., Soler, Y., & Sánchez, L. (2016). Adherencia terapéutica y creencias sobre su salud en pacientes hipertensos, MEDISAN vol.20 no.1 Santiago de Cuba ene.-ene. 2016.

Pérula, L., Pulido, L., Pérula, C., González, J., Olaya, I., & Ruiz, R. (2014). Grupo corporativo Estudio ATEMAP, eficacia de la entrevista motivacional para reducir errores de medicación en pacientes crónicos polimedicados mayores de 65 años: resultados de un ensayo clínico aleatorizado por cluster. MedClin (Barc). 2014; 143(8):341-348.

Piepoli, MF., Hoes, AW., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, AL.,…. Verschuren, M. ESC Scientific Document Group. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart. Doi: 10.1093 / eurheartj / ehw106

Pisiano, M,, & Gonzalez, A. (2014). La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. EnfermClin, 2014; 24(1):59-66.

Poblete, F., Glasinovic, A., Sapag, J., Barticevic, N., Arenas, A., & Padilla, O. (2015) Apoyo social y salud cardiovascular: adaptación de una escala de apoyo social en pacientes hipertensos y diabéticos en la atención primaria chilena. ELSEVIER, ESPAÑA. http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.10.010

Poblete, F., Barticevic. N., Sapag, J., Tapia, P., Bastías, G., Quevedo, D., Valdés, C.,…. Pérez, G. (2018) Apoyo social percibido en pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo II en Atención Primaria y su relación con autopercepción de salud. Rev Med Chile 2018; 146: 1135-1142

Ramli, A., Ahmad, N., Paraidathathu, T. (2012) Medication adherence among hypertensive patients of primary health clincs in malaysia. PubMed. 2012;6:613-22. doi: 10.2147/PPA.S34704.

Rojas, M., & Morales, S. (2014). Adherencia farmacológica al tratamiento antihipertensivo: ¿un reto o una realidad?. Revista Colombiana de Enfermería. Volumen 9, 2014, Págs. 133-141.

Rojas, L., Echeverría, L., & Camargo, F. (2014). Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con falla cardiaca, Revista Electrónica de Enfermería.

Romero, S., et al. (2015). Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. SCIELO. COLOMBIA.

Rosa, M., Ortega. A., Jiménez, A., Perea, J., Cuadrado, E., & López, A. (2016). Nutritional patterns on prevention and control of hypertension. Nutrición Hospitalaria, 33(4):53-58.

Ross, S., Walker, A., & Mackleod, Mj. (2004). Cumplimiento del paciente en hipertensión: papel de las percepciones de la enfermedad y creencias de tratamiento. PubMed. DOI: 10.1038 / sj.jhh.1001721

Sanchis, C., & Vara, L. (2012). Cumplimiento terapéutico y seguimiento del paciente hipertenso. Atención Primaria. MedClin (Barc). 2012; 139:126-30.

Sandoya, E. (2013). Estado actual del monitoreo ambulatorio de presión arterial. Revista Uruguaya de Cardiología. Uruguay.

Suckling, R., Él, F., Markandu, N., & MacGregor, G. (2016) Modest salt reduction lowers blood pressure and albumin excretion in impaired glucose tolerance and type 2 diabetes mellitus:

a randomized double-blind trial. Hypertension trial. Hypertension 2016; 67: 1189–1195 DOI: 10.1161 / HYPERTENSIONAHA.115.06637

Scotch, NA. (1960). A Preliminary Report on the Relation of Sociocultural Factors to Hypertension among the Zulu. *Ann N Y Acad Sci.* Dec 8;84:1000–1009.

Tagle, R. (2018). Diagnóstico de Hipertensión arterial, Rev. Méd. Clin. Condes. Chile.

Trujano, R., Vega, Z., Nava, C., & Saavedra, K. (2011). Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos, Liber. v.17 n.2 Lima.

Varleta, P., Akel1, C., Acevedo, M., Salinas, C., Pino, J., Opazo,V., & García, A. (2015). Prevalencia y determinantes de adherencia a terapia antihipertensiva en pacientes de la Región Metropolitana, Rev. méd. Chile vol.143 no.5 Santiago.

Vargas, N. (2014). Adherencia al tratamiento: un reto difícil pero posible, Rev Osteoporos Metab Miner vol.6 no.1 Madrid.

Veliz, L., Mendoza, S., & Barriga, O. (2015). Adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria en Chile, Rev. Perú. med. exp. salud publica vol.32 no.1 Lima ene./mar.

Ventura, M., Ruiz, A., & López, M. (2019). Adherence to treatment in chronic patients: hypertension and diabetes mellitus. THERAPEÍA 11 [Febrero 2019], 17-43, ISSN: 1889-6111

Wagner-Grau, P. (2010). Fisiopatología de la hiperetnsión arterial. An. Fac. Med. Scielo. Perú.

Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. (2017). ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. Hypertension.

Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti, E., Azizi, M., Burnier, M.,.... Désormais, I. (2018). ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension, The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH), doi:10.1093/eurheartj/ehy339.

Williams JS, Brown SM, Conlin PR. Blood-Pressure Measurement. N Engl J Med [Internet]. 2009;360;5:1–4. Disponible en:https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMvcm0800157

World Health Organization. (2003). Adherence to long term therapies: evidence for action. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2013). Información general sobre la hipertensión en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública en e mundo. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf;jsessionid=A5CE608EECD4583E2C7E038685F2E84D?sequence=1

ANEXOS

ANEXO 1.- FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a hombres y mujeres que son atendidos en el Centro de Salud "Andrés de Vera"; y, se les invita a participar en la investigación sobre Determinantes Sociales de la Hipertensión Arterial.

Investigadores Principales: Dra. Angélica María Loor Nieto y Dra. Charito Alexandra Mosquera Rivas, Posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Estamos investigando sobre la Hipertensión arterial, que es muy común en este país; se proporcionara información sobre el tema y si la explicación no es clara pueden detenernos en cualquier momento; así, podremos nuevamente explicarle y decidirá si participa o no; usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de colaborar aun cuando haya aceptado antes. Necesitamos saber ¿qué referencia tiene sobre la Hipertensión arterial? **y nos permitirá entrevistarle, grabarle y citarle**; toda información que recojamos en este proyecto se mantendrá confidencial, y su identidad quedará protegida.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente a las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante_____ Firma del Participante _____

Fecha: (Día/mes/año) - - /- - /- - - -

Si es Analfabeto
He sido testigo(a) de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Huella dactilar del participante

Nombre del testigo_____ Firma del testigo _____

Fecha: (Día/mes/año) - - / - - /- - - -

He sido testigo(a) de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.
Nombre del Investigador_____ Firma del Investigador _____

Fecha: (Día/mes/año) - - / - - /- - - -

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PERSONAL DE SALUD

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a médicos del Centro de Salud "Andrés de Vera"; y, se les invita a participar en la investigación sobre Determinantes Sociales de la Hipertensión Arterial.

Investigadores Principales: Dra. Angélica María Loor Nieto y Dra. Charito Alexandra Mosquera Rivas, Posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Estamos investigando sobre la Hipertensión arterial, que es muy común en este país; se proporcionara información sobre el tema y si la explicación no es clara pueden detenernos en cualquier momento; así, podremos nuevamente explicarle y decidirá si participa o no; usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de colaborar aun cuando haya aceptado antes. Necesitamos saber ¿qué referencia tiene sobre la Hipertensión arterial? **y nos permitirá entrevistarle, grabarle y citarle**; toda información que recojamos en este proyecto se mantendrá confidencial, y su identidad quedará protegida.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente a las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante_____ Firma del Participante _____

Fecha: (Día/mes/año) - - /- - /- - - -

He sido testigo(a) de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador_____ Firma del Investigador _____

Fecha: (Día/mes/año) - - / - - /- - - -

ANEXO 2- INSTRUMENTOS PARA LA PARTE CUALITATIVA:
Guía 01

INSTRUMENTO: GUÍA SEMI-ESTRUCTURADA DE ENTREVISTA 01		
Provincia:	Cantón o ciudad:	Parroquia:
Dirección		Celular:
Fecha de aplicación de la entrevista	Número de archivo:	
Entrevistador/a:		
FICHA DE IDENTIFICACIÓN		
Nombre		
Edad		
Sexo		
Estado civil		
¿Cuántas personas viven en su casa?		
Tipo de familia		
Tipo de residencia[1]	Temporalidad. Tipo de vivienda, categorías emic-etic, viri-matrilocal. Caracterización física, temporal, socio-familiar, servicios.	
Tipo de aseguramiento (IESS, MSP, ISSPOL, ISFFAA, Privado….)		
Religión		
Nivel instruccional		
Ocupación		
ITEM	**NARRATIVAS DE HISTORIAL CLÍNICO HTA ( )**	
	¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron hipertensión? (percepción de la temporalidad del diagnóstico)	
	¿En dónde se lo diagnosticaron y quién le informó de esto?	
	¿Qué tipo de tratamiento le indicaron para su hipertensión?	
	¿Siguió el tratamiento recomendado que le indicaron?	
ITEM	**CARACTERIZACIÓN EMIC DE LA HTA ( )**	
	Con sus propias palabras, cuénteme qué es lo que sabe usted sobre la hipertensión. *(Explorar qué sabía la persona antes y después de su diagnóstico. Quién, cuándo, dónde.)*	
	En su opinión, ¿está la hipertensión relacionada con otras enfermedades? Sí. ¿Con cuáles? No. *Explorar razones.*	
	¿Cuáles cree usted que sean las causas de la hipertensión arterial en las personas?	

[1] La o el investigador lo caracteriza en relación a la información que le proporcione la persona entrevistada.

	¿Qué le pasa a una persona que es hipertensa? *(Explorar sintomatología desde la perspectiva discursiva del entrevistado/a de forma más concreta.)*
	¿Cuáles son los tratamientos que usted conoce o de los cuales ha escuchado para la hipertensión? *(Explorar los distintos tratamientos que conozca la persona, además de la recomendación médica. Quién, dónde, cuándo.*)
ITEM	**ASOCIACIÓN CULTURAL A SEGUIMIENTO/CONTROL HTA ( )**
	¿Qué entiende usted por "estar o sentirse enfermo"? (¿enfermedad = estado sincrónico o/y proceso diacrónico?)
	En su opinión, ¿qué tipo de enfermedades le impedirían o le impiden realizar sus actividades cotidianas?
	Con todo esto que me comentó, ¿piensa que la hipertensión le hace sentir que está enfermo?
	Desde su punto de vista, ¿cree que el tratamiento que usted lleva le está funcionando? (Explorar su seguimiento farmacológico, cambio de estilo de vida y medicinas alternativas; explorar regularidad de su consulta médica para su chequeo de hipertensión; explorar factores socio-culturales, familiares, laborales, etc. que la persona identifique como aspectos de su vida que le dificultan o facilitan continuar con su tratamiento.)
	En su opinión, ¿cree usted que algún día ya no tendrá hipertensión? (Explorar si la hipertensión tiene una cura; explorar las referencias de la hipertensión como "enfermedad llevadera".

Guía 02

GUIA SEMI-ESTRUCTURADA DE ENTREVISTA A PERSONAL DE SALUD 02		
Provincia:	Cantón o ciudad:	Parroquia o localidad:
Dirección:		Celular
Lugar de trabajo:	Cargo:	Años de experiencia:
Fecha de aplicación de la entrevista:		Número de entrevista:
Entrevistador/a:		
FICHA DE IDENTIFICACIÓN		
Nombre		
Edad		
Sexo		
Estado civil		
Religión		

Nivel instruccional	
ITEM	**NARRATIVAS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON HTA ( )**
	¿Hace cuánto tiempo que trabaja atendiendo pacientes hipertensos?
	¿Cuántos pacientes hipertensos atiende usted?
	¿Qué tipo de tratamiento les indica usualmente para la hipertensión a las y los pacientes?
	¿Cuál ha sido su experiencia personal al trabajar con pacientes hipertensos?
ITEM	**CARACTERIZACIÓN EMIC DE LA HTA ( )**
	¿Recuerda algún o algunos casos significativos de pacientes hipertensos? Háble me de ellos.
	¿Cómo usted percibe lo que saben sus pacientes sobre la hipertensión?
	¿Sus pacientes creen que la hipertensión está relacionada con otras enfermedades? ¿Cuáles?
	¿Cuáles creen sus pacientes que sean las causas de la hipertensión arterial?
	¿Cómo perciben los pacientes la gravedad y el desenlace de la enfermedad?
ITEM	**ASOCIACIÓN CULTURAL A SEGUIMIENTO/CONTROL - HTA ( )**
	¿Qué entienden sus pacientes por "estar o sentirse enfermo"?
	¿Tiene usted pacientes con hipertensión que presenten incapacidades y/o discapacidades?
	¿Entienden sus pacientes la hipertensión como una enfermedad?
	Desde su punto de vista, ¿cree que el tratamiento que usted les prescribe funciona? (Explorar su seguimiento farmacológico, cambio de estilo de vida; explorar regularidad de su consulta médica para el chequeo de hipertensión; explorar factores socio-culturales, familiares, laborales, etc. que el personal de salud identifica como aspectos de la vida de sus pacientes que les dificulten o faciliten continuar con el tratamiento.)
	Sus pacientes con hipertensión, ¿utilizan alguna práctica de medicinas alternativas?
	¿Usted considera que sus pacientes siguen sus recomendaciones?
	¿Tiene usted hipertensión?

ANEXO 3: INSTRUMENTOS

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

CUESTIONARIO
Características sociodemográficas

1. **Edad ----------**

2. **Sexo**

a. Hombre
b. Mujer

3. **Lugar de residencia**
a. Urbana
b. Rural

4. **Nivel de Instrucción**
a. Ninguno
b. Centro de alfabetización
c. Primaria
d. Secundaria
e. Superior
f. Postgrado

5. **Estado civil**
a. Casado/a
b. Unión libre
c. Separado/ a
d. Divorciado/a
e. Viudo/a
f. Soltero/a

6. **Ocupación laboral**
a. Empleado del estado/privado.
b. Jornalero/a.
c. Desempleado.
d. Quehaceres del hogar.

7. **Tipo de Familia**
a. Familia nuclear.
b. Familia extensa
c. Familia ampliada.
d. Personas solas.

CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO, ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

- No escriba su nombre, la información es anónima y confidencial.

- Responda cada pregunta lo mejor que pueda. Si no está seguro de alguna repuesta, proporcione una aproximación o cálculo.

- Use exclusivamente un lapicero de tinta azul, no use lápiz, ni corrector.

- Marque una X en la caja al lado de su respuesta.

- No haga ninguna anotación por separado en este cuestionario.

1.- ¿En sus actividades cotidianas realiza algún ejercicio físico (como caminar frecuentemente, subir escaleras)?

☐ Sí (Todos los días, la mayoría de días de la semana) N☐

2.- ¿Hace ejercicio físico distinto al que le exige sus actividades cotidianas (se toma minutos para caminar, trotar, hacer aeróbicos, andar en bicicleta, bailoterapia?

☐ Sí (Todos los días, la mayoría de días de la semana) N☐

3.- ¿Sigue una dieta baja en sal?

☐ Sí (Todos los días, la mayoría de días de la semana) N☐

4.- Evita en su alimentación el consumo de grasas, azúcares y harinas?

☐ Sí (La mayoría de las veces las evito, con bastante frecuencia las evito)

☐ No (Pocas veces las evito, aunque no muy seguido o nunca las evito)

5.- ¿Procura consumir alimentos altos en potasio, como el banano, apio, frutos secos y plátano?

Sí (La mayoría de las veces los consumo, con bastante frecuencia)

☐ No (Pocas veces los consumo, aunque no muy seguido o nunca los consumo)

6.- ¿Toma bebidas alcohólicas?

☐ Sí (Varias veces en el día, una vez al día, por lo menos una vez a la semana)

☐

No tomo bebidas alcohólicas

7.- ¿Fuma?

Sí (Varias veces en el día, una vez al día, por lo menos una vez a la semana)

No fumo

En relación a las consultas médicas para control de su hipertensión arterial en el Centro de Salud "Andrés de Vera, coloque una X (equis) en la respuesta que considera correcta.

1.-Mi médico me entiende Sí No

2.- Mi médico se esfuerza en ayudarme Sí No

3.- Puedo hablar con mi médico Sí No

4.- Estoy contento con el tratamiento que me ha puesto n dico

Sí No

5.- Mi médico me ayuda Sí No

6.- Mi médico me dedica suficiente tiempo Sí lo

7.- El tratamiento que me ha puesto mi médico me está b ciando

Sí No

8.- Estoy de acuerdo con mi médico sobre la causa de mis síntomas

Sí No

9.-Encuentro a mi médico muy accesible. Sí No

10.- Gracias a mi médico me encuentro mejor. Sí No

11.- Gracias a mi médico tengo más información acerca d salud.

Sí No

12.- Ahora controlo mejor a mis síntomas (aunque vea menos al médico)

Sí No

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN AL APOYO O AYUDA DE LA QUE USTED DISPONE:

1.- Aproximadamente ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurra)
Escriba número de amigos o familiares _____

¿Con que frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?
Marque con un círculo uno de los números de cada fila

CUESTIONES ¿CUENTA CON ALGUIEN?	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2.- Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3.- Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4.- Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5.- Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6.- Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7.- Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8.- Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9.- Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10.- Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11.- Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12.- Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13.- Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14.- Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15.- Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16.- Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17.- Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18.- Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19.- Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20.- Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

ANEXO 4 FOTOS



