

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo, **TOMASA MARISOL NAVARRETE SUAREZ**, con C.C. 0910685015, autor del trabajo de graduación titulado: **"RESPUESTA RESILIENTE INDIVIDUAL Y FAMILIAR VINCULADA CON DAÑO RENAL DETERMINADO CON MICROALBUMINURIA Y CON ULTRASONOGRAFIA EN ADULTOS HIPERTENSOS DE LA CLÍNICA DE CRÓNICOS METABOLICOS DEL CENTRO DE SALUD DE LOS ROSALES, PERIODO: SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL AÑO 2016."**, previa a la obtención del título profesional en la Especialidad de: Medicina Familiar y Comunitaria, en 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, 7 de febrero del 2017



**Tomasa Marisol Navarrete Suarez**

C.C. 0910685015



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

POSTGRADO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

**RESPUESTA RESILIENTE INDIVIDUAL Y FAMILIAR VINCULADA CON  
DAÑO RENAL DETERMINADO CON MICROALBUMINURIA Y CON  
ULTRASONOGRAFIA EN ADULTOS HIPERTENSOS DE LA CLÍNICA DE  
CRÓNICOS METABOLICOS DEL CENTRO DE SALUD DE LOS ROSALES,  
PERIODO: SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL AÑO 2016.**

PROTOCOLO DE DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

AUTOR:

TOMASA MARISOL NAVARRETE SUAREZ  
MÉDICO POSGRADISTA EN EL CENTRO DE SALUD LOS  
ROSALES

DIRECTOR DE TESIS:

DR. RICARDO RECALDE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA  
DOCENTE PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL  
ECUADOR

DIRECTOR METODOLÓGICO:

DR. JOSÉ SOLA.

MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

DOCENTE DE PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS, 2017

TEMA:

“RESPUESTA RESILIENTE INDIVIDUAL Y FAMILIAR VINCULADA CON DAÑO RENAL DETERMINADO CON MICROALBUMINURIA Y CON ULTRASONOGRAFIA EN ADULTOS HIPERTENSOS DE LA CLÍNICA DE CRÓNICOS METABOLICOS DEL CENTRO DE SALUD DE LOS ROSALES, PERIODO: SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL AÑO 2016”.

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, TOMASA MARISOL NAVARRETE SUAREZ, CI. 0910685015, autor/a del trabajo de graduación: **RESPUESTA RESILIENTE INDIVIDUAL Y FAMILIAR VINCULADA CON DAÑO RENAL DETERMINADO CON MICROALBUMINURIA Y CON ULTRASONOGRAFIA EN ADULTOS HIPERTENSOS DE LA CLÍNICA DE CRÓNICOS METABOLICOS DEL CENTRO DE SALUD DE LOS ROSALES, PERIODO: SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL AÑO 2016** previo a la obtención del título de ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, en la PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

- 1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, 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 SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Santo Domingo, 7 Febrero 2017

f. 

Nombre: TOMASA MARISOL NAVARRETE SUAREZ

CI. 0910685015

## **Agradecimientos**

Al Dr. Ricardo Recalde, por ser el guía que me impulsó a desarrollar la presente investigación.

Al Dr. José Sola, por su permanente interés en lograr la excelencia.

A los pacientes del Club de Hipertensos de la Clínica de Crónicos Metabólicos, del Centro de Salud de Los Rosales por su contribución y su disposición, para el desarrollo de este estudio.

## **Dedicatoria**

A mi gran amiga, Pércides Quiñonez, por incentivar me a iniciar este reto.

A mi madre, quien ha constituido la fuerza que me permite avanzar en los momentos de adversidad.

A mis hijos, por representar mi razón de vivir y de lucha diaria.

A mi esposo, por apoyarme a lo largo de esta travesía.

A mis amigos y amigas, por brindarme sus palabras de aliento cuando más las necesité.

## Tabla de contenido

Agradecimientos .....	iv
Dedicatoria .....	v
Abstract .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Capítulo I.Introducción .....	1
1.1 Justificación.....	4
1.2 Problema De La Investigación .....	5
1.3 Objetivos.....	6
1.3.2 Objetivos Específicos .....	6
1.5 Hipótesis .....	7
Capítulo II. Revisión Bibliográfica .....	8
2.1. Resiliencia .....	8
2.1.2 Características de la resiliencia.....	10
2.1.3 Resiliencia como competencia personal y familiar .....	11
2.1.4 Medición y estratificación de los niveles de resiliencia .....	13
2.2 Hipertensión Arterial .....	13
2.2.1 Epidemiología.....	13
2.2.2 Clasificación .....	14
2.2.3 Diagnóstico .....	18
2.2.4 Tratamiento de la Hipertensión arterial .....	19
2.3 Enfermedad Renal Crónica.....	22
2.3.1 Epidemiología de la Enfermedad Renal Crónica.....	23
2.3.2 Clasificación de la Enfermedad Renal Crónica .....	23
2.3.3 Albuminuria como indicador de lesión ó daño renal .....	24
2.3.4 Signos ecográficos de Enfermedad Renal Crónica e Hipertensión arterial .....	25
2.3.5 Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica.....	26
2.3.6 Complicaciones de la Enfermedad Renal Crónica y su tratamiento:.....	27
2.3.7 Tratamiento Renal sustitutivo .....	29

2.4 Tipología familiar.....	29
2.4.1 Tipología Estructural:.....	29
2.4.2 Tipología Funcional:.....	31
2.4.3 Familiograma:.....	31
Capítulo III.Marco Metodológico.....	34
3.1 Diseño de la investigación.....	34
3.2 Población y Muestra.....	34
3.2.1 Población:.....	34
3.2.2 Muestra:.....	34
3.4.3 Variable Interviniente.....	35
3.6 Procedimientos de recolección de información.....	39
3.7 Técnica de Análisis de Datos.....	39
3.8 Plan de análisis de datos.....	40
3.9 Aspectos bioéticos.....	40
3.10 Aspectos Administrativos.....	41
3.10.1 Recursos Necesarios.....	41
3.10.2 Presupuesto Del Proyecto.....	42
3.10.2 Cronograma de Actividades.....	43
Capítulo IV. Resultados.....	44
4.1 Análisis Descriptivo.....	44
4.2 Análisis Comparativo.....	53
Capítulo V Discusión De Resultados.....	81
Capítulo VI. Conclusiones y recomendaciones.....	85
6.1 Conclusiones.....	85
6.2 Limitaciones.....	86
6.3 Recomendaciones.....	87
Fuentes Consultadas.....	89
Apéndice.....	95
Anexo 1.....	95

Anexo 2. ....	98
Anexo 3. ....	98
Anexo 4. ....	104
Anexo 5. ....	105
Anexo 6. ....	105
Anexo 7. ....	107
Anexo 8. ....	108
Anexo 9. ....	108
Anexo 10. ....	111
Anexo 11. ....	113
Anexo 12. ....	113
Anexo 13. ....	115
Anexo 14. ....	1155

## Índice de Tablas

<p>Tabla 1. <i>Distribución de frecuencias por sexo, en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016.....</i></p>	45
<p>Tabla 2. <i>Distribución de frecuencias por tipo de ocupación, en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016.....</i></p>	46
<p>Tabla 3. <i>Distribución de frecuencias según valor de presión arterial, en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016 .....</i></p>	46
<p>Tabla 4. <i>Distribución de frecuencias de microalbuminuria, en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016.....</i></p>	47
<p>Tabla 5. <i>Distribución de frecuencias de daño renal determinado por ecografía, en pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016 .....</i></p>	48
<p>Tabla 6. <i>Distribución de frecuencia de Resiliencia, en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, periodo Septiembre- Diciembre, 2016. ....</i></p>	49
<p>Tabla 7. <i>Distribución de frecuencia de los tipos de familias según su estructura, en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016. ....</i></p>	50

Tabla 8. <i>Distribución de frecuencia de los tipos de familia según su clasificación funcional en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016.</i> .....	50
Tabla 9. <i>Distribución de frecuencia de los niveles de creatinina en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016.</i> .....	51
Tabla 10. <i>Distribución de frecuencia entre edad y sexo en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016.</i> .....	52
Tabla 11. <i>Distribución de frecuencia entre edad y ocupación en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016.</i> .....	53
Tabla 12. <i>Distribución de frecuencia entre edad y presión arterial en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016.</i> .....	54
Tabla 13. <i>Distribución de frecuencia entre edad y Microalbuminuria en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016.</i> .....	55
Tabla 14. <i>Distribución de frecuencia entre edad y hallazgos de ecografía renal en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016.</i> .....	56
Tabla 15. <i>Distribución de frecuencia entre edad y familia estructurada en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016.</i> .....	57

Tabla 16. <i>Distribución de frecuencia entre edad y familia conflictiva en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016.</i> .....	58
Tabla 17. <i>Distribución de frecuencia entre edad y resiliencia en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre - Diciembre, 2016</i> .....	59
Tabla 18. <i>Distribución de frecuencia entre sexo y resiliencia en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016.</i> .....	60
Tabla 19. <i>Distribución de frecuencia entre ocupación y resiliencia en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre-- Diciembre, 2016</i> .....	61
Tabla 20. <i>Distribución de frecuencia entre presión arterial y resiliencia en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016</i> .....	62
Tabla 21. <i>Distribución de frecuencia entre Microalbuminuria y resiliencia en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016</i> .....	63
Tabla 22. <i>Distribución de frecuencia entre hallazgos de ecografía renal y resiliencia en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre - Diciembre, 2016</i> .....	64
Tabla 23. <i>Distribución de frecuencia entre familia estructurada y resiliencia en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016</i> .....	65

Tabla 24. <i>Distribución de frecuencia entre familia conflictiva y resiliencia en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016</i> .....	66
Tabla 25. <i>Distribución de frecuencia entre presión arterial y sexo en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016</i> .....	67
Tabla 26. <i>Distribución de frecuencia entre Microalbuminuria y sexo en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016</i> .....	68
Tabla 27. <i>Distribución de frecuencia entre ecografía renal y sexo en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre - Diciembre, 2016</i> .....	69
Tabla 28. <i>Distribución de frecuencia entre Microalbuminuria y presión arterial en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016</i> .....	70
Tabla 29. <i>Distribución de frecuencia entre hallazgos de ecografía renal y presión arterial en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016</i> .....	71
Tabla 30. <i>Distribución de frecuencia entre Microalbuminuria y hallazgos de ecografía renal en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016</i> .....	72
Tabla 31. <i>Distribución de frecuencia entre creatinina y sexo en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016</i> .....	73

Tabla 32. <i>Distribución de frecuencia entre creatinina y presión arterial en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016</i> .....	74
Tabla 33. <i>Distribución de frecuencia entre creatinina y microalbuminuria en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016</i> .....	75
Tabla 34. <i>Distribución de frecuencia entre creatinina y hallazgos de ecografía renal en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016</i> .....	76
Tabla 35. <i>Distribución de frecuencia entre creatinina y resiliencia en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016</i> .....	77
Tabla 36. <i>Resumen de Resultados del cruce de variables, con valor de Chi Cuadrado de Pearson y Odds Ratio.</i> .....	78

## Índice de Figuras

- Figura 1. Distribución de frecuencias por años de edad, en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016. Elaborado por: Navarrete (2016) .....44
- Figura2. Distribución de frecuencia del puntaje obtenido en el Test de Resiliencia, en los pacientes que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016. Elaborado por: Navarrete (2016).....48

## Resumen

**Objetivo:** Evaluar la respuesta resiliente individual y familiar vinculada con daño renal determinado con microalbuminuria y con ultrasonografía en adultos hipertensos de la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud de “Los Rosales”, periodo septiembre a diciembre del año 2016.

**Metodología:** Se aplicó una investigación de campo, no experimental, transversal y de nivel analítico. La muestra del estudio incluyó a 200 hipertensos con y sin daño renal determinado con microalbuminuria y/o ecografía que asistieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud “Los Rosales” Se recolectaron datos referentes a edad, sexo, ocupación, presión arterial, microalbuminuria, ecografía renal, creatinina sérica y tipología familiar. Se aplicó la Escala de Resiliencia de Wagnild & Young que identifica el grado de resiliencia individual y pudo ser aplicado a nivel familiar.

**Resultados:** No se demostró una asociación estadísticamente significativa entre Microalbuminuria positiva y la ausencia de Resiliencia ( $p=0,569$ ), ni entre hallazgos de daño renal determinado por ecografía y ausencia de resiliencia ( $p=0,327$ ). Se estableció asociación estadísticamente significativa ( $p=0,002$ ) entre edad mayor a 61 años y la presencia de familia estructurada. Y entre edad inferior a la mediana y la presencia de familia conflictiva ( $p=0,026$ ). No se demostró asociación estadísticamente significativa entre ausencia de resiliencia con: a) sexo femenino ( $p=0,284$ ), b) ninguna ocupación ( $p=0,081$ ), c) presión arterial no controlada ( $p=0,115$ ). Ni entre la presencia de resiliencia con: a) familias estructuradas ( $p=0,326$ ) b) familias conflictivas ( $p=0,473$ ). Y no fue significativo entre presión arterial  $>140/90$ mmHg con: a) Microalbuminuria ( $p=0,153$ ), b) daño renal determinado por ecografía ( $p=0,831$ ). Si hubo asociación estadísticamente significativa ( $p=0,003$ ) entre Microalbuminuria positiva y daño renal determinado por ecografía.

**Conclusiones:** No se demostró respuesta resiliente individual y familiar vinculada con daño renal determinado con microalbuminuria y con ultrasonografía en los hipertensos evaluados.

**Palabras Claves:** Resiliencia, Hipertensión, Daño Renal

## Abstract

**Objective:** To evaluate the individual and family resilient response associated with renal damage determined with microalbuminuria and with ultrasonography in hypertensive adults of the Chronic Metabolic Clinic of the “Los Rosales” Health Center, from September to December 2016.

**Methodology:** Field, non-experimental, cross-sectional and analytical research was applied. The study sample included 200 hypertensive patients with and without renal damage determined with microalbuminuria and / or ultrasonography who attended the Chronic Metabolic Clinic of the “Los Rosales”. Data were collected concerning age, sex, occupation, blood pressure, microalbuminuria, renal ultrasound, serum creatinine and family typology. The Wagnild& Young Resilience Scale was applied to identify the degree of individual resilience and could be applied at the family level.

**Results:** A statistically significant association between positive Microalbuminuria and the absence of Resilience ( $p = 0.569$ ) or between findings of renal damage determined by ultrasonography and absence of resilience ( $p = 0.327$ ). It was not demonstrated statistically significant association between age greater than 61 years and: a) positive microalbuminuria ( $p = 0.509$ ), b) renal damage by ultrasonography ( $p = 0.904$ ). A statistically significant association ( $p = 0.002$ ) was established between the age more than 61 years and the presence of a structured family. A statistically significant association between age below the median age and presence of conflicting family was demonstrated ( $p = 0.026$ ). There was no statistically significant association between absence of resilience with: a) female sex ( $p = 0.284$ ), b) no occupation ( $p = 0.081$ ), c) uncontrolled blood pressure ( $p = 0.115$ ). There was no statistically significant association between the presence of resilience with: a) structured families ( $p = 0.326$ ) b) conflicting families ( $p = 0.473$ ). No statistically significant association was found between blood pressure  $> 140 / 90$ mmHg with: A) presence of Microalbuminuria ( $p = 0,153$ ), b) renal damage determined by ultrasonography ( $p = 0.831$ ). A statistically significant association ( $p = 0.003$ ) between positive microalbuminuria and the presence of renal damage determined by ultrasonography was established.

**Conclusions:** Individual and familial resilient response related to renal damage determined with microalbuminuria and with ultrasonography in the hypertensive patients were not demonstrated.

**Key Words:** Resilience, Hypertension, Renal Damage

## **Capítulo I**

### **Introducción**

La resiliencia implica un proceso que genera la adaptación adecuada en medio de un evento adverso. Constituye una fortaleza, todo un constructo que ha adquirido marcada relevancia y gran interés en la sociedad científica y hace referencia básicamente a la capacidad del individuo para que pueda afrontar situaciones difíciles o experiencias de vida negativas y salir fortalecido de las mismas. Este contexto marca las potencialidades del individuo y la importancia de su entorno, implicando así un cambio de paradigma en la psicopatología, que ha estado centrada casi exclusivamente en la alteración y el riesgo. (Luther; Cichetti; Becker, 2000)

Los seres humanos para mantener la vida en un orden de equilibrio dinámico generan mecanismos adaptativos y elementos agresores que lo contrarrestan o atenúan.

No todos los individuos responden ante estos principios de la misma manera; la variedad de comportamiento del ser humano es probable que esté definida por la habilidad genética para mantener una actividad basal apropiada en respuesta a los estímulos (Munist, y otros, 1998). Diversos estudios han analizado este fenómeno desde varias perspectivas intentando comprender por qué algunos individuos desarrollan competencias y recursos favorables frente a las situaciones adversas. (Brix, Schleußner, Füller, Röhrig, Wendt, & Strauß, 2008). La resiliencia constituye una contribución a la promoción de la salud, debido a que no todas las personas que hayan sido expuestas a situaciones críticas padecen enfermedades o cuadros psicopatológicos, sino que al contrario, algunos individuos que superan estas situaciones y logran atesorar esa experiencia, conservan la salud mental.(Grotberg, 2006)

Al estudiar la resiliencia, es necesario contemplar tres variables: biológica, psicológica y social, que están estrechamente ligadas. Representan las tres principales esferas entre las cuales el individuo para su desarrollo armónico distribuye toda su atención. En la consolidación de la resiliencia influye de manera importante la familia (Luthar, 2006). Los padecimientos crónicos son considerados como trastornos orgánicos y funcionales que modifican la vida de una persona, son persistentes, sin un curso, ni fin totalmente explicable y sólo unos casos puntualmente tienen curación (Kralik, 2002). Por lo cual, la resiliencia contribuye a afrontar la enfermedad con optimismo, madurez y una rápida respuesta al cambio.

Las enfermedades crónicas una vez instauradas, deterioran el estado de salud del individuo, conduciéndolo a la muerte. Sin embargo, la actitud y proceder de las

personas pueden desempeñar un papel importante en su evolución, incluso, podrían prolongar su expectativa de vida. Aquellos que se adhieran satisfactoriamente a los tratamientos y estilos de vida que cada patología amerita, presentan un mejor pronóstico a largo plazo(Luthar, 2006).

Entre las diversas enfermedades crónicas, la Hipertensión arterial (HTA), presenta una prevalencia e incidencia importante. Las enfermedades cardiovasculares producen aproximadamente 17 millones de muertes por año, entre las cuales 9,4 millones de defunciones anuales se atribuyen a complicaciones de la hipertensión arterial(Lim, Vos, Flaxman, & Danaei, 2012; Organización Mundial de la salud [OMS], 2013). En Ecuador, 717.529 ciudadanos entre 10 y 59 años padecen de hipertensión arterial, con una prevalencia de 29426 casos (Freire, y otros, 2014).

El Daño Renal estructural y funcional secundario a la HTA de larga evolución, es la segunda causa de enfermedad renal terminal que requiere diálisis en el mundo (Cusumano, A., Garcia, G., Gonzalez, M. , 2016) por lo cual, es primordial el estudio y monitorización en los hipertensos mediante la detección de microalbuminuria, que representa un indicador precoz de afectación renal y se asocia de forma independiente con un peor pronóstico cardiovascular ( Foley. R., Murray, A., Li, S., Herzog, C, McBean, A., Eggers, P, et al., 2005 ). Adicionalmente, resulta oportuno evaluar mediante la ecografía renal parámetros directos e indirectos de afectación renal (como el tamaño renal) o existencia de calcificaciones vasculares u otro daño estructural. (Gorrin, 2009). En el mundo moderno existe un progresivo aumento del número de individuos portadores de ERC, de modo que la prevalencia de esta entidad oscila actualmente entre el 11 al 17% en los países desarrollados (Coresh, J.,

Astor, B., Greene, T., Eknoyan, G., Levey A., 2003). Considerando su impacto mundial, es preponderante detectar tempranamente el daño renal mediante la determinación de microalbuminuria y ecosonografía en los hipertensos, con el propósito de enlentecer la progresión del daño renal, así también para detectar la presencia de resiliencia en estos pacientes.

Se han realizado numerosos estudios sobre resiliencia, sin embargo, luego de una revisión exhaustiva de la literatura médica, no se encontraron trabajos de investigación previos que correlacionen resiliencia, microalbuminuria y ecosonografía en los pacientes con hipertensión arterial.

### **1.1 Justificación**

La finalidad de investigar sobre la resiliencia se fundamenta en apuntar a fortalecer los factores protectores, que permitan al individuo y a la familia adaptarse a los cambios de estilo de vida que impone la enfermedad crónica y asumir la patología con una actitud de afrontamiento y convicción optimista.

Considerando que el apoyo social, las creencias espirituales, el autoestima, una actitud entusiasta, la autoeficacia, el autocontrol, sentido y propósito en la vida son variables que favorecen la resiliencia, y sirven como factores de protección, resulta importante estudiar este proceso desde la perspectiva médica.

Son pocos los programas que se han desarrollado en intervención con enfermos crónicos resilientes, estos abordajes demuestran que el constructo de la resiliencia es fundamental en la adopción de estrategias efectivas ante la patología (Pelechano, 2008). Además, esta investigación tiene como propósito sistematizar prácticas

preventivas de detección precoz de enfermedad renal en el primer nivel de atención del país, con la finalidad de disminuir la incidencia y complicaciones asociadas a retraso en el diagnóstico y evolución a estadios terminales, deterioro de la calidad de vida, mortalidad y costos crecientes de atención en etapas avanzadas que requieren tratamiento con diálisis o trasplante renal.

La HTA es una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial y sin ser indiferentes a esta realidad en la provincia de Santo Domingo, el Centro de Salud Los Rosales mantiene la HTA dentro de las cuatro primeras causas de morbilidad. Sin embargo, no existe registro de prevalencia del hipertenso crónico con complicaciones renales detectadas mediante determinación de microalbuminuria y estudio de ecosonografía, por lo que el interés de la presente investigación se centra en correlacionar estas variables con la presencia de resiliencia en los pacientes evaluados en el control de crónicos – metabólicos que acuden a este centro de salud.

## **1.2 Problema de la investigación**

Algunos individuos y sus familias que desarrollan resiliencia, tienen la capacidad de respuesta inherente, a través de la cual se genera una conducta adaptativa frente a situaciones de crisis o de riesgo, que les permite mantener o lograr una trayectoria de desarrollo positivo en circunstancias complejas y adversas. A mayor resiliencia, menor vulnerabilidad. Por lo tanto, considerando lo anterior, se plantea lo siguiente: ¿Se puede lograr que un adulto vulnerable, hipertenso con daño renal que asiste a la clínica de crónicos metabólicos, se torne resiliente, normotenso? ¿Cómo? ¿Actuando sobre qué factores?

Ahora bien, frente a estas exigencias internas y externas, hay que evaluar los recursos disponibles que determinan el grado de resiliencia y vulnerabilidad.

La presente investigación se limitará a señalar el daño renal mediante ecosonografía y detección de microalbuminuria correlacionándolo con la capacidad de resiliencia de los pacientes hipertensos que acuden a la consulta de crónicos metabólicos del centro de salud, los Rosales, provincia de Santo Domingo, Ecuador.

### **1.3 Objetivos**

#### **1.3.1. *Objetivo General***

Identificar respuestas de resiliencia individual y familiar vinculadas con daño renal determinado con microalbuminuria y con ultrasonografía en adultos Hipertensos de la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud de los Rosales, en el periodo Septiembre – Diciembre, 2016.

#### **1.3.2 *Objetivos Específicos***

- 1.3.2.1 Ponderar una medida de resiliencia a partir de la respuesta relacionada con los eventos adversos acontecidos en las vidas de los adultos crónicos hipertensos.
- 1.3.2.2 Cuantificar en los pacientes Hipertensos el daño renal precoz definido con microalbuminuria.
- 1.3.2.3 Cuantificar en los pacientes Hipertensos el daño renal precoz definido con ecosonografía.

1.3.2.4 Comparar el nivel de Resiliencia individual y familiar en pacientes hipertensos con daño renal definido con microalbuminuria y con ultrasonografía.

## **1.5 Hipótesis**

El nivel de afrontamiento a la enfermedad hipertensiva por parte del individuo y la familia, incide en la forma en que el paciente asume su enfermedad y en la adopción de hábitos o conductas saludables que le permiten enmarcarse positivamente en caso de daño renal determinado con microalbuminuria y con ecosonografía.

## Capítulo II

### Revisión Bibliográfica

#### 2.1. Resiliencia

El término resiliencia, representa un enfoque positivista, que constituye la capacidad o facultad de recuperación que implica la resistencia ante los cambios, preservando la identidad e integridad ante condiciones sociales deformantes, desarrollando la habilidad para construir conductas optimistas (Rutter, 1993) Por ende, la resiliencia implica una cualidad del ser humano para enfrentar las adversidades y fortalecerse a través de ellas.

La resiliencia involucra la destreza de una persona para mantener una estructura afectiva y funcionamiento mental eficaz ante obstáculos y vicisitudes, permitiéndole proyectarse en el futuro pese a los eventos imprevistos e infortunados que puedan desestabilizar su existencia (Trujillo, 2006). La resiliencia se puede asumir como la habilidad de adaptación de un individuo a realidades sociales cruentas, complejas y difíciles. Propone un nuevo paradigma existencial en el cual la trascendencia del desarrollo humano, las personas que han experimentado situaciones de pobreza, desigualdad y adversidad no está necesariamente confinado a generar delincuencia, caos, deterioro social o anarquía. Representa un término global que trabaja la posibilidad de surgir del infortunio y poder consolidar aprendizajes significativos que permitan cristalizar una vida productiva y beneficiosa en pro de la sociedad.

### **2.1.1 Dimensiones de la resiliencia**

Al revisar la literatura, cabe destacar que se han propuesto en varias investigaciones, cinco dimensiones de la resiliencia, que se describen e interpretan a continuación: (Amar, Martínez, & Utria, 2013)

1. Redes sociales informales: la persona se integra a actividades con sus compañeros, generando adecuadas relaciones sociales.
2. Sentido de la vida y trascendencia: el individuo demuestra su destreza e inquietud por descubrir su propósito existencial.
3. Autoestima: En esta dimensión el individuo adquiere una mayor confianza en sí mismo, consolidando una mejor auto-apreciación y una mayor iniciativa para propulsar el cambio.
4. Desarrollo de actitudes y destrezas: en esta fase, el individuo puede potenciar sus habilidades y estrategias de afrontamiento.
5. Sentido del humor: implica el desarrollo del entusiasmo a partir de la risa, el juego, el disfrute y la recreación.

Considerando las cinco dimensiones de la resiliencia, se puede concluir que este proceso de adaptación exige competencia, entusiasmo, optimismo, desarraigo, autocuidado, sentido de preservación, compromiso con el aprendizaje y a la vez apertura a nuevas experiencias. En síntesis, involucra una dinámica psicológica intensa que permite al individuo incorporar lecciones a su vida y elaborar un

constructo de ideas que le permiten desarrollar madurez y tenacidad para afrontar las situaciones estresantes que se le presenten de forma imprevista.

Es importante destacar que la resiliencia, en el estudio de las enfermedades crónicas, constituye un punto de convergencia en materia de prevención y promoción de la salud (Remor, 2008).

### ***2.1.2 Características de la resiliencia***

La resiliencia implica una capacidad de adaptación y superación de las adversidades, que posee características plenamente definidas. A través de un análisis exhaustivo de la literatura, se describen a continuación doce cualidades que definen en conjunto los atributos de la resiliencia. a) respuesta rápida al peligro (destreza para identificar circunstancias que implican un riesgo considerable a su integridad), b) madurez precoz (responsabilidad de sus acciones), c) desvinculación afectiva (disminución de la carga emocional sobre sí mismo y su entorno), d) búsqueda de información (conjunto de medidas para adquirir conocimientos de su entorno y la situación adversa que enfrenta), e) obtención de relaciones que ayuden a subsistir (destreza para generar vínculos sociales que le aporten beneficios al individuo en periodos de crisis), f) anticipación proyectiva positiva (habilidad para idear un futuro con optimismo y esperanza), g) decisión de tomar riesgos (capacidad de afrontar las consecuencias de sus elecciones), h) convicción de ser amado (reconocimiento del afecto por parte de otros), i) idealización del rival (se proyecta en algunos de los atributos o cualidades de su adversario), j) reconstrucción cognitiva del dolor (asumir los sucesos adversos de forma adaptativa), k) altruismo (iniciativa de ayudar y colaborar con otras personas) y l) optimismo y esperanza (convicción positiva de los

eventos que depara el futuro) (Palomar & Gómez, 2010; Amar, Martínez, & Utria, 2013). En síntesis, estas características pueden definir la resiliencia en conjunto, como un proceso dinámico que permite afrontar circunstancias imprevistas o complejas a través de una sinergia de procesos psicológicos que integran todas estas variables y permiten al individuo consolidar un aprendizaje a partir de experiencias negativas y así modificar su percepción de realidad y la adversidad.

La resiliencia puede describirse, en opiniones de varios autores, en tres componentes primordiales: a) protección, defensa y capacidad de resistencia, b) construir aprendizajes, corrigiendo los errores, aceptando las virtudes o defectos propios y asumiendo con apertura los desafíos que presenta la vida, c) plantear metas y proyecciones a futuro. (Gauto, 2010; Martínez, 2011)

### ***2.1.3 Resiliencia como competencia personal y familiar***

La resiliencia, constituye una competencia individual y colectiva, que implica una dinámica continua entre los valores y percepciones de uno varios individuos que contribuye a la construcción de los rasgos de personalidad, así como a modificar los cánones y dogmas sociales, culturales, económicos y demográficos de una sociedad. En términos generales la resiliencia como competencia involucra mucho más que conocimiento, se trata de un constructo psicológico y social, que concatena habilidades, destrezas, saberes, actitudes y valores que generan una reacción adaptativa y modificadora en la persona o grupo étnico ante un evento o circunstancia infortunada o negativa. (Medina & García, 2005). Por lo tanto, la resiliencia como competencia debe sustentarse en apoyo socio-afectivo del sujeto, fundamentalmente por parte de su núcleo familiar, con el objeto de proporcionarle al

individuo las estrategias necesarias para su adecuado desenvolvimiento de su contratiempo.

La resiliencia personal implica competencias atribuidas de forma individual, que incluye: empatía, sociabilidad, autonomía, autosuficiencia, autodeterminación, independencia emocional, libertad, autocontrol, creatividad, asertividad, optimismo, autoconocimiento, confianza en los demás y en uno mismo, capacidad para aprender y transformar su percepción de la realidad, iniciativa, definir su proyecto de vida, ética, responsabilidad, esfuerzo, voluntad, autoestima, inteligencia emocional y adopción de estrategias de afrontamiento (Florentino, 2008)

La resiliencia como competencia familiar o colectiva, involucra al menos un vínculo social y afectivo estable con al menos una persona de la familia, amigo o vecino, que propicie la autonomía. Estimulando un aprendizaje constructivo fundamentado en la retroalimentación de saberes entre los individuos que integran el grupo familiar, con el propósito de desarrollar destrezas cognitivas, afectivas y conductuales que permitan evaluar y asumir con compromiso familiar, los desafíos que conlleva la situación estresante. Dentro de las competencias atribuidas a la familia y colectivo, como entes resilientes, se destacan: la auto-regulación, evaluación y reconocimiento de las habilidades adquiridas por los miembros del grupo familiar, autonomía, confianza, optimismo, asertividad, igualdad, diversidad, cooperación e integración (Martínez, 2011). La resiliencia es una competencia que debe implicar un apoyo social y familiar integro, porque el aprendizaje colectivo, es más eficaz que el individual, si se fundamenta en un estímulo afectivo incondicional, permite concretar una adaptación adecuada.

#### ***2.1.4 Medición y estratificación de los niveles de resiliencia***

Actualmente existen diversos test de resiliencia, durante el 1er Congreso Mundial de Resiliencia se acordó que el instrumento más adecuado para la evaluar los niveles de resiliencia es el denominado Test IAR, del Instituto Internacional de Investigación para el Desarrollo, que incluye ocho variables: a) autonomía, b) afrontamiento, c) autoestima, d) conciencia, e) responsabilidad, f) esperanza u optimismo, g) sociabilidad inteligente y h) tolerancia a la frustración (Salgado, 2005). Por lo tanto, la medición de los niveles de resiliencia constituye un proceso que interrelaciona una serie de variables y aborda de forma integral la salud psíquica del individuo, para estimar su capacidad adaptativa y de respuesta ante las situaciones estresantes.

### **2.2 Hipertensión Arterial**

Constituye una enfermedad en que la presión arterial presenta un incremento sostenido en el tiempo. La Hipertensión arterial se define como una presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140mmHg y una presión arterial diastólica (PAD) superior o igual a 90mmHg, en al menos dos mediciones. (Organización Mundial de la salud [OMS], 2013). Constituye un diagnóstico simple, que requiere un análisis diferencial complejo.

#### ***2.2.1 Epidemiología***

En el contexto mundial, para el 2008, según estadísticas de la OMS, existían alrededor de 1000 millones de pacientes con Hipertensión arterial en el planeta., estimando que 9,4 millones de defunciones anuales se atribuyen a complicaciones de la hipertensión arterial. Causando alrededor del 45% de las muertes por cardiopatías y el 51% de las defunciones por enfermedad cerebrovascular. Con una prevalencia de

46% en África y un 35% en América. (Organización Mundial de la salud [OMS], 2013). En Ecuador, la Encuesta nacional de salud indica que 717.529 ciudadanos entre 10 y 59 años padecen de hipertensión arterial, con una prevalencia de 29426 casos para el año 2012. (Freire, y otros, 2014). Considerando su elevada incidencia y prevalencia, representa un problema de salud pública que debe acaparar la atención de los gobiernos a nivel mundial, para idear políticas sanitarias que permitan abordar programas de prevención (pesquisas, jornadas de despistaje), programas de suministros de fármacos y control de los niveles de presión arterial, en centros de salud y la realización de visitas domiciliarias, para evitar en la medida de lo previsible, la aparición de enfermedades cardiovasculares que constituyen una importante causa de muerte a nivel mundial y así poder disminuir el gasto público sanitario.

### ***2.2.2 Clasificación***

Al revisar diversas literaturas, se encuentran varias clasificaciones de hipertensión arterial que difieren entre sí. A propósito del presente trabajo de investigación se describirá la clasificación de la hipertensión arterial en base a tres categorías: a) de acuerdo a las cifras de presión arterial, b) según la etiología de la presión arterial, c) según la forma de presentación clínica

***2.2.2.1 De acuerdo a las cifras de presión arterial:*** Según el Séptimo informe del comité Nacional Conjunto sobre prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la hipertensión arterial, define como normal las cifras de presión arterial menores a 120mmHg y 80mmHg, de presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD), respectivamente. Se denomina pre-hipertensión

cuando las cifras tensionales oscilan entre 120mmHg a 139mmHg la PAS, y 80-89mmHg la PAD. Se identifica como estadio 1, la PAS desde 140mmHg a 159mmHg y PAD entre 90 a 99mmHg. Por otra par, se define como estadio 2, la PAS mayor a 160mmhg y PAD superior a 100mmhg. (Chobanian, y otros, 2003). Nótese que en aras de favorecer un enfoque preventivo el séptimo comité, incluye el término “pre-hipertensión”, para instar al control de los factores de riesgo cardiovascular de los pacientes que presentan cifras tensionales que se ubican sobre los valores normales y por debajo de los requeridos para la hipertensión arterial estadio 1.

#### ***2.2.2.2 Según la etiología de la presión arterial***

Se puede clasificar en:

*1- Hipertensión primaria, esencial o idiopática:* Se refiere a la HTA que no presenta un origen evidente o atribuible a una enfermedad particular, aceptándose como una patología de origen poligénico y multifactorial que se ha asociado a la edad avanzada, con mayor prevalencia en afrodescendientes e hispanoamericanos, relacionada al tabaquismo, consumo indiscriminado de alcohol, dislipidemia, intolerancia a los carbohidratos, obesidad, ingesta elevada de sal en la dieta, entre otros. Es importante destacar que representa alrededor el 95% de las causas de hipertensión arterial en el mundo.(Williams & Holleberg, 1990; Santín, J., 1999).

*2-Hipertensión secundaria:* Se refiere a la HTA, que se produce como consecuencia de una enfermedad o causa exógena conocida. Luego de revisar distintas bibliografías, se pueden sintetizar que las etiologías más frecuentemente

relacionadas a HTA secundaria son de origen renal (Glomerulonefritis, nefropatías intersticiales, metabólicas, poliquistosis, enfermedades sistémicas con compromiso renal, entre otras), vascularrenal (estenosis de la arteria renal e infartos renales, entre otras), endocrino (enfermedad de Cushing, feocromocitoma, hiperaldosteronismo primario, acromegalia, hipertiroidismo, entre otras), neurogénica (hipertensión endocraneana, tumor cerebral), exógena (fármacos, cocaína, anfetaminas, entre otros), intoxicación por plomo y talio(Santín, J., 1999; Chobanian, y otros, 2003). Por lo cual, ante un paciente con hipertensión arterial, se debe realizar un análisis diferencial exhaustivo, para establecer la causa específica que está detonando el incremento de las cifras tensionales y así poder definir el algoritmo terapéutico para corregirla HTA a tiempo, evitando la aparición de complicaciones cardiovasculares y cerebrovasculares a futuro. Resulta de vital importancia, el manejo integral e interdisciplinario del paciente diagnosticado con hipertensión arterial, en el que se sospeche de una etiología secundaria, por lo cual debe ser valorado por distintos especialistas y solicitarse los paraclínicos que sean necesarios para evidenciar o descartar cualquiera de las entidades anteriormente descritas.

#### ***2.2.2.3 Según la forma de presentación clínica:***

Se pueden diferenciar varias formas de HTA en función de sus características clínicas, en: a) enfermedad hipertensiva no complicada y b) Crisis hipertensiva.

*Enfermedad hipertensiva no complicada:* Es reconocible por tratarse de una entidad asintomática o con sintomatología leve: cefalea, mareos, palpitaciones, irritabilidad, entre otros.(European Society of Hypertension [ESH] & European Society of Cardiology[ESC]., 2013)

*Crisis hipertensiva:* Implica la elevación aguda de la presión arterial superior a una PAD de 120mmhg o a una PAS de 210 mmHg. (Delgado, Sánchez, & Muñoz, 2003). A su vez, puede subclasificarse en:

*1. Emergencia hipertensiva:* cuando la elevación de las cifras tensionales se acompaña de alteraciones en los órganos diana: corazón, cerebro y riñón, de forma potencialmente letal y por ende, amerita un tratamiento que inicie un descenso en la presión arterial en un plazo máximo de una hora, generalmente mediante medicación parenteral. Entre las formas de presentación de las emergencias hipertensivas destacan: encefalopatía hipertensiva, accidente cerebrovascular, síndrome coronario agudo, eclampsia, edema agudo del pulmón y el aneurisma disecante de la aorta.(Delgado, Sánchez, & Muñoz, 2003)

*2. Urgencia hipertensiva:* Se refiere a la elevación de cifras tensionales que no se acompañan de lesiones de órganos blanco, por lo que no implica un compromiso vital inmediato, permitiendo que puedan descenderse las cifras tensionales en forma paulatina en un intervalo de 24 – 48h, generalmente con antihipertensivos administrados por vía oral. (Santín, J., 1999; Delgado, Sánchez, & Muñoz, 2003).

*3. Hipertensión arterial maligna:* constituye una presentación clínica infrecuente, se denomina “maligna” porque se ha demostrado que de no emplearse tratamiento, puede producir la muerte del 80% de los pacientes en un periodo inferior o igual a dos años. Es definida clínicamente por la presencia de cifras tensionales muy elevadas, acompañándose de retinopatías grado III o IV. La lesión anatomopatológica distintiva es la necrosis fibrinoide de las arteriolas de distintos órganos diana. (Webster, Petrie, Jeffers, & Lovell, 1993)

### ***2.2.3 Diagnóstico***

Los síntomas iniciales de hipertensión arterial, generalmente son inespecíficos, incluyendo cefalea, vértigo, tinnitus, rubor facial, entre otros. Para establecer el diagnóstico de hipertensión arterial, se debe realizar un promedio de dos mediciones que sean mayores a 140mmhg de PAS y 90mmhg de PAD, separadas por un intervalo mínimo de 5 minutos. Si los dos resultados difieren por más de 5 mmHg, se deben realizar determinaciones adicionales. Es recomendable, proceder a realizar las mediciones en días distintos, preferiblemente 2 veces al día, a la misma hora, antes de definir el diagnóstico. Es recomendable utilizar tensiómetro de mercurio y evitar en lo posible los dispositivos electrónicos, debido a que tienen mayor margen de error. Es importante tener en cuenta que el brazalete debe cubrir más de  $\frac{3}{4}$  partes de la circunferencia del brazo y  $\frac{2}{3}$  partes de la longitud del mismo, el borde inferior del brazalete se posiciona a 2 cm por encima del pliegue del codo. Se toma la presión arterial sistólica palpando el pulso radial, se infla el manguito hasta la desaparición del pulso radial, lo que ubica la presión arterial sistólica. Se desinfla el manguito, se esperan 15 segundos y se infla de nuevo el manguito hasta alcanzar una presión de 30mmHg por encima de la presión sistólica palpada, luego se desinfla lentamente el manguito, se lee la presión arterial sistólica al oír el primer ruido de Korokoff con el estetoscopio y la diastólica donde el sonido se torna inaudible (V fase de Korokoff).(García, Urrego, D´ Achiardi, & Delgado, 2004; Delgado, Sánchez, & Muñoz, 2003)

Por otra parte, se recomienda al paciente realizar el Electrocardiograma de 12 derivaciones con el objeto de evaluar o descartar la presencia de hipertrofia ventricular y bloqueos Auriculo-Ventriculares. El Ecocardiograma es eficaz para evaluar la presencia de depresión de la fracción de eyección ventricular izquierda en los pacientes con cardiopatía hipertensiva en fase dilatada, o en hipertensos con valvulopatías o en contexto de un síndrome coronario agudo. En Centros de salud donde se dispongan equipos y personal especializado, es aconsejable la realización de monitorización de la presión arterial Holter, indicado cuando se manifiesta discordancia entre la presión arterial registrada en el hogar y el consultorio. Se sugiere la realización de radiografía de tórax, para descartar cardiomegalia, patrones de distribución y signos de congestión, compatibles con insuficiencia cardíaca.(European Society of Hypertension [ESH] & European Society of Cardiology[ESC]., 2013; García, Urrego, D´Achiardi, & Delgado, 2004)

La evaluación de laboratorio recomendada, incluye uroanálisis, glicemia, hemoglobina, hematocrito, potasio, creatinina sérica, estimación de tasa de filtración glomerular, calcio y perfil lipídico (Chobanian, y otros, 2003).

#### ***2.2.4 Tratamiento de la Hipertensión arterial***

El manejo farmacológico de la hipertensión arterial, al revisar varias recomendaciones actuales, comprende en el tratamiento inicial, los denominados fármacos de primera línea que incluyen: a) Diuréticos tiazídicos o clortalidona, b) Beta-bloqueantes, c) Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA) d) Antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II), e) Calcio-antagonista

de acción prolongada.(Hackam, y otros, 2013; European Society of Hypertension [ESH] & European Society of Cardiology[ESC]., 2013)

Se aconseja iniciar con monoterapia utilizando un fármaco de primera línea, ajustando la dosis, según respuesta clínica y control de la presión arterial, antes de añadir un segundo o tercer fármaco se recomienda haber administrado la dosis máxima tolerada por el paciente, de él o los fármacos anteriormente indicados. (Chobanian, y otros, 2003).

En el caso que el paciente amerite la combinación de 3 fármacos, se sugiere la triple terapia con IECA o ARA II, diuréticos tiazídicos y calcio-antagonistas. No pueden utilizarse simultáneamente un IECA y ARA II. Se debe considerar combinaciones de medicamentos de primera línea, cuando las cifras tensionales continúan luego de varios meses de tratamiento,  $> 20$  mm Hg PAS y  $> 10$  mmHg para PAD, por arriba de la meta de 140/90mmHg(Hackam, y otros, 2013). Para el tratamiento de la hipertensión sistólica aislada, se sugiere utilizar calcio- antagonista de acción prolongada, tiazidas o ARA II. (European Society of Hypertension [ESH] & European Society of Cardiology[ESC]., 2013; Chobanian, y otros, 2003).

Se recomienda el inicio inmediato del tratamiento en aquellos casos de presión arterial (PA) mayor a 140/90 mmHg asociado a diabetes o algún factor de riesgo cardiovascular importante y en caso de PA mayor a 160/100mmHg, independientemente si existe factor de riesgo cardiovascular asociado. En el caso de la HTA resistente se sugiere la utilización de espironolactona. En caso del paciente hipertenso con DM se recomienda en orden de elección: IECA o ARA, calcioantagonistas y tiazidas. En caso de HTA asociada a angina inestable o infarto reciente se emplea como terapia de elección los betabloqueantes. En insuficiencia

cardiaca se sugiere IECA y Diuréticos tiazidas o de asa. En caso de HTA asociada a enfermedad cerebrovascular se recomienda la combinación de IECA y tiazidas. En nefropatía hipertensiva o Diabética, con micro o macroalbuminuria están indicados los IECA, por su acción vasodilatadora sobre la arteriola eferente que ha demostrado disminuir la progresión de la proteinuria en pacientes con HTA o DM.(Hackam, y otros, 2013; European Society of Hypertension [ESH] & European Society of Cardiology[ESC]., 2013).

En lo relativo al tratamiento de las emergencias hipertensivas (PAD mayor de 120mmhg o una PAS mayor de 210mmhg), el medicamento de elección en la mayoría de los casos es el nitroprusiato de sodio por vía endovenosa. Sin embargo, dependiendo de la forma de presentación de la crisis hipertensiva, existen recomendaciones particulares para cada caso: en encefalopatía hipertensiva (nitroprusiato de sodio, como alternativa labetalol e hidralazina y calcioantagonistas), en enfermedad cerebrovascular (nitroprusiato de sodio, como alternativa labetalol e hidralazina, si existe hemorragia sub aracnoidea se sugiere nimodipina endovenosa), síndrome coronario agudo (nitroglicerina endovenosa o labetalol o calcioantagonistas si no hay insuficiencia cardiaca), edema agudo de pulmón (nitroglicerina más furosemida endovenosa o nitroprusiato de sodio), aneurisma disecante de la aorta (nitroprusiato de sodio más propanolol o esmolol), eclampsia (hidralazina, como alternativa el diazóxido, labetalol o calcioantagonistas), fallo renal agudo (nitroprusiato de sodio o calcioantagonistas) y en feocromocitoma (fentolamina). (Delgado, Sánchez, & Muñoz, 2003; García, Urrego, D' Achiardi, & Delgado, 2004). El tratamiento de las emergencias hipertensivas requiere un manejo

consciente, objetivo y preciso por parte del médico tratante, para evitar complicaciones potencialmente letales.

### **2.3 Enfermedad Renal Crónica**

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un término general que define un grupo de enfermedades, que repercuten directa o indirectamente en la estructura o función renal. La presentación clínica dependerá de la estructura renal afectada (glomerular, vasos sanguíneos o componente túbulo-intersticial) y la velocidad de progresión (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España., 2015).

La Enfermedad Renal Crónica, según las guías KDIGO (*Kidney Disease Improving Global Outcomes*), publicadas en 2013 puede definirse como la presencia durante al menos tres meses consecutivos de uno o más de los siguientes parámetros: a) Filtración glomerular menor a  $60\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$  o b) Lesión renal, determinada por la presencia de alteraciones estructurales o funcionales del riñón, que pueden generar una disminución en la tasa de filtración glomerular (Gorostidia, y otros, 2014).

Las lesiones renales pueden ser directas, en las que se evidencian por alteraciones en la biopsia renal, como es el caso de las patologías glomerulares, vasculares o tubulares. Por otra parte, las lesiones renales indirectas se determinan por la presencia de albuminuria, microhematuria en el sedimento urinario, desequilibrios electrolíticos o de otro tipo que puedan ocasionarse por enfermedad tubular o demostrada por ecografía, resonancia magnética o tomografía. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España., 2015).

### ***2.3.1 Epidemiología de la Enfermedad Renal Crónica***

En España, una investigación realizada en 2010, estimó que el 6,8% de los adultos se ubicaban en los estadios 3, 4 y 5. (Otero, De Francisco, Gayoso, & F, 2010)

La prevalencia de la enfermedad renal crónica en América Latina es de 650 por cada millón de habitantes. En Ecuador, durante el 2014, 9635 pacientes recibieron terapia dialítica y se estima que para el 2015 los pacientes con ERC en el país, alcanzarán la cifra de 11.460. Aproximadamente el 65% de los pacientes diabéticos e hipertensos en la república degeneran en insuficiencia renal. (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015).

### ***2.3.2 Clasificación de la Enfermedad Renal Crónica***

La estratificación de la Enfermedad Renal Crónica, se basa en una tipificación planteada por la guía NKF-DOQUI (*NationalKidneyFoundation-KidneyDiseaseOutcomesQualityInitiative*) en 2002, que subdividió la ERC en 5 estadios, en función de la tasa de filtración glomerular (TGF) estimada con la fórmula de Cokroft Gault y la existencia de daño renal: a)Estadio 1: TGF mayor de 90 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> con evidencia de lesión o daño renal, b) Estadio 2: TGF entre 60 y 89 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> con evidencia de daño renal, c) Estadio 3:TGF entre 30 y 59 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, d) Estadio 4: TGF entre 15 y 29 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, e) Estadio 5: menor a 15 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>( National Kidney Foundation, 2002). Considerando la clasificación anteriormente descrita, es importante destacar que las medidas preventivas deben centrarse en el diagnóstico de los estadios 1 y 2, mediante la evaluación de la albuminuria, sedimento urinario, estudios de imagen o biopsia renal, según sea el caso, con el objetivo de evidenciar la lesión renal en las fases iniciales

de la enfermedad para identificar y corregir los factores de riesgo que estén causando el daño renal y así poder disminuir la velocidad de progresión de la enfermedad, evitando evolucionar al estadio 3, que marca el umbral del fallo renal.

Tres pruebas de laboratorio que permiten evaluar la presencia de ERC son: a) creatinina sérica, b) proteinuria en orina de 24 horas y c) depuración de creatinina en orina de 24 horas (Flores, y otros, 2009).

### ***2.3.3 Albuminuria como indicador de lesión o daño renal***

Normalmente, en la orina se excretan diariamente menos de 100 mg de proteínas, de las cuales el 40% es albúmina. Se denomina proteinuria, la eliminación de proteínas a nivel urinario mayor o igual de 150mgs/ día, constituye un indicador de ERC y un marcador de riesgo cardiovascular(Poortman & Jeanloz, 1968)

Existen diversos métodos cualitativos y cuantitativos que permiten la detección de proteinuria, entre ellos se destacan: a) Cinta urinaria reactiva, en un uro-análisis de rutina (por medio de un indicador colorimétrico que vira de tonalidad cuando se une a proteínas, permite detectar de forma semicuantitativa, albumina en concentraciones superiores a 30mg/dl, equivalente a 300-500 mgs/dia. No detecta, por ende, microalbuminuria. Si se presentan varias cintas urinarias reactivas positivas, de forma persistente, está indicada la realización de la cuantificación de proteinuria en 24 horas (que se considera normal si es menos a 150 mgs/dia). Sin embargo, para evitar errores o sesgos en la recolección urinaria, se aconseja usar la relación proteína (en mg/dl) y creatinina (en g/dl) en muestra parcial de orina Siendo el valor normal en este caso, menos de 200 mg de proteína por cada gramo de creatinina.(Grimm, Svendsen, Kasiske, Keane, & Wahi, 1997; Flores, y otros, 2009).

Considerando los conceptos anteriormente explicados, resulta importante separar y diferenciar la proteinuria de la albuminuria. Considerando, que la proteinuria involucra una excreción de proteínas mayor o igual a 150mg/día en orina de 24 horas o mayor a 200mg de proteínas por cada gramo de creatinina en una muestra aislada de orina. Mientras que la albuminuria clínica o macroalbuminuria implica una excreción de albúmina mayor o igual a 300 mgs en orina de 24 horas o más de 300 mgs de albúmina en muestra parcial de orina por cada gramo de creatinina. Por otro lado, la microalbuminuria representa la excreción de albúmina entre 30 a 300mgs en orina de 24 horas o entre 30 y 300mgs de albúmina por cada gramo de creatinina en orina aislada o albúmina mayor a 20 microgramos/minuto en muestra parcial de orina. (Eknoyan, 2003).

El concepto de microalbuminuria, presenta una utilidad en el diagnóstico o detección de daño renal precoz o nefropatía incipiente, considerándose actualmente como un marcador de riesgo cardiovascular. La prevalencia de microalbuminuria según el estudio NHANES III, se encontró en el 28,8% de pacientes con Diabetes Mellitus y en el 16% de los hipertensos (Jones, y otros, 2002). Por lo tanto, resulta de imperante necesidad determinar si existe microalbuminuria en los pacientes que padecen HTA, evitando la progresión a macroalbuminuria, con el objeto de prevenir la aparición de nefropatía establecida, reducir la velocidad de progresión de la ERC y disminuir la incidencia de complicaciones asociadas.

#### ***2.3.4 Signos ecográficos de Enfermedad Renal Crónica e Hipertensión arterial***

Unos riñones disminuidos de tamaño, con alteración en su arquitectura, calcificaciones vasculares o con parénquima fino, orienta a ERC. En el contexto del

paciente hipertenso, puede contribuir a descartar una hipertensión secundaria, si hay asimetría renal importante, en un hipertenso sugiere estenosis de la arteria renal, si se evidencian masas suprarrenales, orientan a feocromocitoma, así como permite el diagnóstico de poliquistosis renal. (O'Neill, 2000).

### ***2.3.5 Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica***

La terapéutica de la ERC, dependerá sustancialmente del estadio en el que se ubique el paciente. El manejo general es aplicable a todas las etapas de la ERC e incluye ejercicio aeróbico, suspender el consumo de tabaco, reducir el consumo de alcohol, iniciar aspirina 75mgs en aquellos pacientes con alto riesgo cardiovascular, indicar estatinas en caso de dislipidemias, vacunación anti-Influenza y Neumococo (Gorostidia, y otros, 2014).

Al analizar las sugerencias de la Sociedad Chilena de Nefrología, se pueden describir de forma general, las medidas terapéuticas principales, en función del estadio de ERC. Si el paciente se ubica en estadio 1, 2 o 3 de ERC, pueden ser manejados en atención primaria de la salud, se deben reducir los factores de riesgo cardiovascular modificables (suspendiendo el hábito tabáquico, controlando la obesidad y sobrepeso disminuyendo el Índice de Masa Corporal entre 20 a 25 kg/m<sup>2</sup> de superficie corporal, ingesta de sal menor de 6 gramos diariamente, ejercicio físico aeróbico 30 minutos diarios, cinco veces a la semana, control de presión hipertensión arterial menor a 140/90mmhg con IECA o ARA II o Calcioantagonistas de acción prolongada, que han demostrado disminuir la progresión de la proteinuria, evitar el consumo de alcohol mayor a 2 copas diarias). En el caso de las etapas 1 y 2, se puede realizar control anual de la tasa de filtración glomerular, examen de

orina completo, control de presión arterial y glicemia. En la fase 3, el intervalo de control de la tasa de filtración glomerular, el uroanálisis, control de la presión arterial y glicemia, es semestral, si la hemoglobina es menor a 11g/dl se aconseja evaluar niveles de ferritina sérica, y se sugiere control anual de PTH, Calcio y Fosforo. Si el paciente se encuentra en el estadio 4 o 5, se debe derivar obligatoriamente al nefrólogo, evaluar restricciones estrictas de ingesta de líquidos si existe edema y oliguria, establecer parámetros para regular el consumo de sal, y proteínas de la dieta (0,8 a 1gr/kg de peso/día), corregir la acidosis con Bicarbonato de Sodio si lo amerita, administrar calcio, vitamina D<sub>3</sub> y fosforo, si hay déficit demostrable de los mismos, cumplir con la inmunización contra hepatitis B, preparación de acceso vascular en caso de hemodiálisis, discutir con el paciente las diferencias, ventajas y desventajas entre la diálisis peritoneal, la hemodiálisis y trasplante renal dependiendo del contexto (Flores, y otros, 2009; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. Gobierno de España., 2015).

### ***2.3.6 Complicaciones de la Enfermedad Renal Crónica y su tratamiento:***

La terapéutica, está dirigida fundamentalmente a corregir los siguientes trastornos, hidroelectrolíticos, metabólicos, hematológicos: (López, Duque, & Olivares, 2001)

**Hiperpotasemia:** Constituye un incremento del potasio sérico mayor a 5.5 meq/l. El tratamiento inicial consiste en la restricción de una dieta rica en potasio (frutas, verduras o frutos secos). Aplicación de resinas de intercambio a nivel gastrointestinal para disminuir la absorción de potasio, insulina cristalina por vía endovenosa para controlar los niveles séricos y gluconato de calcio endovenoso para

corregir el efecto cardiotoxico del potasio. Si es refractaria, se sugiere tratamiento renal sustitutivo.

Acidosis metabólica: se puede tratar con suplementos de bicarbonato de sodio (2-6 g diarios). Iniciándose el tratamiento cuando el bicarbonato sérico sea inferior a 18meq/l. Cuando es refractaria se indica tratamiento dialítico.

Hiperuricemia: se iniciará alopurinol si la hiperuricemia es mayor a 10mg/dl o si presenta clínica de gota.

Anemia: si es sintomática o el hematocrito es inferior al 30%, se ordena el tratamiento con eritropoyetina (EPO) subcutánea 3 veces a la semana hasta lograr un hematocrito igual o superior a 35%.

Trastornos de la hemostasia: se evidencia en estos pacientes, un incremento del tiempo de hemorragia secundario a disfunción plaquetaria.

Hipermagnesemia: se debe evitar el uso de los antiácidos, porque contienen importantes cantidades de magnesio y se puede corregir con hidratación parenteral. Si es refractaria y condiciona la aparición de arritmias ventriculares se recomienda tratamiento dialítico.

Síntomas gastrointestinales, neuromusculares o pericarditis urémica: indican generalmente uremia avanzada, que constituye una indicación de diálisis.

Trastornos del sodio: en caso de hiponatremia, se aplican correcciones oportunas con restitución del sodio no mayor a 12 meq/litro en 24 horas. Si se presenta

hipernatremia, aplicar corrección de agua libre, con precaución en insuficiencia cardíaca.

Retención hídrica: edema, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca. Requiriendo diuréticos de asa o tiazidas en edemas refractarios y restricción hídrica.

### ***2.3.7 Tratamiento Renal sustitutivo***

El tratamiento renal sustitutivo incluye a la diálisis (peritoneal o hemodiálisis) y al trasplante renal. La indicación de tratamiento dialítico en contexto de la enfermedad crónica está plenamente referida cuando la tasa de filtración glomerular sea inferior a  $15\text{ml/ml/1,73m}^2$ , o cualquier manifestación de uremia refractaria al tratamiento conservador (Teruel, y otros, 2009).

Se debe aconsejar, orientar e informar al paciente sobre las diferencias entre la hemodiálisis y la diálisis peritoneal, con el objeto de llegar a un acuerdo sobre el método que más se ajusta a sus necesidades, posibilidades y preferencias.

## **2.4 Tipología familiar**

La familia, constituye un pilar fundamental en la conformación de una sociedad ética y responsable, por lo cual, resulta indispensables, analizar sus componentes y dinámicas internas. En el último siglo, diversos autores han establecido taxonomías y tipologías familiares variadas, a continuación se desarrollarán con énfasis, la tipología estructural y funcional de familia.

### ***2.4.1 Tipología Estructural:***

De acuerdo al parámetro estructural, se puede subclasificar a la familia en: (Armas & Diaz, 2007; Elzo, 2003; Rubinstein & Terrasa, 2006)

**2.4.1.1 Familia extensa:** Es aquella en la que conviven más de dos generaciones. Por ejemplo: incluye abuelos e hijos, con pareja del hijo y/o con nietos en una misma vivienda.

**2.4.1.2 Familia nuclear** (constituida por dos individuos adultos de distinto sexo, que asumen en rol de padres, y sus hijos en una vivienda. Se subclasifica a su vez en: a) familias nucleares con o sin parientes próximos b) familias nucleares en función de los núcleos de los hijos, que pueden ser: b.1) parejas solas (sin hijos o con hijos fuera del hogar), b.2) mononuclear (constituidas por padres e hijos en la misma vivienda), b.3) binuclear (integradas por dos núcleos de hijos de distintos progenitores), b.4) trinuclear (constituidas por tres núcleos de hijos, uno del padre, uno de la madre y otro núcleo de hijos entre ambos), c) familias nucleares en función de la presencia de los padres, se clasifican en: c.1) con padres ausentes, c.2) monoparental (con un solo padre), c.3) biparental (formada por dos padres con un núcleo de hijos común).

**2.4.1.3 Personas sin familia:** Se incluye en este renglón, a los adultos solteros, viudos o divorciados que viven solos.

**2.4.1.4 Equivalentes familiares:** Incluye a individuos adultos que conviven en un hogar, sin representar un núcleo familiar. Por ejemplo: amigos que comparten una vivienda o parejas de homosexuales.

**2.4.1.5 Familias corporativas:** involucra a grupos de individuos que conviven en un hogar, organizados en torno a actividades religiosas o laborales.

**2.4.1.6 Familias ampliadas:** Incluye a cualquiera de las familias descritas anteriormente que deciden añadir a un pariente con lazo de consanguinidad lejano o a otro individuo sin lazos de consanguinidad.

#### **2.4.2 Tipología Funcional:**

Considerando este parámetro, las familias se pueden clasificar en: (Armas & Diaz, 2007; Rubinstein & Terrasa, 2006; Elzo, 2003)

**2.4.2.1 Familia Funcional o nutricia:** Donde los miembros demuestran su afecto, respeto y confianza, con libertad de comunicación.

**2.4.2.2 Familia Disfuncional o conflictiva:** Se produce un bajo nivel de comunicación efectiva, contribuyendo a una devaluación del yo, con exaltación no constructiva de los aspectos negativos.

#### **2.4.3 Familiograma:**

El Familiograma constituye una representación de la estructura, composición, dinámica funcional o relaciones intrafamiliares, así como su interacción con el macrosistema social. Se han descrito dos tipos básicos: a) Familiograma estructural, b) Familiograma funcional (Armas & Diaz, 2007; Rubinstein & Terrasa, 2006).

**2.4.3.1 Familiograma Estructural:** Es una representación gráfica de la familia, que permite identificar los integrantes de este grupo social. Para realizar el Familiograma, se debe identificar la familia con apellido, domicilio, fecha de elaboración. Con respecto a la simbología, cabe destacar que los cuadrados representan a los varones y los círculos a las mujeres (Ver Anexo 1). Las líneas que unen las figuras representan las “relaciones” entre los miembros de la familia. El matrimonio es una

línea continua sobre la cual se anota el año de la unión conyugal. En caso de unión extramarital o equivalente familiar, se realiza una línea discontinua y se anota el año de inicio de la relación. La separación de la pareja se indica con una barra inclinada que corta la línea previa de matrimonio o unión extramarital. El divorcio se expresa con dos barras inclinadas cortando la línea de matrimonio. El embarazo se simboliza con un triángulo. En caso de aborto se agrega una “x” a la línea que sostiene el triángulo y se pinta. En caso de mortinato se emplea el cuadrado o círculo según el sexo y se colorea. En caso de familia nuclear numerosa (más de cuatro miembros), se anota de izquierda a derecha, los hijos en orden del mayor al menor. Para identificar al paciente que consulta, se le señala con una flecha. Para señalar el fallecimiento de un familiar se le coloca una “x” sobre el círculo o el cuadrado, según corresponda. Luego, se pueden añadir datos relativos al nombre, fecha de nacimiento o fallecimiento y patologías de cada uno de los miembros del grupo familiar.(Armas & Diaz, 2007; Rubinstein & Terrasa, 2006)

**2.4.3.2 *Familiograma Funcional:*** Se elabora sobre el Familiograma estructural, añadiendo simbología destinada a describir la relación entre los miembros. Si existe relación distante se emplea una línea entrecortada entre los dos integrantes y se puede anotar el motivo. (Ver Anexo 1) En caso de relación conflictiva, se establece una línea en zigzag, si existe violencia se agrega una flecha en el extremo, señalando al agredido. Si existe una buena relación, se realiza una línea con saetas en los dos extremos. Si se produce un sobre involucramiento, se realiza una línea más gruesa entre los miembros. Luego se enmarca la familia, según los límites (que encierra a la parte de la familia que reside en la misma vivienda), si son rígidos se emplea una

línea continua, si son semipermeables, una línea discontinua.(Armas & Diaz, 2007; Rubinstein & Terrasa, 2006). Considerando todos los temas anteriormente descritos, se puede sintetizar que la resiliencia debe estudiarse en el contexto de la hipertensión arterial. Tomando en cuenta, los indicadores de daño renal como la microalbuminuria y ecografía renal alterada, evaluándose conjuntamente con la estructura y funcionalidad familiar, con el objeto de generar una visión integral que acople las esferas biopsicosocial, que constituye el propósito fundamental de la medicina familiar.

## **Capítulo III**

### **Metodología**

#### **3.1 Diseño de la investigación**

Se aplicó una investigación de campo, no experimental, transversal y de nivel analítico (Hernández, 2014). Se empleó este tipo y nivel de investigación, considerando que el estudio evaluó la respuesta resiliente individual y familiar vinculada a la existencia de daño renal detectado con microalbuminuria y ultrasonografía en adultos hipertensos que asistieron a la clínica de crónicos metabólicos del Centro de Salud “Los Rosales”.

#### **3.2 Población y Muestra**

##### ***3.2.1 Población:***

La población estuvo constituida por 240 hipertensos que asistieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud “Los Rosales”, durante el periodo comprendido entre Septiembre a Diciembre de 2016.

##### ***3.2.2 Muestra:***

La muestra del estudio incluyó a 200 hipertensos con y sin daño renal determinado con ecografía y/o microalbuminuria, que asistieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud “Los Rosales”, durante el periodo Septiembre – Diciembre de 2016.

### **3.3 Criterios de Inclusión y Exclusión**

#### ***3.3.1 Criterios de inclusión:***

- Hombres y mujeres de mayores de 18 años y más, con diagnóstico de Hipertensión Arterial Esencial
- Pacientes con Hipertensión Arterial Esencial de la clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales.
- Pacientes que acepten de forma voluntaria y suscrita el consentimiento informado para participar en la investigación.

#### ***3.3.2 Criterios de exclusión:***

- Pacientes menores de 18 años
- No aceptación a participar del estudio.
- Pacientes con Hipertensión Arterial con Trasplante Renal
- Pacientes con Hipertensión Arterial con Diálisis

### **3.4 Matriz de Variables**

#### ***3.4.1 Variables independientes:***

- Daño renal detectado con Microalbuminuria
- Daño renal detectado con ultrasonografía

#### ***3.4.2 Variables dependientes:***

- Hipertensión Arterial Esencial
- Tipificación Familiar

#### ***3.4.3 Variable Interviniente***

- La Resiliencia

### 3.5 Operacionalización de las Variables

VARIABLES	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Dimensión	Escala	Indicador	Valor Final	Fuente de Verificación
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras	Hombre, ser humano sexo masculino Mujer, ser humano de sexo femenino	Independiente Cualitativa	Unidimensional	Nominal	Lo que se observa. Proporción	1: Femenino 2: Masculino	Hojas de flujo de la clínica crónica metabólicos del centro de salud Los Rosales
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Años de vida que tiene el individuo al momento de la aplicación de la encuesta	Independiente Cuantitativa Discreta	Unidimensional	Intervalo	Lo que el entrevistado responde Medidas de tendencia central y Box Plot	Valor entero	Hojas de flujo de la clínica crónica metabólicos del centro de salud Los Rosales
Ocupación	Empleo, facultad y oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente	Trabajo del encuestado de Obrero, Agricultor, Comerciante, Profesional o no tiene ninguna ocupación	Independiente Cualitativa Politómicas	Multidimensional	Nominal	Lo que el entrevistado responde. Medidas de tendencia central y Box Plot	1.- Obrero 2.-Agricultor 3.Comerciante 4.- Profesional 5.- Ninguna	Hojas de flujo de la clínica crónica metabólicos del centro de salud Los Rosales
Hiper-tensión	Es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta. Según la JNC 7 población por debajo de 60 años con PA > a 140/90.(Chobanian, y otros, 2003)	La Presión Arterial alta es superior a 140/90 milímetros de mercurio (mmHg).(Chobanian, y otros, 2003)	Dependiente Cualitativa	Unidimensional	Intervalo	Esfingomanómetro de mercurio y/o Equipos eléctricos validados Proporción	1: Controlada (< 140 /90 mmHg) 2: No Controlada (> 140 /90 mmHg) (Chobanian, y otros, 2003)	Hojas de flujo de la clínica crónica metabólicos del centro de salud Los Rosales
Ecografía Renal	Técnica de imagen que se realiza con un equipo de ultrasonidos con sondas cuya frecuencia oscile	Ecografía de los riñones en las que se observa el parénquima renal (pirámides medulares e hiperecogenicidad central) que puede verse normales	Independiente Cualitativa Politómicas	Multidimensional	Nominal	Examen de Ultrasonido del área renal. Proporción	1: Daño Renal 2: No daño Renal	Informe del Imagenólogo archivado en la Historia clínica

### 3.5 Operacionalización de las Variables (Continuación)

	entre 3,5 y 5 mHz para adultos , no invasivo ,indoloro, se puede realizar una observación morfológica global de la víscera, de sus estructuras principales y de la relación entre estas, las cuales permiten establecer una aproximación diagnóstica (Gorrin, 2009)	o alterados por presencia de anomalías, infecciones, litiasis, calcificaciones, tumores, quistes.(Gorrin, 2009)						
Micro Albuminuria	Marcador capaz de identificar a sujetos de alto riesgo de sufrir complicaciones renales y/o cardiovasculares.(E knoyan, 2003)	Examen en orina que detecta niveles de albumina. Positivo es mayor 20 microgramos minutos(ug/min)(Gorostidia, y otros, 2014)	Variable Independiente Cuantitativa	Unidimensional	Intervalo	Examen de orina en ayunas.  Proporción	1.-Negativo (< 20 ug/min) 2.-Positivo ( >20 ug/min)) (Gorostidia, y otros, 2014)	Resultados del examen archivado en la Historia clínica
Resiliencia	Es una metáfora, que describe fenómenos observados en personas, que a pesar de vivir en condiciones de adversidad son capaces de desarrollar conductas que les posibilitan tener una buena calidad de vida.(Rutter, 1993)	Característica de la personalidad que modera el efecto negativo del estrés y fomenta la adaptación. Describe a personas que muestran valentía y adaptabilidad ante los infortunios de la vida.(Grotberg, 2006)	Variable Interviniente Cualitativo	Multidimensional	Ordinal	Escala de Resiliencia de Wagnild y Young.(Wagnild & Young, 1993)	1: Baja Resiliencia(0-124) 2:Media Resiliencia (125-138) 3: Alta Resiliencia (139-175) (Wagnild & Young, 1993)	Test de Resiliencia aplicada en forma individual y familiar. Conformada por 25 ítems, se puntúan con escala tipo Likert de 7 puntos. Mide 5 factores: satisfacción personal, ecuanimidad, sentirse bien

### 3.5 Operacionalización de las Variables (Continuación)

								solo, confianza en sí mismo y perseverancia
Tipología Familiar	Es la caracterización de las familias de acuerdo a su estructura como base para una clasificación demográfica en el país. (Armas & Diaz, 2007)	Es la recolección de datos sobre el individuo y la familia, en representación gráfica que permiten con un rápido vistazo reconocer los elementos importantes y su relación con su entorno(Armas & Diaz, 2007)	Dependiente Cuantitativa	Multidimensional	Nominal	El Familiograma	A) Estructural: 1.- Familia Extensa 2.- Familia nuclear 3.- Persona sin familia 4.- Equivalentes Familiares 5.- Familias corporativas 6.- Familias Ampliadas B) Funcional: 1.- Relación distante 2.- Relación conflictiva 3.- Buena Relación	El Familiograma Estructural y Funcional con su simbología nos permite conocer la composición familiar y las relaciones entre los miembros de la familia de las historias clínicas de los pacientes hipertensos de la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud, "Los Rosales".
Creatinina	Marcador de función renal.(Coresh, J., Astor, B., Greene, T., Eknoyan, G., Levey A., 2003)	Se utiliza como indicador en el cálculo de la tasa de filtración glomerular.(Coresh, J., Astor, B., Greene, T., Eknoyan, G., Levey A., 2003)	Dependiente cualitativa	Unidimensional	Nominal	Determinación de creatinina sérica.	Normal 0,8 – 1,2 mg/dl Alterada > 1,2 mg/dl (Flores, y otros, 2009)	Hojas de flujo de la clínica crónica metabólicos del centro de salud Los Rosales.

### **3.6 Procedimientos de recolección de información.**

Los procedimientos de recolección de datos, se aplicaron a los pacientes Hipertensos que asistieron entre los meses de Septiembre a Diciembre de 2016, a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud “Los Rosales”, que se ajustaron a los criterios de inclusión definidos por el estudio, previo consentimiento informado ( Ver Anexo N°1), por otra parte, los recolección de datos referentes a edad, sexo, ocupación, presión arterial, microalbuminuria ,ecografía renal, creatinina sérica y tipología familiar se obtuvieron de las historias médicas de los pacientes hipertensos que acudieron a la clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud “Los Rosales”, durante el periodo Septiembre – Diciembre de 2016. Para la evaluación de la resiliencia, se aplicó la Escala de Resiliencia de Wagnild & Young (1993) que identifica el grado de resiliencia individual y pudo ser aplicado a nivel familiar. (Ver Anexo N°2). La escala, está estructurada en 25 ítems, constituida por 2 factores: a) Competencia personal y b) Aceptación de uno mismo y de la vida. Todos los reactivos presentan una escala del 1 al 7, los puntajes totales pueden oscilar desde 25 a 175. Considerándose resiliencia alta un resultado desde 139 a 175 puntos(Wagnild & Young, 1993).

### **3.7 Técnica de Análisis de Datos**

Las variables cualitativas dicotómicas se expresaron como presencia o ausencia de la enfermedad en proporción, se describieron con frecuencias absolutas y relativas, medianas y rangos y fueron analizados con chi cuadrado.

Las variables cuantitativas se expresaron en medidas de tendencia central y de dispersión. Para el sustento de probabilidades de riesgo se realizó regresión logística. Para realizar un análisis de asociación de variables se procedió a aplicar Chi Cuadrado de Pearson.

### **3.8 Plan de análisis de datos**

Se aplicó el consentimiento informado y cada uno de los instrumentos anteriormente mencionados, se realizó la depuración de inconsistencias y datos atípicos que pudiesen sesgar la investigación y para el análisis de datos se aplicó el test de Chi Cuadrado de Pearson y se realizó el procesamiento estadístico con el programa SPSS versión N° 22.

### **3.9 Aspectos bioéticos**

Para la realización de este estudio se ha elaborado el formato de declaración de Consentimiento informado (Organización Mundial de la Salud [OMS] y Comité de Evaluación Ética de la Investigación [CEI], s.f.), que debe ser firmado por cada paciente, de forma voluntaria, libre de negarse a participar o de retirarse del mismo en cualquier momento sin pérdida de beneficios o de la atención brindada (Ver Anexo 3). El uso de datos médicos de esta investigación no implican ningún riesgo para el paciente y se aseguró el uso de normas de calidad y calidez en la obtención de las mismas. Se garantizó confidencialidad entre el investigador y el sujeto encuestado, se incluyó como parte del estudio el cuestionario de Resiliencia, la recopilación y registro de datos, se tomaron las medidas para la protección de los mismos, evitando que pudiese

revelar la identidad de individuos con el fin de mantener su confidencialidad antes de la preparación de publicaciones o informes (Pan American Health Organization [PAHO], 2016).

### 3.10 Aspectos Administrativos

#### 3.10.1 Recursos Necesarios

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS				
	HUMANOS	ECONÓMICOS	MATERIALES Y SUMINISTROS	ACTIVIDADES
<b>FASE DE PLANEACIÓN</b>	Tutor Metodológico y Académico	Autofinanciado	Computador, Hemeroteca, libros, revistas científicas	
	Equipos de Médicos Familiares del centro de Salud de los Rosales	Autofinanciado, autogestión, Centro de Salud	Computador, matrices y logística para diversas actividades (transporte, alimentación)	Ferias, charlas, reuniones, actividades de declaración
<b>FASE DE EJECUCIÓN</b>	Posgradista	Autofinanciado	Consultorio médico del centro de salud, equipamiento, informático y de diagnóstico. Escala de Resiliencia Wagnil y Young	Atención médica, recolección de la información
	Pacientes de la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud de los Rosales	Autofinanciado. Autogestión y Centro de salud	Exámenes de : Microalbuminuria y Ecosografía Renal	Atención médica, recolección de la información
<b>FASE DE COMUNICACIÓN</b>	Posgradista	Autofinanciado	Computador, Impresora, Proyector	Redacción del informe, impresión y socialización

- Fuente de financiamiento: Ninguna.
- Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

- Reporte y diseminación de resultados: Los hallazgos de este estudio se reportarán como un artículo que será sometido a revisión para publicación en revistas con revisión por pares.

### 3.10.2 Presupuesto Del Proyecto

<b>Presupuesto Del Proyecto</b>			
<b>RUBRO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>DETALLE</b>	<b>TOTAL (\$)</b>
Material y Suministro	varios	Internet, cartuchos de tinta para impresora	100
Impresión de Instrumentos: Test de Resiliencia, Familiograma	120 unidades por cada instrumento	Hoja de papel bond, blanco y negro y color	100
Informe de tesis y Datos	Procesamiento de 1	Impresión y Empastado	2.200
Transporte para realizar visitas domiciliarias	120 por individuo y por cada familia	Hojas de Familiograma, test de resiliencia individual y familiar	1200
<b>Total</b>			<b>3600</b>

**Elaborado por:** Navarrete (2016)

**Fuentes:** La Base de Datos

<b>Tiempo</b>	<b>Elaboración Del Protocolo</b>	<b>Aprobación Del Protocolo</b>	<b>Recolección De Datos</b>	<b>Análisis</b>	<b>Análisis Final</b>	<b>Socialización</b>	<b>Informe</b>
<b>Junio</b>	X						
<b>Julio</b>							
<b>Agosto</b>		X					
<b>Septiembre</b>			X	X		X	
<b>Octubre</b>			X	X		X	
<b>Noviembre</b>			X	X	X	X	X

### ***3.10.2 Cronograma de Actividades***

**Elaborado por:** Navarrete (2016)

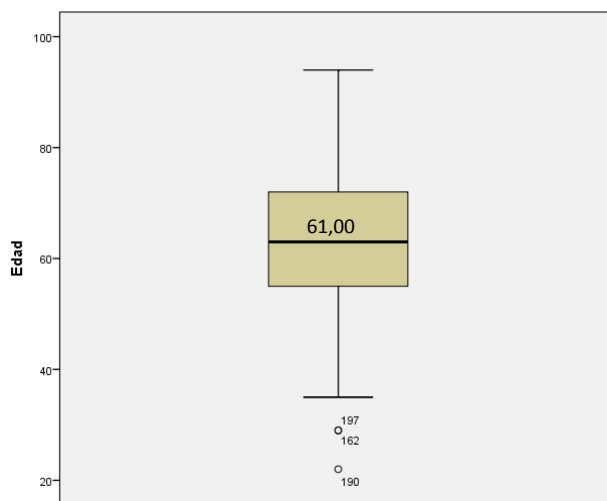
**Fuentes:** La Base de Datos

## Capítulo IV

### Resultados

#### 4.1 Análisis Descriptivo

La muestra del estudio incluyó a 200 hipertensos con y sin daño renal determinado con ecografía renal y/o microalbuminuria, que asistieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud “Los Rosales”, durante el periodo Septiembre – Diciembre de 2016.



**Figura 1. Distribución de frecuencias por años de edad, en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016.**

**Elaborado por: Navarrete (2016)**

**Fuentes: La Base de datos**

El rango de edad osciló desde un mínimo de 22 años y un máximo de 94 años, con una mediana de 61 años. (DE: 12,268). Este resultado se debe a que la mayoría de los pacientes evaluados, son hipertensos crónicos pertenecientes a la tercera edad, lo que explica el motivo por el cual la mediana de edad se sitúa por encima los 60 años. (Ver Anexo 4)

**Tabla 1. Distribución de frecuencias por sexo, en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	151	75,5
Hombre	49	24,5
Total	200	100,0

**Elaborado** por: Navarrete, (2016)

**Fuentes:** Base de Datos

Se registró un predominio del género femenino en la población evaluada. Probablemente este resultado se deba a que las mujeres presentan un mayor interés por asistir a consulta médica y vigilar continuamente la evolución de su patología, con respecto a los varones. (Ver Anexo 5)

**Tabla 2. Distribución de frecuencias por tipo de ocupación, en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Obrero	10	5,0
Agricultor	3	1,5
Comerciante	24	12,0
Profesional	4	2,0
Ninguna	159	79,5
Total	200	100,0

Elaborado por: Navarrete, (2016)

**Fuentes:** La Base de Datos

La mayoría de los hipertensos evaluados no desempeñaban una ocupación específica. Este hallazgo puede ser atribuido a que la mayor parte de los pacientes que asisten a la clínica de crónicos metabólicos presentan edades avanzadas o son jubilados, discapacitados, en el caso de las mujeres, una gran proporción de ellas se dedican al oficio del hogar, por lo cual se explica el predominio de ninguna ocupación en la muestra estudiada (Ver Anexo 6)

**Tabla 3. Distribución de frecuencias según valor de presión arterial, en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre-Diciembre, 2016**

Valor de Presión Arterial	Frecuencia	Porcentaje
No controlada >140/90mmHg	48	24,0
Controlada <140/90mmHg	152	76,0
Total	200	100,0

**Elaborado** por: Navarrete, (2016)

**Fuentes:** La Base de Datos

Se registró un predominio marcado de valores de presión arterial controlada en la muestra evaluada (Ver Anexo 7). Este resultado puede ser atribuido a la adecuada adherencia al tratamiento antihipertensivo y medidas óptimas de modificación en el estilo de vida.

**Tabla 4. Distribución de frecuencias de microalbuminuria, en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Noviembre, 2016**

Microalbuminuria	Frecuencia	Porcentaje
Positiva	51	25,5
Negativa	149	74,5
Total	200	100,0

Elaborado por: Navarrete, (2016)

**Fuentes:** La Base de Datos

Se evidenció un predominio de hipertensos sin daño renal determinado por microalbuminuria, en la muestra estudiada. Lo que puede atribuirse a que la mayoría de los pacientes evaluados presentaron PA controlada, por lo cual, este condicionante puede influir en evitar alteraciones en la filtración glomerular, disminuyendo así la aparición de microalbuminuria (Ver Anexo 8). Nótese que sólo la cuarta parte de los hipertensos evaluados, presentaron microalbuminuria, este hallazgo puede ser explicado porque la mayoría de los pacientes que asisten a la clínica de crónicos metabólicos, presentan un adecuado control farmacológico que produce una desaceleración en la velocidad de daño glomerular y por ende se registró una frecuencia baja de microalbuminuria.

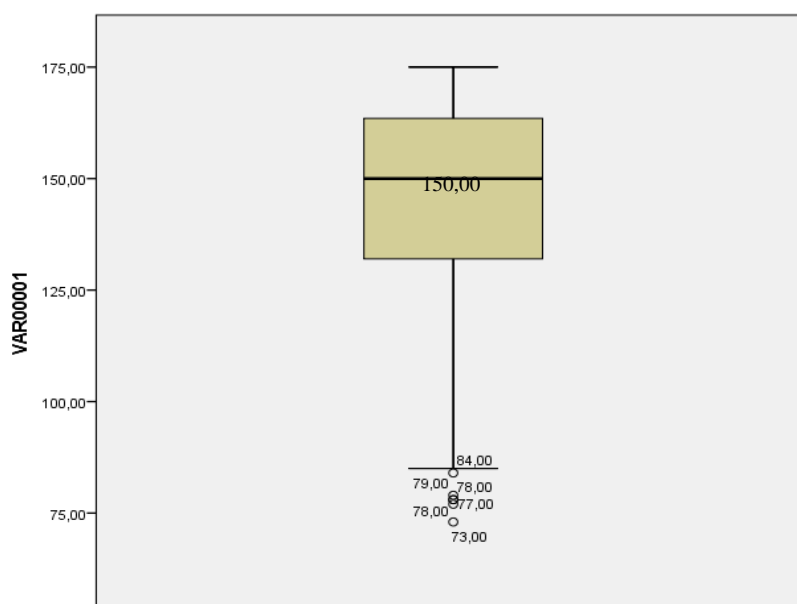
<i>Hallazgos Ecográficos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Daño Renal</i>	114	57,0
<i>Sin Daño Renal</i>	86	43,0
<i>Total</i>	200	100,0

**Tabla 5.** *Distribución de frecuencias de daño renal determinado por ecografía, en pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016*

**Elaborado por:** Navarrete (2016)

**Fuentes:** La Base de Datos

Se obtuvo un predominio de hipertensos con daño renal determinado por ecografía, que puede atribuirse a la mayor frecuencia de alteración estructural renal que presentan los pacientes hipertensos en contraste con la microalbuminuria. Por otra parte, los signos ecográficos evaluados incluyen una gran gama de alteraciones que pueden ser ocasionadas por otras patologías, generando un potencial sesgo (Ver Anexo 9).



**Figura2.** *Distribución de frecuencia del puntaje obtenido en el Test de Resiliencia, en los pacientes que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre-Diciembre, 2016.*

**Elaborado por:** Navarrete (2016)

**Fuentes:** La Base de Datos

El rango de puntaje obtenido en el Test de Resiliencia, tuvo un mínimo de 73 y un máximo de 175 puntos. Con una media de 145,02, una mediana de 150,00 (DE:23,29) y moda de 138 puntos. Estos resultados indican que existió un puntaje elevado de resiliencia en la mayor parte de los hipertensos evaluados, lo que puede explicarse considerando que se trata de una muestra que incluye predominantemente pacientes crónicos, que pueden haber adquirido un mayor nivel de adaptabilidad y resiliencia, debido a que han asumido la enfermedad por un largo periodo de tiempo (Ver Anexo 10).

**Tabla 6. Distribución de frecuencia de Resiliencia, en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, periodo Septiembre- Noviembre, 2016.**

Resiliencia	Frecuencia	Porcentaje
Baja	26	13,0
Media	61	30,5
Alta	113	56,5
Total	200	100,0

Elaborado por: Navarrete, (2016).

**Fuentes:** La Base de Datos

Se obtuvo un predominio de pacientes con nivel alto de resiliencia. Lo que sugiere un afrontamiento optimista ante la patología, en la mayoría de los hipertensos evaluados, probablemente debido a que la mayor parte han desarrollado un nivel de destreza y

habilidades adaptativas ante las adversidades y eventos estresantes que impone la enfermedad. (Ver Anexo 11).

**Tabla 7. Distribución de frecuencia de los tipos de familias según su estructura, en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016.**

Tipos de Familia según su Estructura:	Frecuencia	Porcentaje
Extensa	89	44,5
Nuclear	91	45,5
Sin familia	17	8,5
Equivalentes Familiares	1	,5
Corporativa	1	,5
Ampliada	1	,5
Total	200	100,0

**Elaborado** por: Navarrete, (2016)

**Fuentes:** La Base de Datos.

El tipo familiar según la estructura que se registró con mayor frecuencia es la nuclear seguida por la extensa. Estos resultados se atribuyen a que existe una diversidad de estructuras familiares en el medio demográfico donde se aplicó esta investigación, que incluyen familias con padres, hijos y abuelos, propios de la estructura social del país. (Ver Anexo 12).

**Tabla 8. Distribución de frecuencia de los tipos de familia según su clasificación funcional en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016.**

Tipo de familias según su funcionalidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Distante	9	4,5	4,5
Conflictiva	83	41,5	41,5
Buena	108	54,0	54,0
Total	200	100,0	100,0

**Elaborado** por: Navarrete, (2016).

**Fuentes:** La Base de Datos

Se obtuvo un predominio de hipertensos con buenas relaciones intrafamiliares. Este resultado se debe posiblemente a que la mayor parte de los pacientes evaluados pertenecían a familias funcionales, con un adecuado nivel de comunicación. Demostrando que la presencia de patologías crónicas como la hipertensión no involucra necesariamente el desarrollo de disfuncionalidad y conflictividad en la familia (Ver Anexo 13)

**Tabla 9. Distribución de frecuencia de los niveles de creatinina en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Noviembre, 2016.**

Creatinina	Frecuencia	Porcentaje
Alterada	18	9,0
Normal	153	76,5
Total	171	85,5
Perdidos	29	14,5
Total	200	100,0

**Elaborado** por: Navarrete (2016)

**Fuentes:** La Base de Datos

Se obtuvo un bajo índice de creatinina alterada en la población estudiada. Este hallazgo puede atribuirse a que no existe aún el suficiente deterioro de la filtración glomerular para elevar los niveles de creatinina. (Ver Anexo 14).

**Tabla 10. Distribución de frecuencia entre edad y sexo en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016.**

**Elaborado** por: Navarrete (2016)

**Fuentes:** La Base de Datos

El sexo masculino registró una alta frecuencia de edades iguales o superiores a 61 años. No se demostró una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,318$ ), sin un aumento de probabilidad de riesgo (OR: 0,923; IC95%: 0,789 – 1,080) entre edad mayor a 61 años y el sexo masculino. Este resultado puede atribuirse a la distribución heterogénea de la muestra a predominio del sexo femenino.

Edad		Sexo		Total	Valor de p	OR IC95%:
		Mujer	Hombre			
Mayor o igual a 61 años	Frecuencia	77	29	106	0,318	0,923 0,789-1,080
	% dentro de Sexo	51,0%	59,2%	53,0%		
inferior a 61 años	Frecuencia	74	20	94		
	% dentro de Sexo	49,0%	40,8%	47,0%		
Total	Frecuencia	151	49	200		
	% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%		

## 4.2 Análisis Comparativo

**Tabla 11. Distribución de frecuencia entre edad y ocupación en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Noviembre, 2016.**

Edad		Ocupación					Total	Valor de p
		Obrero	Agricultor	Comerciante	Profesional	Ninguna		
>61 Años	Frecuencia	1	2	7	0	96	106	
	% dentro de Ocupación	10,0%	66,7%	29,2%	0,0%	60,4%	53,0%	
<61 Años	Frecuencia	9	1	17	4	63	94	
	% dentro de Ocupación	90,0%	33,3%	70,8%	100,0%	39,6%	47,0%	0,000
Total	Frecuencia	10	3	24	4	159	200	
	% dentro de Ocupación	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

**Elaborado** por: Navarrete (2016)

**Fuentes:** La Base de Datos

Se obtuvo que la mayoría de hipertensos que no ejercían una ocupación particular, tenían edades superiores a la mediana. Cabe destacar que en este grupo se incluyó al oficio del hogar, jubilados y discapacitados. Se estableció una asociación estadísticamente significativa entre edad mayor de 61 años y ninguna ocupación ( $p=0,000$ ). Probablemente, el predominio de pacientes sin ocupación particular sobre la mediana de la edad, se deba que al presentar más de 61 años, no ejercen una actividad laboral debido a jubilación, enfermedad, discapacidad, entre otros factores.

**Tabla 12. Distribución de frecuencia entre edad y presión arterial en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Noviembre, 2016.**

Edad	Presión Arterial (PA)		Total	Valor de p	OR IC95%
	No controlada >140/90mmHg	Controlada <140/90mmHg			
>61 años	27 56,3%	79 52,0%	106 53,0%	0,605	1,140 0,693-1,876
<61 años	21 43,8%	73 48,0%	94 47,0%		
Total	Recuento 48	152	200		
	% dentro de Presión Arterial	100,0%	100,0%	100,0%	

**Elaborado** por: Navarrete (2016)

**Fuentes:** La Base de Datos

Los pacientes con edad superior a la mediana(61 años) presentaron mayor frecuencia tanto de presión arterial controlada, como no controlada. Lo que sugiere que las cifras tensionales son independientes de la edad en los pacientes evaluados. Por lo cual no se demostró una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,605$ ), con aumento de la probabilidad de riesgo entre edades mayores a la mediana y valores de Presión arterial no controlada (OR:1,140 IC95%:0,693-1,876). Estos resultados pueden deberse a que existen hipertensos crónicos con PA controlada, por cumplimiento de la medicación y medidas no farmacológicas mientras que el otro grupo de hipertensos que presentó

cifras de PA no controlada pueden atribuir sus cifras tensionales a deficiente adherencia al tratamiento e inadecuadas modificaciones del estilo de vida.

**Tabla 13. Distribución de frecuencia entre edad y Microalbuminuria en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre-Diciembre, 2016.**

Edad		Microalbuminuria			Valor de p	OR IC95%
		Positiva	Negativa	Total		
>61 Años	Recuento	25	81	106	0,853 0,531- 1,369	
	% dentro de Microalbuminuria	49,0%	54,4%	53,0%		
<61 años	Recuento	26	68	94	0,509	
	% dentro de Microalbuminuria	51,0%	45,6%	47,0%		
Total	Recuento	51	149	200		
	% dentro de Microalbuminuria	100,0%	100,0%	100,0%		

**Elaborado** por: Navarrete (2016)

**Fuentes:** La Base de Datos

No se demostró una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,509$ ), sin un aumento de probabilidad de riesgo entre la mediana de edad y la microalbuminuria positiva (OR: 0,853 IC95%:0,531- 1,369). No se evidenció una diferencia significativa entre la presencia de microalbuminuria y el rango etario.

**Tabla 14. Distribución de frecuencia entre edad y hallazgos de ecografía renal en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016.**

Edad		Ecografía Renal			Valor de p	OR IC95%
		Daño Renal	Sin Daño Renal	Total		
>61 años	Recuento	60	46	106	0,985	0,774 – 1,254
	% dentro de Ecografía Renal	52,6%	53,5%	53,0%		
>61 años	Recuento	54	40	94	0,904	
	% dentro de Ecografía Renal	47,4%	46,5%	47,0%		
Total	Recuento	114	86	200		
	% dentro de Ecografía Renal	100,0%	100,0%	100,0%		

**Elaborado** por: Navarrete (2016)

**Fuentes:** La Base de Datos

No se demostró una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,904$ ), ni un incremento de probabilidad de riesgo de presentar daño renal en edades superiores ó iguales a 61 años (OR:0,985 IC95%: 0,774 – 1,254). Estos resultados, aunque no hayan demostrado significancia estadística, pueden atribuirse a la asociación que a mayor edad, es más probable que se produzca daño renal suficiente para evidenciarse en la ecografía, debido a los efectos degenerativos asociados con el envejecimiento y a la mayor cronicidad de la hipertensión en estos pacientes.

**Tabla 15. Distribución de frecuencia entre edad y familia estructurada en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre-Diciembre, 2016.**

Edad		Familia Estructurada		Total	Valor de p	OR IC95%
		Si	No			
>61 años	Frecuencia	53	53	106	0,002	1,741 1,201- 2,523
	% dentro de Familia Estructurada	44,2%	66,3%	53,0%		
	<61 años	Frecuencia	67	27		
	% dentro de Familia Estructurada	55,8%	33,8%	47,0%		
Total	Frecuencia	120	80	200		
	% dentro de Familia Estructurada	100,0%	100,0%	100,0%		

**Elaborado** por: Navarrete (2016)

**Fuentes:** La Base de Datos

Cabe destacar que la mayoría de pacientes que no integraban una familia estructurada presentaron edades iguales o superiores a la mediana. Se estableció una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,002$ ).y se registró un aumento de la probabilidad de riesgo de 1,7 veces entre la edad menor a 61 años y la presencia de familia estructurada (OR: 1,741;IC95%:1,201-2,523). Este hallazgo se atribuye a que los mayores de 61 años generalmente, son divorciados, viudos, viven sin pareja, presentan hogares con nido vacío, por lo cual esta tendencia justifica que se hayan obtenido mayores frecuencias de familias no estructuradas en este rango de edad.

**Tabla 16. Distribución de frecuencia entre edad y familia conflictiva en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre-Diciembre, 2016.**

Edad		Familia Conflictiva			Valor de p	OR IC95%
		SI	No	Total		
>61 Años	Frecuencia	42	64	106	0,026	1,351 1,029-1,775
	% dentro de Familia Conflictiva	44,7%	60,4%	53,0%		
	<61 años	Frecuencia	52	42		
	% dentro de Familia Conflictiva	55,3%	39,6%	47,0%		
Total	Frecuencia	94	106	200		
	% dentro de Familia Conflictiva	100,0%	100,0%	100,0%		

**Elaborado** por: Navarrete (2016)

**Fuentes:** La Base de Datos

Se estableció una asociación estadísticamente significativa entre edad inferior a 61 años y la presencia de familia conflictiva ( $p=0,026$ ). Sin embargo no se evidenció un aumento importante de la probabilidad de riesgo entre estas dos variables (OR: 1,351; IC95%: 1,029-1,775). Posiblemente, este resultado es atribuible a que la mayoría de pacientes con menor edad no cuentan con la inteligencia emocional ni tolerancia necesaria para desarrollar adecuadas relaciones intrafamiliares, por lo cual presentan mayor riesgo de integrar y propiciar la instauración de una familia conflictiva.

**Tabla 17. Distribución de frecuencia entre edad y resiliencia en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre-Diciembre, 2016**

Edad		Resiliencia		Total	Valor de p	OR IC 95%
		No	Si			
>61 años	Frecuencia	57	49	106		
	% dentro de Resiliencia	57,6%	48,5%	53,0%		1,204
<61 años	Recuento	42	52	94		0,904-1,602
	% dentro de Resiliencia	42,4%	51,5%	47,0%		
	Recuento					0,199
Total	Recuento	99	101	200		
	% dentro de Resiliencia	100,0%	100,0%	100,0%		

**Elaborado** por: Navarrete (2016)

**Fuentes:** La Base de Datos

La mayoría de hipertensos que no tenían resiliencia, presentaban edades iguales o superiores a la mediana. No se demostró una asociación estadísticamente significativa entre la mediana de edad y la presencia de resiliencia ( $p=0,199$ ). Sin embargo se evidenció un aumento de la probabilidad de riesgo entre estas dos variables (OR:1,204 IC95%: 0,904-1,602). Estos resultados pueden ser atribuidos a que en edades superiores a los 61 años, la capacidad de adaptación ante los cambios y técnicas de afrontamiento, no presentan la misma destreza debido a los cambios neurodegenerativos propios del envejecimiento.

**Tabla 18. Distribución de frecuencia entre sexo y resiliencia en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre-Diciembre, 2016.**

Sexo		Resiliencia		Total	Valor de	OR
		No	Si		p	IC95%
Mujer	Frecuencia	78	73	151	0,284	1,090
	% dentro de Sexo	51,7%	48,3%	100,0%		0,931- 1,277
	% dentro de Resiliencia	78,8%	72,3%	75,5%		
Hombre	Frecuencia	21	28	49	0,284	
	% dentro de Sexo	42,9%	57,1%	100,0%		
	% dentro de Resiliencia	21,2%	27,7%	24,5%		
Total	Frecuencia	99	101	200		
	% dentro de Sexo	49,5%	50,5%	100,0%		
	% dentro de Resiliencia	100,0%	100,0%	100,0%		

**Elaborado** por: Navarrete (2016)

**Fuentes:** La Base de Datos

La resiliencia resultó ser independiente del género. No se demostró una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,284$ ), sin aumento importante de la probabilidad de riesgo (OR: 1,090; IC95%:0,931- 1,277) entre la presencia de resiliencia y sexo femenino. Estos resultados pueden deberse a que existió un marcado predominio de mujeres en la muestra evaluada, representando una distribución heterogénea que condiciona un potencial sesgo.

**Tabla 19. Distribución de frecuencia entre ocupación y resiliencia en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre--Diciembre, 2016**

Ocupación		Resiliencia			Valor de p
		No	Si	Total	
Obrero	Recuento	3	7	10	0,081
	% dentro de Resiliencia	3,0%	6,9%	5,0%	
Agricultor	Recuento	0	3	3	
	% dentro de Resiliencia	0,0%	3,0%	1,5%	
Comerciante	Recuento	8	16	24	
	% dentro de Resiliencia	8,1%	15,8%	12,0%	
Profesional	Recuento	2	2	4	
	% dentro de Resiliencia	2,0%	2,0%	2,0%	
Ninguna	Recuento	86	73	159	
	% dentro de Resiliencia	86,9%	72,3%	79,5%	
Total	Recuento	99	101	200	
	% dentro de Resiliencia	100,0%	100,0%	100,0%	

**Elaborado** por: Navarrete (2016)

**Fuentes:** La Base de Datos

Existió un predominio de individuos que no desempeñaban una ocupación particular tanto en la categoría de resiliencia como en la de no resiliencia. Se demostró que no existe una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de resiliencia y la ocupación ( $p=0,081$ ). Este resultado puede atribuirse a que la resiliencia es una condición idiosincrática del individuo, independientemente de la ocupación que éste ejerza.

**Tabla 20. Distribución de frecuencia entre presión arterial y resiliencia en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre-Diciembre, 2016**

Presión Arterial		Resiliencia		Total	Valor de p	OR IC 95%
		No	Si			
No controlada >140/90mmHg	Frecuencia	19	29	48		0,668
	% dentro de Resiliencia	19,2%	28,7%	24,0%	0.115	0,402 – 1,111
Controlada <140/90mmHg	Frecuencia	80	72	152		
	% dentro de Resiliencia	80,8%	71,3%	76,0%		
Total	Frecuencia	99	101	200		
	% dentro de Resiliencia	100,0%	100,0%	100,0%		

**Elaborado** por: Navarrete (2016)

**Fuentes:** La Base de Datos

La mayoría de los pacientes sin resiliencia presentaron cifras tensionales controladas y contradictoriamente, en los hipertensos que tenían resiliencia, se obtuvo un predominio de presión arterial >140/90mmHg. No se demostró una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,115$ ) ni aumento de la probabilidad de riesgo (OR:0,668 IC95%: 0,402– 1,111) entre PA no controlada y la ausencia de resiliencia. Este resultado puede atribuirse a que la resiliencia, no necesariamente implica técnicas de afrontamiento adecuadas que logren controlar las cifras de presión arterial en los sujetos evaluados.

**Tabla 21. Distribución de frecuencia entre Microalbuminuria y resiliencia en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre-Diciembre, 2016**

Microalbuminuria		Resiliencia		Total	Valor de p	OR IC 95%
		No	Si			
Positiva	Frecuencia	27	24	51	0,569	1,148 0,714-1,845
	% dentro de Resiliencia	27,3%	23,8%	25,5%		
Negativa	Frecuencia	72	77	149	0,569	
	% dentro de Resiliencia	72,7%	76,2%	74,5%		
Total	Recuento	99	101	200		
	% dentro de Resiliencia	100,0%	100,0%	100,0%		

**Elaborado** por: Navarrete (2016)

**Fuentes:** La Base de Datos

La mayor parte de los hipertensos con microalbuminuria positiva no eran resilientes. Sin embargo, no se demostró una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,569$ ), con un incremento de la probabilidad de riesgo (OR: 1,148 IC95%: 0,714-1,845) entre Microalbuminuria positiva y la ausencia de Resiliencia. Por lo tanto, los individuos no resilientes, no presentan necesariamente microalbuminuria.

**Tabla 22. Distribución de frecuencia entre hallazgos de ecografía renal y resiliencia en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016**

Ecografía Renal		Resiliencia		Total	Valor	OR
		No	Si		de p	IC 95%
Daño Renal	Frecuencia	53	61	114		0,886
	% dentro de Ecografía Renal	46,5%	53,5%	100,0%		0,696-1,129
Sin Daño Renal	Frecuencia	46	40	86	0,327	
	% dentro de Ecografía Renal	53,5%	46,5%	100,0%		
Total	Frecuencia	99	101	200		
	% dentro de Ecografía Renal	49,5%	50,5%	100,0%		

**Elaborado** por: Navarrete (2016)

**Fuentes:** La Base de Datos

No se demostró una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,327$ ), sin un aumento de la probabilidad de riesgo (OR: 0,886; IC95%: 0,696-1,129), entre la presencia de daño renal y resiliencia, que se debe a que naturalmente el evento estresante que representa la enfermedad crónica, genera un mecanismo adaptativo de actitud resiliente en el individuo.

**Tabla 23. Distribución de frecuencia entre familia estructurada y resiliencia en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016**

Familia Estructurada		Resiliencia		Valor	OR
		No	Si	de p	IC 95%
No	Frecuencia	43	37	80	1,186
	% dentro de Familia Estructurada	53,8%	46,3%	100,0%	0,843-1,668
	% dentro de Resiliencia	43,4%	36,6%	40,0%	
Si	Frecuencia	56	64	120	
	% dentro de Familia Estructurada	46,7%	53,3%	100,0%	0,326
	% dentro de Resiliencia	56,6%	63,4%	60,0%	
Total	Frecuencia	99	101	200	
	% dentro de Familia Estructurada	49,5%	50,5%	100,0%	
	% dentro de Resiliencia	100,0%	100,0%	100,0%	

**Elaborado** por: Navarrete (2016)

**Fuentes:** La Base de Datos

No se demostró una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,326$ ), pero si se obtuvo un leve incremento de la probabilidad (OR:1,186 IC95%: 0,843-1,668) entre las familias estructuradas de presentar resiliencia. Estos resultados se pueden atribuir a que las familias estructuradas contribuyen al desarrollo de técnicas de afrontamiento, para generar adaptabilidad ante los cambios y propiciar modificaciones de los estilos de vida, que amerita la enfermedad.

**Tabla 24. Distribución de frecuencia entre familia conflictiva y resiliencia en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre-Diciembre, 2016**

Familia Conflictiva		Resiliencia			Valor de p	OR IC 95%
		Si	No	Total		
SI	Recuento	50	44	94	0,473	1,100 0,847-1,429
	% dentro de Resiliencia	49,5%	44,4%	47,0%		
NO	Recuento	51	55	106		
	% dentro de Resiliencia	50,5%	55,6%	53,0%		
Total		101	101	99	200	
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

**Elaborado** por: Navarrete (2016)

**Fuentes:** La Base de Datos

La asociación entre familia conflictiva y presencia de resiliencia no fue estadísticamente significativa ( $p=0,473$ ), sin un incremento importante de la probabilidad de riesgo (OR: 1,100 IC95%:0,847-1,429). Por lo tanto, las relaciones intrafamiliares negativas, son independientes de la presencia o ausencia de resiliencia.

**Tabla 25. Distribución de frecuencia entre presión arterial y sexo en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre-Diciembre, 2016**

Presión Arterial		Sexo			Valor de p	OR IC 95%
		Mujer	Hombre	Total		
>140/90mmHg	Frecuencia	35	13	48	0,633	0,874 0,505-1,513
	% dentro de Presión Arterial	72,9%	27,1%	100,0%		
<140/90mmHg	Frecuencia	116	36	152		
	% dentro de Presión Arterial	76,3%	23,7%	100,0%		
Total	Frecuencia	151	49	200		
	% dentro de Presión Arterial	75,5%	24,5%	100,0%		

**Elaborado** por: Navarrete (2016)

**Fuentes:** La Base de Datos

No se demostró una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,633$ ), ni se obtuvo un aumento de la probabilidad de riesgo (OR: 0,874 IC95%: 0,505-1,513) entre género femenino y presión arterial no controlada. Por lo tanto, la ausencia de control de presión arterial es independiente del género. Nótese la influencia de sesgo por distribución heterogénea de la muestra a predominio del sexo femenino.

**Tabla 26. Distribución de frecuencia entre Microalbuminuria y sexo en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre-Diciembre, 2016**

Microalbuminuria		Sexo			Valor de p	OR IC 95%
		Mujer	Hombre	Total		
Positiva	Recuento	38	13	51	0,849	0,949 0,552 -1,629
	% dentro de Sexo	25,2%	26,5%	25,5%		
Negativa	Recuento	113	36	149	0,849	
	% dentro de Sexo	74,8%	73,5%	74,5%		
Total	Recuento	151	49	200		
	% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%		

**Elaborado** por: Navarrete (2016)

**Fuentes:** La Base de Datos

No se demostró una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,849$ ), ni incremento de la probabilidad de riesgo (OR: 0,949; IC 95% 0,552 -1,629) entre género femenino y Microalbuminuria. Este resultado puede atribuirse a la heterogeneidad de distribución de la muestra, que implica un sesgo considerable debido que existe un claro predominio del género femenino sobre el masculino, en términos de frecuencia,

**Tabla 27. Distribución de frecuencia entre ecografía renal y sexo en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Noviembre, 2016**

Ecografía Renal	Sexo			Total	Valor de p	OR IC 95%
	Mujer	Hombre				
Daño Renal	Frecuencia	85	29	114		0,951
	% dentro de Ecografía Renal	74,6%	25,4%	100,0%		0,725-1,248
Sin Daño Renal	Frecuencia	66	20	86	0,722	
	% dentro de Ecografía Renal	76,7%	23,3%	100,0%		
Total	Frecuencia	151	49	200		
	% dentro de Ecografía Renal	75,5%	24,5%	100,0%		

**Elaborado** por: Navarrete (2016)

**Fuentes:** La Base de Datos

No se demostró una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,722$ ), ni aumento de la probabilidad de riesgo (OR: 0,951 IC95%: 0,725 – 1,248) entre la presencia de daño renal determinado por ecografía y el sexo. No hay diferencia importante entre la alteración de ecografía renal entre ambos géneros.

**Tabla 28. Distribución de frecuencia entre Microalbuminuria y presión arterial en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016**

Microalbuminuria	Presión Arterial		Total	Valor de p	OR IC 95%
	No controlada >140/90mmHg	Controlada <140/90mmHg			
Positiva	16 33,3%	35 23,0%	51 25,5%	0,153	1,448 0,883-2,374
Negativa	32 66,7%	117 77,0%	149 74,5%		
Total	Recuento 152	48	200		
	% dentro de Presión Arterial	100,0%	100%	100,0%	

**Elaborado** por: Navarrete (2016)

**Fuentes:** La Base de Datos

No se evidenció un predominio de Microalbuminuria en presión arterial no controlada. Por lo tanto, no se demostró una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,153$ ), con aumento de la probabilidad de riesgo (OR:1,448 IC95%:0,883-2,374) entre presión arterial  $>140/90\text{mmHg}$  y la presencia de Microalbuminuria. Estos resultados probablemente se atribuyen al sesgo aportado por la distribución heterogénea de la muestra.

**Tabla 29. Distribución de frecuencia entre hallazgos de ecografía renal y presión arterial en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016**

Ecografía Renal	Presión Arterial		Total	Valor de p	OR IC 95%
	No controlada >140/90mmHg	Controlada <140/90mmHg			
Daño Renal	28 58,3%	86 56,6%	114 57,0%	0,831	1,031 0,782-1,360
Sin Daño Renal	20 41,7%	66 43,4%	86 43,0%		
Total	Recuento 48	152	200		
	% dentro de Presión Arterial	100,0%	100%	100,0%	

**Elaborado** por: Navarrete (2016)

**Fuentes:** La Base de Datos

El daño renal determinado por ecografía se detectó en la mayor parte de los pacientes con presión arterial no controlada. Sin embargo, no se demostró una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,831$ ), ni incremento importante de la probabilidad de riesgo (OR: 1,031; IC95%:0,782-1,360) entre daño renal por ecografía y presión arterial no controlada. Estos resultados pueden atribuirse a la presencia de sesgo en los signos indirectos de daño renal en la ecografía, que no se relacionan exclusivamente con la hipertensión arterial.

**Tabla 30. Distribución de frecuencia entre Microalbuminuria y hallazgos de ecografía renal en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016**

Microalbuminuria		Ecografía Renal			Valor de p	OR IC 95%
		Daño Renal	Sin Daño Renal	Total		
Positiva	Recuento	38	13	51	0,003	2,205 1,254-3,876
	% dentro de Ecografía Renal	33,3%	15,1%	25,5%		
Negativa	Recuento	76	73	149	0,003	
	% dentro de Ecografía Renal	66,7%	84,9%	74,5%		
Total	Recuento	114	86	200		
	% dentro de Ecografía Renal	100,0%	100,0%	100,0%		

**Elaborado** por: Navarrete (2016)

**Fuentes:** La Base de Datos

La mayoría de los pacientes con Microalbuminuria negativo presentaron daño renal por ecografía. Se estableció una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,003$ ), con incremento de 2,2 veces la probabilidad de riesgo (OR: 2,205 IC95%: 1,254-3,876) entre la Microalbuminuria negativa y daño renal determinado por ecografía. Este resultado evidencia que el daño renal detectado por ecografía es multifactorial y no se vincula directamente con alteración de la función renal.

**Tabla 31. Distribución de frecuencia entre creatinina y sexo en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016**

Creatinina		Sexo		Total	Valor de p	OR IC 95%
		Masculino	Femenino			
Alterada	Recuento	12	6	18	0,000	0,294 0,186-0,465
	% dentro de Creatinina	66,7%	33,3%	100,0%		
Normal	Recuento	30	123	153	0,000	
	% dentro de Creatinina	19,6%	80,4%	100,0%		
Total	Recuento	42	129	171		
	% dentro de Creatinina	24,6%	75,4%	100,0%		

**Elaborado** por: Navarrete (2016)

**Fuentes:** La Base de Datos

Se demostró una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,000$ ), sin incremento de probabilidad de riesgo (OR: 0,294; IC95%:0,186-0,465) entre la presencia de creatinina alterada y el sexo masculino. Probablemente debido a que la mayoría de los varones evaluados, no cumplían adecuadamente con el tratamiento antihipertensivo y/o modificaciones del estilo de vida, desarrollando mayor velocidad del deterioro renal con la consecuente elevación de la creatinina.

**Tabla 32. Distribución de frecuencia entre creatinina y presión arterial en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre-Diciembre, 2016**

Creatinina		Presión Arterial		Total	Valor de p	OR IC 95%
		>140/90mmHg	<140/90			
Alterada	Recuento	8	10	18	0,032	2,061
	% dentro de Creatinina	44,4%	55,6%	100,0%		1,133-3,749
Normal	Recuento	33	120	153	0,032	
	% dentro de Creatinina	21,6%	78,4%	100,0%		
Total	Recuento	41	130	171		
	% dentro de Creatinina	24,0%	76,0%	100,0%		

**Elaborado** por: Navarrete (2016)

**Fuentes:** La Base de Datos

Se demostró una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,032$ ), con incremento de probabilidad de riesgo (OR:2,061; IC95%: 1,133-3,749) entre creatinina alterada y PA>140/90mmHg. Este resultado se atribuye al sesgo que genera la desigualdad de frecuencia, a predominio de pacientes con PA Controlada.

**Tabla 33. Distribución de frecuencia entre creatinina y microalbuminuria en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre-Diciembre, 2016**

Creatinina		Microalbuminuria			Valor de p	OR IC 95%	
		Positiva	Negativa	Total			
Alterada	Recuento	9	9	18	0,008	2,318	
	% dentro de Creatinina	50,0%	50,0%	100,0%		1,335-4,026	
Normal	Recuento	33	120	153			
	% dentro de Creatinina	21,6%	78,4%	100,0%			
Total	Recuento	42	129	181			
	% dentro de Creatinina	24,6%	75,4%	100,0%			

**Elaborado** por: Navarrete (2016)

**Fuentes:** La Base de Datos

Se demostró una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,008$ ) e incremento de la probabilidad de riesgo (OR: 2,318; IC95%: 1,335-4,026) entre un valor de creatinina alterado y Microalbuminuria positiva. Este resultado puede atribuirse a que la presencia de Microalbuminuria como predictor de daño renal precoz, puede en algunos casos alterarse en conjunto con la creatinina.

**Tabla 34. Distribución de frecuencia entre creatinina y hallazgos de ecografía renal en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016**

Creatinina		Ecografía Renal		Total	Valor de p	OR IC 95%
		Daño Renal	Sin Daño Renal			
Alterada	Recuento	14	4	18	0,097	1,352 1,020 -1,793
	% dentro de Creatinina	77,8%	22,2%	100,0%		
Normal	Recuento	88	65	153	0,097	1,352 1,020 -1,793
	% dentro de Creatinina	57,5%	42,5%	100,0%		
Total	Recuento	102	69	171	0,097	1,352 1,020 -1,793
	% dentro de Creatinina	59,6%	40,4%	100,0%		

**Elaborado** por: Navarrete (2016)

**Fuentes:** La Base de Datos

No se demostró una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,097$ ) con incremento de la probabilidad de riesgo (OR: 1,352; IC95%:1,020-1,793) entre creatinina alterada y daño renal determinado por ecografía. Este resultado se atribuye a que existen alteraciones ecográficas sugestivas de daño renal que pueden provocar la elevación de creatinina.

**Tabla 35. Distribución de frecuencia entre creatinina y resiliencia en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre-Diciembre, 2016**

Creatinina		Resiliencia		Total	Valor de p	OR IC 95%
		No	Si			
Alterada	Recuento	10	8	18	0,564	1,149 0,736-1,791
	% dentro de Creatinina	55,6%	44,4%	100,0%		
Normal	Recuento	74	79	153		
	% dentro de Creatinina	48,4%	51,6%	100,0%		
Total	Recuento	84	87	171		
	% dentro de Creatinina	49,1%	50,9%	100,0%		

**Elaborado** por: Navarrete (2016)

**Fuentes:** La Base de Datos

No se demostró una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,564$ ) con incremento de la probabilidad de riesgo (OR: 1,149; IC95%:0,736-1,791) entre creatinina alterada y ausencia de resiliencia. Este resultado puede ser explicado por el sesgo de datos perdidos y por el desconocimiento de este marcador, que no influirían en el desarrollo de una actitud resiliente.

**Tabla 36. Resumen de Resultados del cruce de variables, con valor de Chi Cuadrado de Pearson y Odds Ratio.**

<i>Cruce de Variables</i>	<i>Chi Cuadrado (Valor de p)</i>	<i>Odds Ratio (OR)</i>	<i>Intervalo de Confianza al 95% (IC 95 %)</i>	<i>Interpretación</i>
Edad- Sexo	0,318	0,923	0,789-1,080	No se evidenció una asociación ni incremento de la probabilidad de riesgo entre edad y sexo
<i>Edad –Ocupación</i>	0,000	----- ---	----- -	Se demostró una asociación entre edad mayor a 61 años y ninguna ocupación.
<i>Edad- Presión Arterial</i>	0,605	1,140	0,693- 1,876	No se registró una asociación mayor a 61 años y presión arterial no controlada.
<i>Edad- Microalbuminuria</i>	0,509	0,853	0,531 – 1,369	No se demostró una asociación entre edad avanzada y Microalbuminuria.
<i>Edad- Ecografía</i>	0,904	0,985	0,774 – 1,254	No se evidenció una asociación entre edad mayor a 61 años y daño renal determinado por ecografía
<i>Edad – Resiliencia</i>	0,199	1,204	0,904 – 1,602	No se demostró una asociación entre edad avanzada y ausencia de resiliencia.
Edad – Creatinina	0,108	2,18	0,813 – 5,848	No se registró una asociación entre edad >61 años y creatinina alterada
<i>Edad – Familia Estructurada</i>	0,002	1,741	1,201 – 2,523	Se evidenció una asociación entre edad mayor a 61 años y familia estructurada.
<i>Edad- Familia Conflictiva</i>	0,026	1,351	1,029 – 1,775	Se demostró una asociación entre edad menor a 61 años y familia conflictiva.
<i>Sexo - Resiliencia</i>	0,284	1,090	0,931-1,277	No se obtuvo una asociación entre sexo femenino y ausencia de resiliencia
<i>Ocupación- Resiliencia</i>	0,081	----- ----	----- ----	No se obtuvo una asociación entre ninguna ocupación y ausencia de resiliencia.

<i>Presión arterial - Resiliencia</i>	-	0,115	0,668	0,402 – 1,111	No se demostró una asociación entre presión arterial no controlada y ausencia de resiliencia.
<i>Microalbuminuria - Resiliencia</i>	-	0,569	1,148	0,714 – 1,845	No se registró una asociación entre Microalbuminuria y ausencia de resiliencia,
<i>Ecografía - Resiliencia</i>		0,327	0,886	0,696 – 1,129	No se obtuvo una asociación entre Microalbuminuria y ausencia de resiliencia.
<i>Familia Estructurada- Resiliencia</i>		0,326	1,186	0,843 – 1,668	No se demostró una asociación entre familia no estructurada y ausencia de resiliencia
<i>Familia Conflictiva</i>		0,473	1,100	0,847 – 1,429	No se evidenció una asociación entre familia conflictiva y resiliencia.
<i>Presión arterial - Sexo</i>		0,633	0,874	0,505 – 1,513	No se registró una asociación entre presión arterial no controlada y sexo.
<i>Microalbuminuria- Sexo</i>		0,849	0,949	0,552 – 1,629	No se demostró una asociación entre Microalbuminuria y sexo
<i>Ecografía - Sexo</i>		0,722	0,951	0,883 – 2,374	No se obtuvo una asociación entre daño renal por ecografía y sexo.
<i>Microalbuminuria- Presión Arterial</i>		0,153	1,448	0,782 – 1,360	No se generó una relación entre Microalbuminuria y presión arterial no controlada.
<i>Ecografía – Presión arterial</i>		0,831	1,031	0,782 – 1,360	No se demostró una asociación entre daño renal determinado por ecografía y presión arterial no controlada
<i>Microalbuminuria - Ecografía</i>	-	0,003	2,205	1,254 – 3,876	Se obtuvo una asociación e incremento de la probabilidad de riesgo 2,2 veces entre la presencia de Microalbuminuria y daño renal determinado por ecografía.
<i>Creatinina - Edad</i>		0,108	2,180	0,813-5,848	No se evidenció una asociación entre edad avanzada y creatinina alterada.

<i>Creatinina - Sexo</i>	<i>0,000</i>	<i>3,400</i>	<i>2,151 – 5,734</i>	Se registró una asociación e incremento de la probabilidad de riesgo 3,4 veces entre creatinina alterada y sexo masculino.
<i>Creatinina Presión arterial</i>	<i>0,032</i>	<i>2,061</i>	<i>1,133 – 3,749</i>	Se demostró una asociación e incremento de probabilidad de riesgo en 2,06 veces entre creatinina alterada y presión arterial no controlada
<i>Creatinina - Microalbuminuria</i>	<i>0,008</i>	<i>2,318</i>	<i>1,335 – 4,026</i>	Se obtuvo una asociación e incremento de probabilidad de riesgo en 2,3 veces entre creatinina alterada y Microalbuminuria.
<i>Creatinina -Ecografía</i>	<i>0,097</i>	<i>1,352</i>	<i>1,020 – 1,793</i>	No se generó una asociación entre creatinina alterada y daño renal determinado por ecografía.
<i>Creatinina - Resiliencia</i>	<i>0,584</i>	<i>1,149</i>	<i>0,736 – 1,791</i>	No se registró una asociación entre alterada y ausencia de resiliencia.

## Capítulo V

### Discusión De Resultados

Considerando en torno a las limitaciones del estudio, obsérvese que la escasa literatura relacionada con el tema de esta investigación constituye un obstáculo para la búsqueda de referencias. Así un alto nivel de resiliencia se presentó en el 56,5% de los evaluados. La presencia de hallazgos ecográficos sugestivos de daño renal se detectó en el 57% de los pacientes estudiados. La Microalbuminuria por su parte, se presentó en el 25,5% de los hipertensos, este resultado concuerda con una investigación realizada en España durante 2008 en 4,592 pacientes con HTA que reportó una prevalencia de Microalbuminuria de 21,4% (De La Sierra, Egocheaga, & Aguilera, 2008)

No se demostró una asociación estadísticamente significativa entre Microalbuminuria positiva y la ausencia de Resiliencia ( $p=0,569$ ), ni entre hallazgos de daño renal determinado por ecografía y ausencia de resiliencia ( $p=0,327$ ). Estos resultados plantean que la carencia de resiliencia no influye en la presencia de daño renal.

No se demostró una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,509$ ) entre edad superior a la mediana y la microalbuminuria positiva. Luego de una revisión exhaustiva de la literatura no se obtuvo un estudio que correlacionara estas variables.

Se estableció una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,002$ ), y se registró un aumento de la probabilidad de riesgo de 1,7 veces entre la edad mayor a 61 años y

la presencia de familia estructurada .La mayor parte de pacientes que pertenecían a una familia conflictiva presentaron edades inferiores a la mediana. Se estableció una asociación estadísticamente significativa entre edad inferior a la mediana y la presencia de familia conflictiva ( $p=0,026$ ). Luego de una revisión exhaustiva de la literatura no se obtuvo un estudio que correlacionara estas variables.

La mayoría de hipertensos que no tenían resiliencia, presentaban edades iguales o superiores a la mediana. No se demostró una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,199$ ) entre edad superior a 61 años y ausencia resiliencia. Este resultado contradice a lo reportado por investigaciones realizadas en México y Perú, que demostraron mayores niveles de resiliencia entre los 20- 25 años (Palomar & Gómez, 2010; Saavedra & Villalta, 2008 )

La resiliencia registró un predominio leve en las mujeres. No se demostró una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,284$ ) entre resiliencia y sexo femenino. Este resultado contrasta con el hallazgo de una investigación realizada en México, durante 2011, que demostró mayor presencia de niveles de resiliencia en mujeres, con respecto a los varones (González, Arratia, Valdez, & González, 2011)

No se demostró una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,633$ ) entre género femenino y presión arterial no controlada. No se demostró una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,153$ ), entre presión arterial  $>140/90$ mmHg y la presencia de Microalbuminuria. Este resultado difiere de lo reportado por una investigación realizada en España en 4952 hipertensos que demostró una correlación

entre cifras de PA elevadas (146/85 frente a 142/83 mmHg;  $p < 0,001$ ) en aquellos hipertensos con Microalbuminuria (De La Sierra, Egocheaga, & Aguilera, 2008)

El daño renal determinado por ecografía se detectó en la mayor parte de los pacientes con presión arterial no controlada. Sin embargo, no se demostró una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,831$ ) entre daño renal por ecografía y presión arterial no controlada. Luego de una revisión exhaustiva de la literatura no se obtuvo un estudio que correlacionara estas variables.

La mayoría de los pacientes con Microalbuminuria positiva presentaron daño renal por ecografía. Se estableció una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,003$ ) entre la Microalbuminuria positiva y la presencia de daño renal determinado por ecografía, debido a que la microalbuminuria constituye un marcador precoz de lesión renal. Luego de una revisión exhaustiva de la literatura no se obtuvo un estudio que correlacionara estas variables.

Se demostró una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,000$ ) entre la presencia de creatinina alterada y el sexo masculino. Este resultado coincide con un estudio realizado en España, durante 2006 que reportó que los hombres presentan valores de creatinina más elevados con respecto al sexo femenino ( $1,12 \pm 0,26$  versus  $0,91 \pm 0,21$ ) (Jabary, Martín, Muñoz, Santos, Herruzo, & Gordillo, 2006)

La mayoría de los pacientes con creatinina alterada presentaron daño renal detectado por ecografía. Sin embargo, no se demostró una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,097$ ) entre creatinina alterada y daño renal determinado por ecografía. En los

individuos con creatinina alterada, se obtuvo una mayor frecuencia de ausencia de resiliencia.

No se demostró una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,564$ ) entre creatinina alterada y ausencia de resiliencia. Se obtuvo una asociación estadísticamente significativa entre creatinina y presión arterial no controlada (0,032), así como entre creatinina y Microalbuminuria (0,008) Luego de una revisión exhaustiva de la literatura no se obtuvo un estudio que correlacionara estas variables.

## Capítulo VI

### Conclusiones y recomendaciones

#### 6.1 Conclusiones

No se demostró una asociación estadísticamente significativa entre respuesta de resiliencia individual y familiar vinculadas con daño renal determinado con microalbuminuria y con ultrasonografía en adultos hipertensos de la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud de los Rosales, en el periodo Septiembre– Diciembre, 2016.

Se obtuvo un alto nivel de resiliencia en el 56,5% de los pacientes evaluados., un 25,5% de los hipertensos presentaron daño renal determinado por Microalbuminuria y un 57% daño renal determinado por ecografía

Se estableció una asociación estadísticamente significativa entre Microalbuminuria positiva y daño renal determinado por ecografía.

Se estableció una asociación estadísticamente significativa y se registró un aumento de la probabilidad de riesgo de 1,7 veces entre la edad mayor a 61 años y la presencia de familia estructurada

Se demostró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de creatinina alterada y el sexo masculino.

Se demostró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de creatinina alterada y presión arterial no controlada.

Se demostró una asociación estadísticamente significativa entre valor de creatinina alterada y Microalbuminuria.

Se estableció una asociación estadísticamente significativa entre edad inferior a la mediana y la presencia de familia conflictiva.

La resiliencia resultó ser independiente del género.

No se demostró una asociación estadísticamente significativa entre PA no controlada y la ausencia de resiliencia.

La mayor parte de las familias estructuradas, presentaron resiliencia. No se demostró una asociación estadísticamente significativa entre las familias estructuradas y la presencia de resiliencia.

La asociación entre familia conflictiva y presencia de resiliencia no fue estadísticamente significativa.

No se demostró una asociación estadísticamente significativa, entre presión arterial >140/90mmHg y la presencia de Microalbuminuria.

No se demostró una asociación estadísticamente significativa entre creatinina alterada y daño renal determinado por ecografía.

No se demostró una asociación estadísticamente significativa entre creatinina alterada y ausencia de resiliencia.

La investigación realizada genera un precedente y bases teórico-prácticas sobre el abordaje de la resiliencia en correlación con el daño renal en los pacientes hipertensos. Con el objeto de fomentar un manejo integral del paciente, que incluya la evaluación de la resiliencia en la práctica clínica de la medicina familiar y comunitaria.

### **6.1 Limitaciones del estudio**

Los resultados descritos no pueden generalizarse a la población Ecuatoriana, considerando que se realizó en solo una clínica de crónicos metabólicos, por lo cual debe aplicarse a muestras de mayor volumen numérico.

El tiempo de evaluación solo fue de 3 meses, por lo cual, lo ideal sería desarrollar una investigación que incluyera un mayor periodo.

La distribución de la muestra fue heterogénea a expensas del sexo femenino. Este elemento condicionó un potencial sesgo.

### **6.2 Recomendaciones**

Se recomienda a los pacientes y familias, desarrollar un sistema de apoyo integral e incondicional que permita establecer un óptimo nivel de resiliencia y técnicas de afrontamiento ante la patología.

Se sugiere que la Clínica de Crónicos Metabólicos incremente el desarrollo de

actividades que incentiven y promuevan un alto nivel de resiliencia en sus miembros.

Se insta a los médicos y al sistema local de salud gestionar la aplicación de la escala de resiliencia.

Se recomienda que en la formación de médicos familiares sea incluido el estudio y la evaluación de la resiliencia como una práctica clínica continua, en el abordaje y manejo de todos los pacientes con enfermedades crónicas.

Se sugiere realizar futuras investigaciones para determinar el nivel de resiliencia y su influencia con el daño renal determinado por microalbuminuria y ecografía, en la población Ecuatoriana. Debido a que luego de una revisión bibliográfica exhaustiva de la literatura no se encontraron trabajos de investigación que correlacionen estas variables.

Se recomienda que las autoridades competentes del Ministerio de Salud Pública, normaticen la aplicación de la escala de resiliencia en los pacientes hipertensos.

Se aconseja que las investigaciones posteriores, tengan una distribución homogénea por grupos etarios y sexo, considerando que en el presente estudio se obtuvo una distribución heterogénea de dichos parámetros.

Se sugiere la realización de estudios complementarios en esta área, con muestras más amplias, que incluyan casos y controles.

### Fuentes Consultadas

- Amar, J., Martínez, M., & Utria, L. (2013). Nuevo abordaje considerando la resiliencia. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* , 29 (1): 124-133.
- Armas, D., & Diaz, L. (2007). *Entre voces y silencios: Las Familias por dentro*. Quito: Cámara Ecuatoriana del Libro - Núcleo de Pichincha.
- Brix, C., Schleußner, C., Füller, J., Röhrig, B., Wendt, T., & Strauß, B. (2008). The need for psychosocial support and its determinants in a sample of patients undergoing radiooncological treatment of cáncer. *Journal of Psychosomatic Research* , 65(6), 541-548.
- Chobanian, A., Bakris, G., Black, H., Cushman, W., L. G., Izzo, J., y otros. (2003). Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* . , 42(6):1206-52.
- Coresh, J., Astor, B., Greene, T., Eknoyan, G., Levey A. (2003). Prevalence of chronic kidney disease and decreased kidney function in the adult US population: Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Kidney Dis* , 41:1-12.
- Cusumano, A., Garcia, G., Gonzalez, M. . (2016). The Latin American Dialysis and Transplant Registry (LDTR). . *J Nephrol world* . , 5 (5): 389-397.
- De La Sierra, A., Egocheaga, I., & Aguilera, T. (2008). Prevalencia y características clínicas de la microalbuminuria en la población española con hipertensión arterial. *Medicina Clínica* , 130(6): 201-205.
- Delgado, A., Sánchez, J., & Muñoz, H. (2003). Manejo de las crisis hipertensivas. *Med Integral* , 41(2):61-9.
- Eknoyan, G. (2003). On testing for proteinuria: Time for a methodical approach. *Cleve Clin J Med* , 70: 493- 501.
- Elzo, J. (2003). Tipología y socialización de las familias en España. . *Arbor* , 702: 205-229.

- European Society of Hypertension [ESH] & European Society of Cardiology[ESC]. (2013). 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). *J Hypertens.* , 31(7): 1281-357.
- Florentino, M. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma psicológica* , 15(1), 95-114.
- Flores, J., Alvo, M., Borja, H., Morales, J., Vega, J., Zúñiga, C., y otros. (2009). Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones. *Rev Méd Chile* , 137: 137-177
- Foley, R., Murray, A., Li, S., Herzog, C., McBean, A., Eggers, P, et al. (2005 ). Chronic kidney disease and the risk for cardiovascular disease, renal replacement, and death in the United States Medicare population, 1998 to 1999. *J Am Soc Nephrol.* , 16: 489-95.
- Freire, W., Ramírez, M., Belmont, P., Mendieta, M., M, S., Romero, N., y otros. (2014). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de 0 a 59 años. ENSANUT-ECU 2012.* Quito: Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadística y Censos.
- García, P., Urrego, J., D´ Achiardi, R., & Delgado, V. (2004). Hipertensión Arterial: Diagnóstico y Manejo. *Universitas Médica*, 45(2),77-84.
- Gauto, G. (2010). Resiliencia para reducir la vulnerabilidad a los riesgos de la vivienda pobre urbana. *Cuadernos geográficos de la Universidad de Granada* , 46, 233-255.
- González, L., Arratia, M., Valdez, J., & González, E. (2011). Resiliencia y Sentido de coherencia en adultos. *Memorias del Primer encuentro de investigación. La intervención de la Psicología en la Investigación* , 105-116.
- Gorostidia, M., R, S., R, A., G, F., J, G., Goicoecheaf, M., y otros. (2014). Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. *Nefrología (Madr.)* , 34:302-16.
- Gorriñ, M. (2009). La Ecografía Realizada Por El Nefrologo: Nuestra Experiencia. *NefroPlus* , 2:9-16.

- Grimm, H., Svendsen, K., Kasiske, B., Keane, F., & Wahi, M. (1997). Proteinuria is a risk factor for mortality over 10 years of follow-up. MRFIT Research Group. Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Kidney Int* , 63: S10-S14.
- Grotberg, E. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy: Cómo superar las adversidades*. Barcelona: Gedisa.
- Hackam, D., Quinn, R., Ravani, P., D, R., Dasgupta, K., Daskalopoulou, S., y otros. (2013). Guidelines The 2013 Canadian Hypertension Education Program (CHEP) Recommendations for Blood Pressure Measurement, Diagnosis, Assessment of Risk, Prevention, and Treatment of Hypertension. *Canadian Journal Cardiology* , 29:528-542.
- Hernández, R. (2014). *Metodología de la investigación (6ta ed.)*. México D.F.: McGraw Hill.
- Jabary, N., Martín, D., Muñoz, M., Santos, M., Herruzo, J., & Gordillo, R. (2006). Creatinina sérica y aclaramiento de creatinina para la valoración de la función renal en hipertensos esenciales. *Nefrología* , 26(1):65-73.
- Jones, C., M, F., M, E., Chabers, B., Coresh, J., Engelgau, M., y otros. (2002). Microalbuminuria in the US population: third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Kidney Dis* , 39: 445-59.
- Kralik, D. (2002). The quest for ordinariness: transition experienced by midlife women living with chronic illness . *Journal of Advanced Nursing* , 39(2), 146-154. .
- Lim, S., Vos, T., Flaxman, A., & Danaei, G. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* , 380(9859):2224-60.
- López, J., Duque, A., & Olivares, M. (2001). Guía clínica de la insuficiencia renal en Atención Primaria. *Nefrología* , 21 (5) 1-10.
- Luthar, S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. . En In D. Cicchetti y D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Risk, disorder and adaptation* (págs. (pp. 740-795). ). New York: Wiley.
- Luther, Cichetti, & Becker. (2000). The construct of Resilience: A critical Evaluation and guideline. *HHS Public Access* , 543.

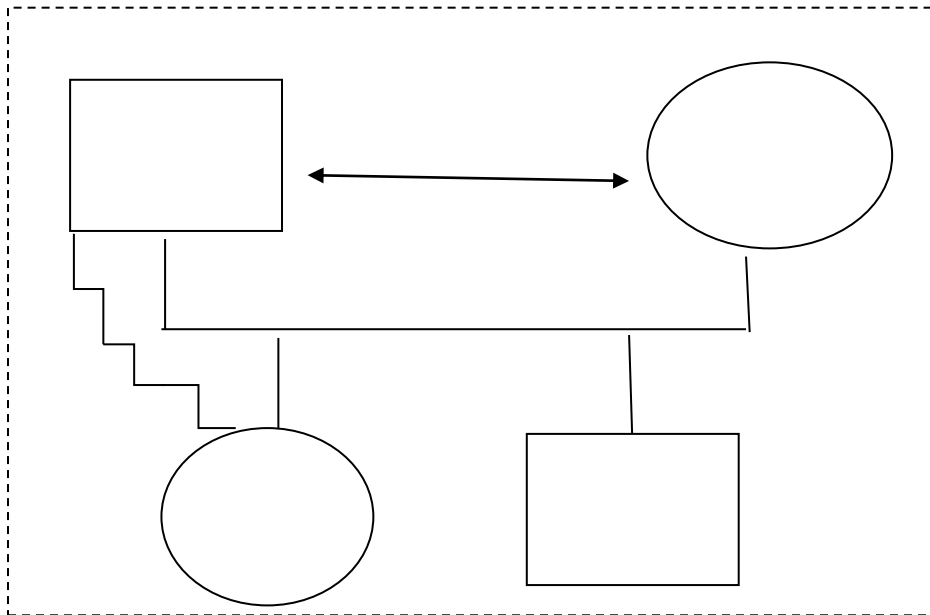
- Martínez, J. (Octubre de 2011). *La educación para una sociedad resiliente, en Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Recuperado el 2016 de Octubre de 25, de EUMED: [www.eumed.net/rev/cccss/14/](http://www.eumed.net/rev/cccss/14/)
- Medina, R., & García, M. (2005). La formación de competencias en la Universidad. . *Revista Electrónica Inter-universitaria de Formación del Profesorado* , 8(1), 1-4.
- Ministerio de Salud Pública de Ecuador. ( 2015). *Programa Nacional de Salud Renal*. Recuperado el 15 de Septiembre de 2016, de Ministerio de Salud Pública: [https://www.aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas\\_segui\\_miento/1469/Presentaci%C3%B3n%20Di%C3%A1lisis%20Criterios%20de%20Priorizaci%C3%B3n%20y%20Planificaci%C3%B3n.pdf](https://www.aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_segui_miento/1469/Presentaci%C3%B3n%20Di%C3%A1lisis%20Criterios%20de%20Priorizaci%C3%B3n%20y%20Planificaci%C3%B3n.pdf)
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. Gobierno de España. (Febrero de 2015). *Documento Marco Sobre Enfermedad Renal Crónica (Erc) Dentro De La Estrategia De Abordaje A La Cronicidad En El SNS*. Recuperado el 16 de Septiembre de 2016, de [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Enfermedad\\_Renal\\_Cronica\\_2015.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Enfermedad_Renal_Cronica_2015.pdf): [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Enfermedad\\_Renal\\_Cronica\\_2015.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Enfermedad_Renal_Cronica_2015.pdf)
- Munist, M., Kotliarenko, M., Suárez, O., Grotberg, E., OPS, OMS, y otros. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. Suecia: Autoridad Sueca para el desarrollo Internacional (ASDI).
- National Kidney Foundation. (2002). Guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. *Am J Kidney Dis* , 39(1): S1-S266.
- O'Neill, W. (2000). Sonographic Evaluation of Renal Failure. *Am J Kidney Dis* , 35:1021-38.
- Organización Mundial de la salud [OMS]. (2013). *Información general sobre la Hipertensión en el mundo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] y Comité de Evaluación Ética de la Investigación [CEI]. (s.f.). *Consentimiento Informado para Investigadores*. Recuperado el 25 de Octubre de 2016, de Pontificia Universidad Católica Del Ecuador: <http://www.puce.edu.ec/documentos/Consentimiento-Clinico.pdf>

- Otero, A., De Francisco, A., Gayoso, P., & F, G. (2010). Prevalence of chronic renal disease in Spain: results of the EPIRCE study. *Nefrología* , 30(1):78-86.
- Palomar, J., & Gómez, N. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos. *Rev. Interdisciplinaria* , 27(1): 7-22.
- Palomar, N., & Gómez, E. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos . *Interdisciplinaria* , 27:7-22.
- Pan American Health Organization [PAHO]. (2016). *Protocolo de Investigación: Guía para realizar investigaciones en el lugar*. Recuperado el 20 de Octubre de 2016, de Pan American Health Organization [PAHO]:  
[www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc...gid...](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc...gid...)
- Pelechano, V. (2008). *Enfermedades crónicas y Psicología*. Madrid: Klinik.
- Poortman, J., & Jeanloz, R. (1968). Quantitative immunological determination of plasma proteins excreted in human urine collected before and after exercise. *J Clin Invest* , 47: 386-93.
- Remor, E. (2008). Contribuciones de la Psicología Positiva al ámbito de la Psicología de la Salud y Medicina Conductual. En C. V. Hervás., :*Psicología Positiva Aplicada* (págs. pp. 191-216). Bilbao: DDB.
- Rubinstein, A., & Terrasa, S. (2006). *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria (2ª ed)*. Buenos Aires: Panamericana.
- Rutter, M. (1993). Resilience: some conceptual considerations. *J Adolesc Health* , 14(8): 626 - 31.
- Saavedra, E., & Villalta, M. (2008 ). Medición de las características resilientes: un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *liber* , 14 (14):32-40 .
- Salgado, A. (2005). Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana. *Liberabit* , 11(11), 41-48.
- Santín, J. (1999). *Hipertensión Arterial: Factores de Riesgo [Tesis Doctoral]*. Recuperado el 10 de Septiembre de 2016, de Biblioteca de la Universidad Complutense de Madrid:  
<http://www.biblioteca.ucm.es/tesis/19972000/D/1/D1055301.pdf>

- Teruel, J., Torrente, J., Fernández, M., R, M., E, G., S, Z., y otros. (2009). Valoración de la función renal e indicaciones para el inicio de diálisis. *Nefrología* , 29(1):38-43.
- Trujillo, M. (2006). *La resiliencia en la psicología social*. Recuperado el 15 de septiembre de 2016, de Psicología Online: [http://www.psicologia-online.com/articulos/2006/resiliencia\\_social.shtml](http://www.psicologia-online.com/articulos/2006/resiliencia_social.shtml)
- Wagnild, G., & Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement* . , 1: 165-178.
- Webster, S., Petrie, S., Jeffers, T., & Lovell, H. (1993). Accelerated hypertension patterns of mortality and clinical factors affecting outcome in treated patients. *Q J Med* , 86:485-493.
- Williams, G., & Hollemberg, N. (1990). Pathophysiology of essential hypertension,. En J. C. W. Parmley, *Cardiology* (pág. Capítulo 22). Philadelphia: Lippincott.

## Apéndice

### Anexo 1. Familiograma estructural y funcional (Ejemplo básico)



## Anexo 2. Escala De Resiliencia De Wagnild Y Young (1993)

Escala tipo Likert de dos factores: competencia personal y aceptación de sí mismo y de su vida. Alfa de Cron Bach de 0.94 para toda la escala para investigar: **RESPUESTA RESILIENTE INDIVIDUAL Y FAMILIAR VINCULADA CON DAÑO RENAL DETERMINADO CON MICROALBUMINURIA Y CON ULTRASONOGRAFIA EN ADULTOS HIPERTENSOS DE LA CLINICA DE CRONICOS METABOLICOS DEL CENTRO DE SALUD DE LOS ROSALES PERIODO: SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL AÑO 2016**

**Instrumento de medición de resiliencia** Código N° \_\_\_\_\_

**Instructivo:** Por favor conteste todas las preguntas que se presentan a continuación con absoluta seriedad y sinceridad. Encierre en un círculo donde usted crea conveniente, la información es estrictamente confidencial y anónima.

ITEMES	EN DESACUERDO				DE ACUERDO		
	1	2	3	4	5	6	7
1.- Cuando planeo algo lo realizo							
2.- Generalmente me las arreglo de una manera u otra							
3.- Dependo más de mí mismo que de otras personas							
4.- Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas							
5.- Puedo estar solo si tengo que hacerlo							
6.- Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida							
7.- Usualmente veo las cosas a largo plazo							
8.- Soy amigo de mí mismo							
9.- Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo							
10.- Soy decidido							
11.- Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo							
12.- Tomo las cosas una por una							
13.- Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente							
14.- Tengo autodisciplina							
15.- Me mantengo interesado en las cosas							

<b>16.- Por lo general encuentro algo de qué reírme</b>							
<b>17.- El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles</b>							
<b>18.- En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar</b>							
<b>19.- Generalmente puedo ver una situación de varias maneras</b>							
<b>20.- Algunas veces me obligo hacer cosas aunque no quiera</b>							
<b>21.- Mi vida tiene significado</b>							
<b>22.- No me lamento por las cosas por las que no puedo hacer nada</b>							
<b>23.- Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida</b>							
<b>24.- Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer</b>							
<b>25.- Acepto que hay personas a las que yo no les agrado</b>							

**Puntaje:** .....

**Nombre:** .....

**Fecha:** .....

**Anexo 3. Consentimiento Informado Para Participar En Estudio De Investigación Médica.**

**FORMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO para el estudio: RESPUESTA RESILIENTE INDIVIDUAL Y FAMILIAR VINCULADA CON DAÑO RENAL DETERMINADO CON MICROALBUMINURIA Y ULTRASONOGRAFIA EN ADULTOS HIPERTENSOS DE LA CLINICA DE CRONICOS METABOLICOS DEL CENTRO DE SALUD DE LOS ROSALES PERIODO: SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL AÑO 2016**

<b>NOMBRE</b>	<b>TITULO ACADÉMICO</b>	<b>UNIVERSIDAD/INSTITUCION</b>	<b>GRUPO</b>	<b>INFORMACION</b>
..... Tomas a Marisol Navarrete Suarez	Doctora en medicina y Cirugía	PUCE	Grupo de investigación "Los Rosales "	Dirección: Av. Abraham Calazacón y Rio Zamora, <a href="mailto:nmarysol5@gmail.com">nmarysol5@gmail.com</a> , teléfono 2762229/022750219 CS ROSALES. Director tesis: Ricardo Recalde 0995832207,PUCErickyrecalde@gmail.com

Este formulario de consentimiento informado se dirige a hombres y mujeres que son atendidos en la Clínica de Crónico Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, por medio del cual se les invita a participar en la investigación cuyo objetivo es Identificar Respuesta Resiliente Individual y Familiar vinculada con daño Renal determinado con Microalbuminuria y Ultrasonografía en Adultos Hipertensos de la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud de Los Rosales periodo Julio a Noviembre del año 2016

Línea de Investigación: Enfermedades Crónicas no transmisibles

**Parte 1: Información**

Yo soy la doctora Posgradista de medicina familiar y comunitaria, investigo para la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sobre Identificar Respuesta Resiliente Individual y Familiar vinculada con daño Renal Determinado con Microalbuminuria y Ultrasonografía en Adultos Hipertensos de la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud de Los Rosales periodo Septiembre a Diciembre del año 2016

El propósito de este documento de consentimiento es darle a conocer la información que necesite para ayudarlo a decidir en el caso que desee participar en el mismo. Por favor lea este documento. Puede hacer preguntas sobre el propósito del trabajo, lo que pediríamos de usted, los riesgos y los beneficios posibles, sus derechos como un participante voluntario y cualquier aspecto sobre el trabajo y sobre este documento. Cuando todas sus preguntas se hayan contestado, puede decidir si desea participar en este estudio; este proceso se llama “consentimiento informado”.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

### **PROCEDIMIENTO:**

Si elige a participar en este estudio, se le solicitara que responda al cuestionario para evaluar Resiliencia. Toda la información recolectada será a través de una hoja de recolección de datos (encuesta) se mantendrán anónimas, ya que cada persona tendrá un código

Por ejemplo, supongamos que hay un paciente llamado Juanito Pérez, para todos los análisis esta persona tendrá un código, que podría ser: 10304. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que recibe en la clínica y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

### **RIESGOS ASOCIADOS AL ESTUDIO**

Algunas personas sienten que proveer información para un trabajo de análisis es violar su privacidad, otras personas sienten que será utilizada esa información en otros análisis distintos al mencionado explícitamente; y, otras personas pueden pensar que con esa información se puede poner en peligro su vida y trabajo.

Como su obtención es el manejo de la muestra, por lo que existen normas estrictas para la correcta recogida, manipulación, transporte y conservación de la muestra, así como para su adecuado procesamiento en laboratorio. Para garantizar la seguridad la muestra de orina será matutina y se recogerá en el momento que el paciente llegue al laboratorio en un envase estéril.

Toda la investigación durará 6 meses, para lo cual necesitamos de su presencia para la realización del test.

### **BENEFICIOS DEL ESTUDIO**

Si usted participa en esta investigación tendrá los siguientes beneficios:

Este estudio ayudara a Identificar Respuesta Resiliente Individual y Familiar vinculada con daño Renal Determinado con Microalbuminuria y Ultrasonografía. Los pacientes Adultos Hipertensos con daño renal establecidos con microalbuminuria y con ecosonografía recibirán un cuestionario de 25 preguntas que deberán contestar, es un test sin costo para usted y los resultados obtenidos serán usados para respaldar la toma de decisiones tanto a nivel individual como al nivel del sistema de salud.

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial.

Se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

### **ACLARACIONES**

- ✓ Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- ✓ No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- ✓ Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- ✓ No tendrá que hacer gasto económico alguno durante el estudio.
- ✓ No recibirá pago por su participación
- ✓ En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- ✓ La muestra de material biológico será de exclusivo uso para la medición de microalbuminuria, el material sobrante será eliminado de manera apropiada según normas de bioseguridad.

## Parte II: Formulario de Consentimiento



### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título del Estudio: Identificar Respuesta Resiliente Individual y Familiar vinculada con daño Renal a Determinar con Microalbuminuria y Ultrasonografía en Adultos Hipertensos de la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud de Los Rosales periodo Septiembre a Diciembre del año 2016**

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del participante.

Fecha:

\_\_\_\_\_

C.I. \_\_\_\_\_

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He \_\_\_\_\_ explicado \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Sr(a).  
 \_\_\_\_\_ La naturaleza y los propósitos de la investigación; le explicado de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normativa correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

\_\_\_\_\_

**Anexo 4. Distribución de frecuencias por años de edad, en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016**

Edad (años)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
22	1	,5	,5
29	2	1,0	1,5
35	1	,5	2,0
37	1	,5	2,5
42	2	1,0	3,5
43	1	,5	4,0
44	1	,5	4,5
45	1	,5	5,0
46	2	1,0	6,0
47	2	1,0	7,0
48	5	2,5	9,5
49	5	2,5	12,0
50	4	2,0	14,0
51	6	3,0	17,0
52	3	1,5	18,5
53	6	3,0	21,5
54	4	2,0	23,5
55	6	3,0	26,5
56	2	1,0	27,5
57	5	2,5	30,0
58	8	4,0	34,0
59	8	4,0	38,0
60	7	3,5	41,5
61	4	2,0	43,5
62	7	3,5	47,0
63	8	4,0	51,0
64	5	2,5	53,5
66	5	2,5	56,0
67	7	3,5	59,5

68	11	5,5	65,0
69	6	3,0	68,0
70	5	2,5	70,5
71	7	3,5	74,0
72	9	4,5	78,5
73	2	1,0	79,5
74	2	1,0	80,5
75	5	2,5	83,0
76	6	3,0	86,0
77	1	,5	86,5
78	6	3,0	89,5
79	2	1,0	90,5
80	3	1,5	92,0
81	2	1,0	93,0
82	3	1,5	94,5
83	1	,5	95,0
84	1	,5	95,5
85	2	1,0	96,5
86	1	,5	97,0
87	2	1,0	98,0
89	2	1,0	99,0
91	1	,5	99,5
94	1	,5	100,0
Total	200	100,0	

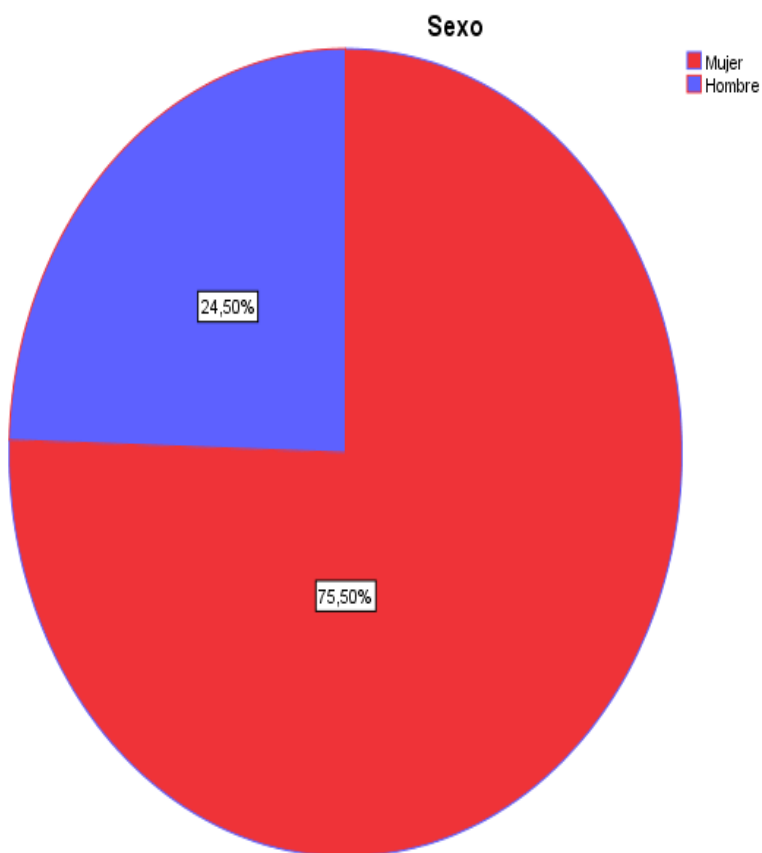
Elaborado por: Navarrete, (2016).

Fuentes: La Base de Datos

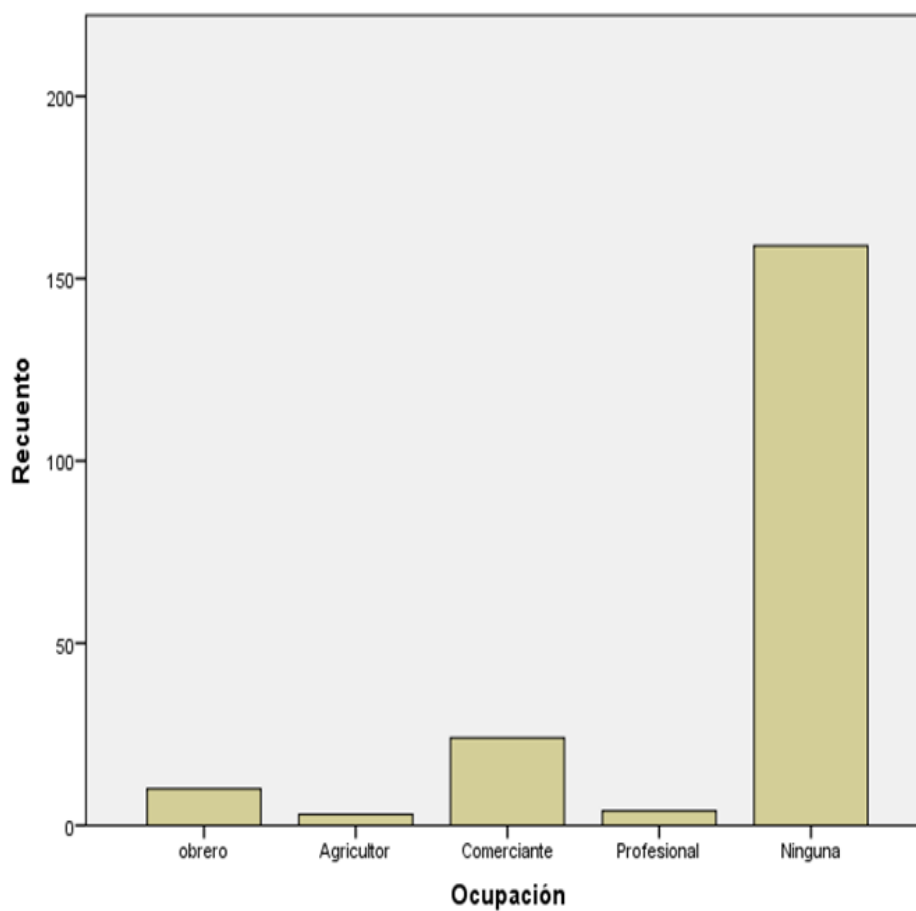
**Anexo 5. Distribución de frecuencias por sexo, en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016.**

**Elaborado por: Navarrete (2016)**

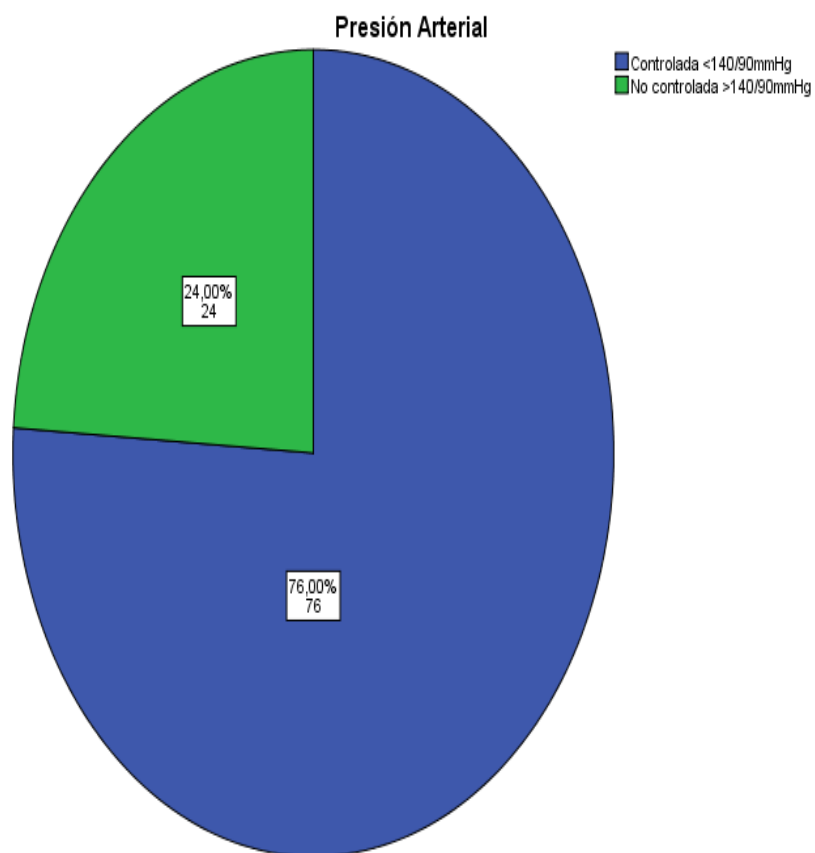
**Fuentes: La Base de Datos**



**Anexo 6. Distribución de frecuencias por tipo de ocupación, en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016.**  
Elaborado por: Navarrete, (2016) Fuentes: La Base de Datos



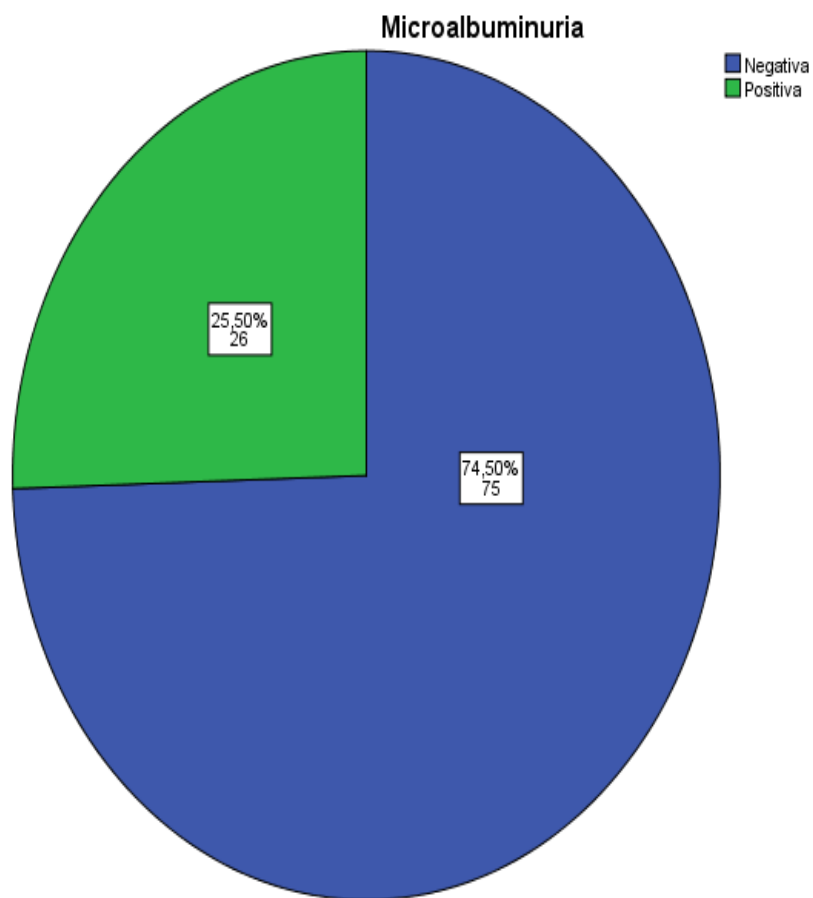
**Anexo 7. Distribución de frecuencias según valor de presión arterial, en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos el Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016 Fuente: Navarrete, (2016). Fuentes: La Base de Datos**



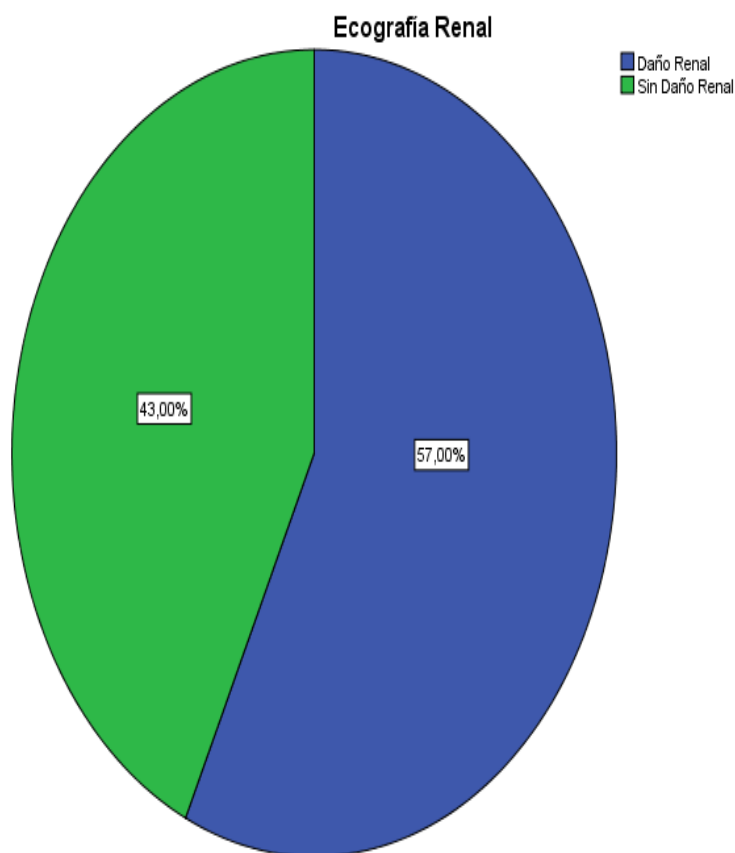
**Anexo 8. Distribución de frecuencias de microalbuminuria, en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 201.**

**Elaborado por: Navarrete (2016)**

**Fuentes: La Base de Datos**



**Anexo 9. Distribución de frecuencias de daño renal determinado por ecografía, en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016 Elaborado por: Navarrete, (2016). Fuentes: La Base de Datos**



**Anexo 10. Distribución de frecuencia del puntaje en Test de Resiliencia, en hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016 Elaborado por: Navarrete, (2016), Fuentes: La Base de Datos**

Puntaje Resiliencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
73,00	1	,5	,5
77,00	1	,5	1,0
78,00	2	1,0	2,0
79,00	1	,5	2,5
84,00	1	,5	3,0
85,00	1	,5	3,5
89,00	1	,5	4,0
95,00	2	1,0	5,0
97,00	1	,5	5,5
99,00	1	,5	6,0
102,00	1	,5	6,5
103,00	1	,5	7,0
105,00	1	,5	7,5
109,00	1	,5	8,0
113,00	1	,5	8,5
114,00	1	,5	9,0
115,00	2	1,0	10,0
116,00	1	,5	10,5
119,00	2	1,0	11,5
122,00	4	2,0	13,5
124,00	1	,5	14,0
125,00	2	1,0	15,0
126,00	2	1,0	16,0
127,00	2	1,0	17,0
128,00	5	2,5	19,5
129,00	3	1,5	21,0

130,00	5	2,5	23,5
131,00	2	1,0	24,5
132,00	2	1,0	25,5
133,00	6	3,0	28,5
134,00	5	2,5	31,0
135,00	3	1,5	32,5
136,00	3	1,5	34,0
137,00	4	2,0	36,0
138,00	13	6,5	42,5
139,00	2	1,0	43,5
141,00	3	1,5	45,0
144,00	1	,5	45,5
145,00	3	1,5	47,0
146,00	1	,5	47,5
148,00	2	1,0	48,5
149,00	1	,5	49,0
150,00	3	1,5	50,5
151,00	4	2,0	52,5
152,00	3	1,5	54,0
153,00	2	1,0	55,0
154,00	3	1,5	56,5
155,00	4	2,0	58,5
156,00	3	1,5	60,0
157,00	3	1,5	61,5
158,00	4	2,0	63,5
159,00	4	2,0	65,5
160,00	2	1,0	66,5
161,00	7	3,5	70,0
163,00	10	5,0	75,0
164,00	4	2,0	77,0
165,00	1	,5	77,5
166,00	5	2,5	80,0
167,00	4	2,0	82,0

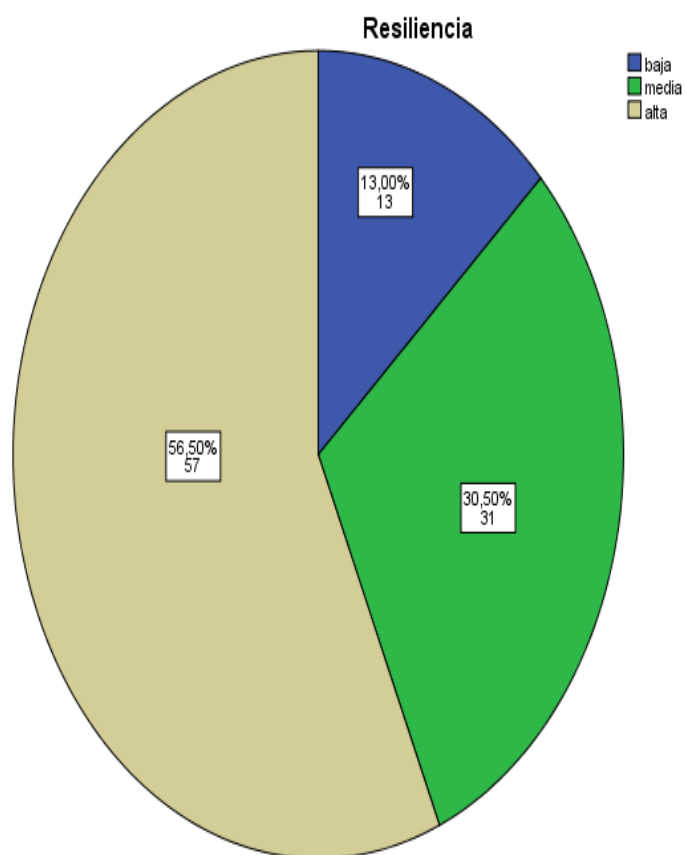
168,00	2	1,0	83,0
169,00	9	4,5	87,5
170,00	3	1,5	89,0
171,00	4	2,0	91,0
172,00	4	2,0	93,0
173,00	4	2,0	95,0
174,00	2	1,0	96,0
175,00	8	4,0	100,0
Total	200	100,0	

Elaborado por: Navarrete, (2016).

Fuentes: La Base de Datos

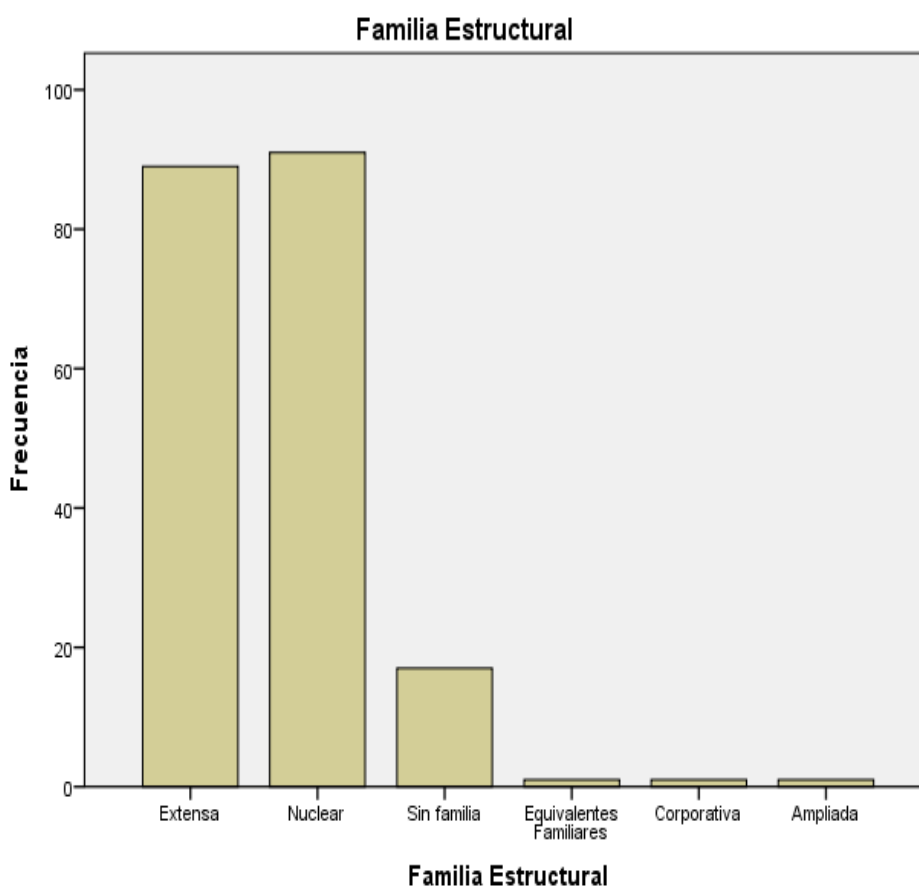
**Anexo 11. Distribución de frecuencia de Resiliencia, en los pacientes que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre-Diciembre, 2016.**

**Elaborado por: Navarrete, (2016). Fuentes: La Base de Datos**

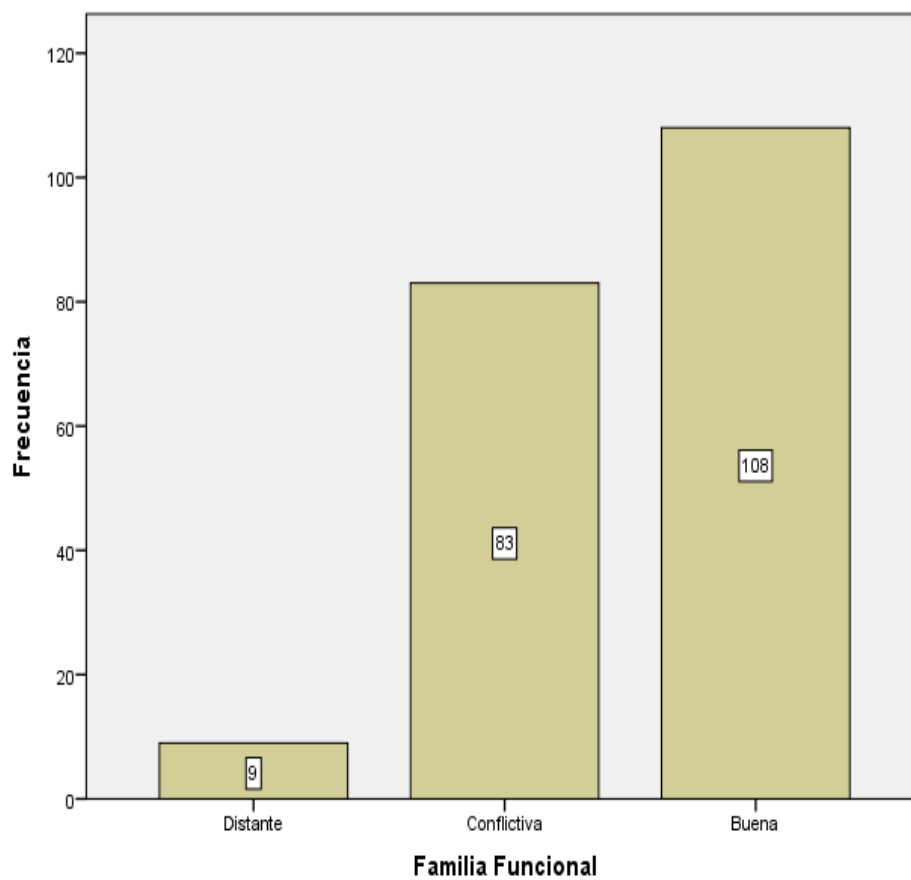


**Anexo 12. Distribución de frecuencia del tipo de familias según su estructura en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016.**

**Elaborado por: Navarrete, (2016). Fuentes: La Base de Datos**



**Anexo 13. Distribución de frecuencia de los tipos de familia según su clasificación funcional en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos el Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016.**  
**Elaborado por: Navarrete, (2016). Fuentes: La Base de Datos**



**Anexo 14. Distribución de frecuencia de los niveles de creatinina en los pacientes hipertensos que acudieron a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, Septiembre- Diciembre, 2016.**

**Elaborado por: Navarrete, (2016). Fuentes: La Base de Datos**

