

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA**



**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE APOYO SOCIO FAMILIAR DE
PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE 60 – 70 AÑOS Y
LA CARGA DE MEDICAMENTOS NECESARIOS PARA SU
CONTROL ÓPTIMO EN EL CENTRO DE SALUD CONOCOTO -
QUITO EN EL MES DE OCTUBRE 2018**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO
CIRUJANO**

AUTORA:

SUSANA ALEJANDRA SUNTAXI NAVARRETE

DIRECTOR:

DR. ANDRÉS VINUEZA AGUIRRE

QUITO, 2019

Dedicatoria

A mis queridos padres, quienes me han acompañado durante el camino recorrido en esta linda pero también larga carrera; los cuales con sus acciones y palabras de apoyo supieron reconfortarme en los momentos que más lo necesitaba, y que, con su ejemplo siempre me han demostrado que todo en la vida es posible si nos comprometemos y damos lo mejor de nosotros. El camino en esta carrera aún no acaba, pero espero seguirlos enorgulleciendo con cada paso que doy y que cada vez me acerca más a mi meta, una meta que con la bendición de Dios la cumpliremos juntos.

Agradecimiento

A Dios por ser mi fortaleza en los momentos difíciles; colmarme de bendiciones durante mi vida; y, demostrarme con pequeños ejemplos lo afortunada que soy con todo lo que tengo.

A mis padres, por su apoyo en cada paso que di, que gracias a los valores que me inculcaron, aprendí a no darme por vencida, que pese a las adversidades siempre se debe seguir adelante; porque los únicos límites que existen son los que nos ponemos nosotros mismos.

Al Doctor Andrés Vinueza, quien supo guiarme en todo este proceso, que con su ejemplo me enseñó la importancia de la humildad y amabilidad con los pacientes y que, a veces, las palabras logran sanar más que una medicina.

A la Doctora Karen Zambrano, quien, muy amablemente, me permitió realizar mi tesis en el Centro de Salud Conocoto. Y a todo el personal del Centro, quienes durante el periodo que compartí con ellos, fueron personas muy amables y siempre tuvieron una palabra de aliento.

A mis amigos, si bien durante esta carrera afronté momentos difíciles, siempre fueron más llevaderos al lado de ustedes; me enseñaron a disfrutar la vida mientras alcanzo mis metas.

TABLA DE CONTENIDO

Índice de tablas.....	5
Índice de figuras.....	6
Resumen	7
Capítulo I. Introducción.....	10
Capítulo II. Revisión bibliográfica.....	14
1. Hipertensión	14
1.1 Introducción.....	14
1.2 Manejo de la enfermedad.....	24
1.3 Apoyo sociofamiliar.....	33
Valoración socio familiar.....	47
Capítulo III. Métodos.....	53
1. Justificación	53
2. Problema de investigación.....	56
3. Objetivos	57
4. Hipótesis	57
5. Metodología	58
Tipo de estudio.....	58
Operacionalización de variables del estudio	58
Muestra	60
Plan de análisis de datos.....	62
6. Aspectos bioéticos	62
Capítulo IV. Resultados	64
Capítulo V. Discusión y limitaciones	80
Capítulo VI. Conclusiones y recomendaciones.....	85
Conclusiones	85
Recomendaciones.....	87
Bibliografía.....	89
Anexos.....	114
Anexo I. Herramienta para recolección de datos.....	114
Anexo II. Consentimiento informado.....	118

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de la hipertensión arterial.....	15
Tabla 2. Intervenciones no farmacológicas probadas para la prevención y tratamiento de la Hipertensión	25
Tabla 3. Composición de la dieta DASH.....	26
Tabla 4. Metas de tratamiento para hipertensos.....	29
Tabla 5. Operacionalización de variables	59
Tabla 6. Criterios de inclusión y exclusión para el estudio.....	61
Tabla 7. Frecuencias y porcentajes de la variable sexo	64
Tabla 8. Tipo de terapia prescrita a los pacientes del estudio	64
Tabla 9. Presencia de comorbilidades en los pacientes	68
Tabla 10. Control de la enfermedad.....	69
Tabla 11. Situación de apoyo socio familiar. Escala de Gijón.....	69
Tabla 12. Descripción de la situación familiar de los pacientes estudiados .	70
Tabla 13. Situación de apoyo socio familiar en relación al control de la enfermedad.....	73
Tabla 14. Situación de apoyo socio familiar en relación a la terapia.....	74
Tabla 15. Tipo de terapia en relación al control de la enfermedad	74
Tabla 16. Situación de apoyo socio familiar en relación a la presencia a no de comorbilidades.....	75
Tabla 17. Relación entre el sexo de los pacientes con la situación de apoyo socio familiar	76

Tabla 18. Relación entre la situación de apoyo socio familiar y el control de peso de los pacientes	76
Tabla 19. Relación entre la situación de apoyo socio familiar y la práctica de ejercicio.....	77
Tabla 20. Relación entre la situación de apoyo socio familiar y la dieta consumida por los pacientes	78
Tabla 21. Relación entre la situación de apoyo socio familiar y los controles médicos a los que acuden los pacientes anualmente.....	79

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Recomendaciones para el abordaje de la hipertensión	28
Figura 2. Distribución de medicamentos prescritos a los participantes del estudio	65
Figura 3. Distribución del control de peso en los pacientes	65
Figura 4. Ejercicio realizado por los pacientes.....	66
Figura 5. Tipo de dieta consumida por los pacientes.....	67
Figura 6. Número de controles anuales en Medicina Familiar realizados por los pacientes.....	68
Figura 7. Descripción de las relaciones sociales de los pacientes estudiados	71
Figura 8. Descripción del apoyo de la red social.....	72

RESUMEN

La hipertensión arterial (HTA) se considera como la elevación mantenida de las cifras de la presión arterial ya sea sistólica, diastólica o ambas. Existen varios factores de riesgo de la enfermedad como el Índice de Masa Corporal, la actividad física, la alimentación, entre otros, sin embargo, existen otros componentes que cada vez se han ido analizando como importantes dentro de la enfermedad, como es el apoyo socio familiar, es decir el apoyo del que dispone el paciente de su familia, las relaciones sociales, así como su situación ante la cual enfrenta la enfermedad, factores que pueden tener un efecto en los niveles de la enfermedad. Es por ello que la presente investigación ha tenido como objetivo, determinar si existe una relación entre el nivel de apoyo socio familiar de pacientes con hipertensión arterial y la carga de medicamentos necesarios para su control óptimo, estableciendo como hipótesis que un buen nivel de apoyo socio familiar en los pacientes con HTA ayuda a un mejor control de las cifras tensionales, y, por tanto, es necesario cargas menores de medicamentos para su control óptimo en los pacientes estudiados.

La investigación se realizó con una muestra de 278 pacientes. La herramienta utilizada para evaluar la situación socio familiar fue la Escala de valoración socio familiar de Gijón, y para recolectar otros datos sobre la enfermedad se usó la ficha médica de los pacientes que asistieron el mes de octubre de 2018 al Centro de Salud Conocoto en Quito.

En la investigación se demostró que existe dependencia entre las variables de estudio: relación entre la situación socio familiar y la carga de medicamentos, con un valor $p < 0,05$. Al analizar la relación de la situación socio familiar con otras variables, solamente se demostró relaciones significativas con el control de la enfermedad y el sexo de los pacientes; las demás variables en estudio no reflejaron significancia estadística. De esta manera, se verificó la hipótesis planteada, determinándose para el grupo en estudio que la situación socio familiar sí tiene un efecto sobre la carga de medicamentos y la condición de la enfermedad.

Palabras clave: hipertensión arterial, carga de medicamentos, situación socio familiar, escala de Gijón.

ABSTRACT

The high blood pressure is considered as the elevation maintained by figures of the blood pressure being as either systolic, diastolic, or both. There are many risk factors for the disease such as body mass index, physical activity, nutrition, amongst others, nevertheless, there are many other components that each time are being much more considered as important within the condition. The other components are as following: the socio-family support (the support that the family provides to the patient), social relations, just like his/her situation who is confronting the condition, factors that could have an effect on the levels of this condition, is because of this that the present investigation has

had an objective to determine if there is an existing correlation between the socio-family support situation of the patients with High Blood pressure and the medication amount necessary for his/her optimal control. One hypothesis can be conceived is that there is a decent level of social-family aid amongst patients with High Blood pressure helps a better control of blood pressure figures, furthermore, it is necessary there are a less medication amount for their optimal control.

The investigation was conducted with a total of 278 participants. The assessment that was used to evaluate the socio-family situation was from the scale of social-family evaluation of Gijón, other data about the disease were obtained from the patients' medical file that were about the patients assisted to the health center in Conocoto-Quito in the month of October 2018.

In the investigation, it was shown that there is dependency between the study's variables as follows: relationship between the socio-family situation and the medicine amount with a value of $p < 0.05$. Analyzing this given situation with other variables, it was shown only significant relationships with the control over the condition of the disease and with the sex of patients. The rest variables did not show any statistical significant relationship. Ultimately, the established hypothesis was confirmed proceeding to a determination for the studied group, that the socio-family situation indeed has an effect over the pharmaceutical amount and the condition of the disease.

Key words: High blood pressure, medication amount, socio-family situation, scale of Gijón.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una de las enfermedades principales en el mundo, que menoscaba la salud individual, a su vez repercute en gran medida en el núcleo familiar. Por sí sola constituye una enfermedad, pero a la vez es un factor importante que se asocia al riesgo cardiovascular (RCV). (Montes de Oca-Rodríguez & Viquillón-Gómez, 2016).

La HTA es una enfermedad crónica, la padecen más de un tercio de la población, la cual debe ser tratada en asociación a los factores de riesgo existentes, mismos que pueden llevar a una muerte prematura (González, 2011). Una enfermedad que la padecen mil millones de personas en el mundo y es la causa de muerte cerca de nueve millones de individuos anualmente, siendo por ello uno de los desafíos de salud más importantes a nivel mundial (Darwin & Tapia, 2016).

La HTA representa, en la actualidad, un problema de salud pública global. Es causa de morbilidad y de discapacidad importante en la mayoría de las naciones, con una mayor prevalencia en países que tienen ingresos económicos medianos o bajos; constituye el mayor factor de riesgo modificable para prevenir la cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebro vascular, insuficiencia renal y enfermedad vascular periférica. Al ser una enfermedad compleja, para el manejo y prevención de esta, es necesario un trabajo en equipo, donde deben intervenir instituciones

de salud, el gobierno, unidades académicas y la sociedad (Organización Mundial de la Salud, 2013).

La HTA es una enfermedad silenciosa que en muy pocas ocasiones, evidencia síntomas en etapas tempranas; para su manejo es fundamental el uso de tratamientos farmacológicos, así como de medidas no farmacológicas para lograr un cambio en el estilo de vida, con lo cual se consigue mejorar la calidad de vida de los pacientes (OMS , 2013). Es por eso que se propone determinar si existe relación, entre el nivel de apoyo socio familiar de pacientes con HTA y la carga de medicamentos necesarios para su control óptimo; el apoyo familiar puede favorecer a los cambios en el estilo de vida del paciente, al contribuir con una mejor alimentación, a un mayor cuidado, mejoría en el estado anímico y una mejor adherencia a los tratamientos, lo cual permite sobrellevar de mejor manera esta enfermedad.

La clasificación para HTA de mayor reconocimiento, al momento, es la propuesta en la Guía del American College of Cardiology y la American Heart Association (ACC-AHA), la cual plantea clasificar como: “presión arterial (PA) normal, PA elevada o HTA en etapas 1 o 2. La PA normal se define como $<120 / <80$ mmHg; PA elevada $120-129 / <80$ mmHg; la etapa 1 de HTA es $130-139$ o $80-89$ mmHg, y la etapa 2 de HTA es ≥ 140 o ≥ 90 mmHg”. Es importante que antes de etiquetar a una persona con HTA, se haga un diagnóstico adecuado con un promedio de presiones, basado en ≥ 2 lecturas obtenidas en ≥ 2 ocasiones (American College of Cardiology, 2017).

El apoyo familiar que recibe el paciente hipertenso, ha tenido una relación directa con el control adecuado de la PA, por el contrario, se evidencia que, un paciente con problemas familiares, desarrolla una situación de ansiedad y estrés que resulta en un control inadecuado de la presión, un desinterés en el autocuidado del paciente y en general, un deterioro en su estado de salud (Dos Santos Costa & Tolstenko Nogueira, 2008).

La HTA, como enfermedad crónica, repercute en las familias. En los países de ingresos bajos las personas no buscan tratamiento para la HTA; los hogares destinan sus recursos para la hospitalización del paciente y la atención durante las complicaciones. Los gastos a los cuales se afrontan son continuos y largos, los tratamientos y complicaciones que se dan en la familia, llevan a que los familiares opten por gastar todos sus recursos por mantener la salud del ser querido (Organización Mundial de la Salud, 2011).

En el tratamiento farmacológico de los hipertensos, también tiene gran importancia el aspecto socio – económico, ya que una inestabilidad financiera dificulta el acceso a medicamentos, e incluso, desencadena un estrés emocional, que conlleva a una alteración en las cifras de la PA (Dos Santos Costa & Tolstenko Nogueira, 2008).

El apoyo de la familia es esencial, puesto que el tratamiento no farmacológico implica, dentro de otros, una dieta saludable con reducción del consumo de sal, aumento de consumo de alimentos como frutas y verduras; la recomendación de realizar regularmente ejercicio físico durante al menos 30 minutos y por lo menos 5 veces a la semana para mantener el peso corporal;

sugerencias que deben realizarse para mejorar el estado de salud del paciente; razón por la cual, la familia se convierte en el pilar fundamental para el cambio de estilo de vida de las personas, a través de su apoyo emocional. El proceso educativo y de formación al interior del grupo familiar, favorecerá el acompañamiento y apoyo en momentos de crisis, disminuyendo la angustia a lo desconocido del paciente y también la carga emocional de la familia. A este respecto, es necesario reconocer que la red familiar es el grupo de apoyo primario por excelencia de pacientes con HTA. La familia debe ser preparada para comprender que cada individuo enfrenta, de manera particular y variada el diagnóstico de su enfermedad y que, cada miembro de la familia, también aborda desde su perspectiva y sensibilidad individual las dolencias de uno de sus miembros (García R. , 2007) (Organización Mundial de la Salud, 2013).

CAPÍTULO II. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1. HIPERTENSIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN

La HTA se define actualmente con valores iguales o superiores a 130mmHg en la lectura de la PA sistólica (PAS), o valores iguales o superiores de 80mmHg para la PA diastólica (PAD). Estos cambios modifican la concepción antigua de valores o cifras tensionales iguales o superiores a 140/90mmHg. (American College of Cardiology, 2017).

Por otro lado, la guía propuesta por la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) del 2018, se mantiene con los conceptos anteriores; definiendo HTA como cifras tensionales mayores o iguales de 140/90 mmHg (ESC/ESH, 2018); concordando con los valores presentados por el JNC8 (Eighth Joint National Committee). En la Tabla 1, se puede observar una comparación entre distintas guías internacionales en cuanto a la definición de HTA.

En Ecuador, para definir HTA las cifras de PA deben ser iguales o mayores de 140/90 mmHg, tomando en cuenta que, si existe comorbilidades como diabetes o enfermedad renal crónica, se tomará como referencia el valor de 130/80 mmHg o más (MSP, 2011).

Tabla 1. Clasificación de la hipertensión arterial

GUÍA	ESC/ESH 2018	AHA/ACC 2017	JNC8 2014
PRESIÓN ARTERIAL ÓPTIMA	PAS < 120mmHg y PAD < 80mmHg		
PRESIÓN ARTERIAL NORMAL	PAS 120-129mmHg y/o PAD 80-84mmHg	PAS < 120mmhg y PAD < 80mmhg	PAS < 120mmhg y PAD < 80mmhg
PRESIÓN ARTERIAL ALTA	PAS 130-139mmHg y/o PAD 85-89mmHg	PAS 120-129mmHg y PAD <80mmHg	PREHIPERTENSIÓN* PAS 120-139mmHg y/o PAD 80-89mmHg
HTA	ESTADÍO 1 PAS 140-159mmHg y/o PAD 90-99mmHg	ESTADÍO 1 PAS 130-139mmHg o PAD 80-89mmHg	ESTADÍO 1 PAS 140-159mmHg o PAD 90-99mmHg
	ESTADÍO 2 PAS 160-179mmHg y/o PAD 100-109mmHg	ESTADÍO 2 PAS ≥140mmHg o PAD ≥ 90mmHg	ESTADÍO 2 PAS ≥160mmHg o PAD ≥ 100mmHg
	ESTADÍO 3 PAS ≥180mmHg y/o PAD ≥110mmHg		
HTA SISTÓLICA AISLADA	PAS ≥140mmHg y PAD <90mmHg	PAS ≥140mmHg y PAD <90mmHg	PAS ≥140mmHg y PAD <90mmHg
* La Guía JNC8 aún mantiene el concepto de Prehipertensión, mientras que las guías de la AHA/ACC y ESC/ESH manejan el concepto de presión arterial alta. PAS (Presión arterial sistólica); PAD (Presión arterial diastólica); HTA (Hipertensión)			

Fuente: Guías para el manejo de Hipertensión AHA/ACC, ESC/ESH, JNC8
Elaboración: Alejandra Suntaxi, 2018

EPIDEMIOLOGÍA

Sobre la base de los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel global, el número de personas que padecen HTA se ha duplicado en los

últimos cuarenta años. Estas estadísticas oficiales evidencian que la HTA, representa significativamente una problemática de salud pública a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2013).

En las estadísticas reportadas se observa una tendencia decreciente en la prevalencia de HTA, en regiones como Australia, Europa Occidental y Norteamérica, mientras que todo lo contrario se observa en regiones como el África subsahariana, el sur de Asia y Europa del Este. Esta realidad permite concluir que en las regiones con una economía en crisis, o en países en vías de desarrollo, se evidencia una mayor prevalencia de HTA (SEH-LELHA, 2016).

Estimaciones globales, sostienen la existencia de treientos treinta y tres millones de pacientes adultos hipertensos, en países de altos ingresos de Norteamérica y Europa. Para el año 2003, se registraron seiscientos treinta y nueve millones de pacientes hipertensos, en países en vías de desarrollo. Actualmente, el 40% de los españoles adultos cursan con la enfermedad, mientras que en Gran Bretaña afecta al 29 % de la población adulta (Montes de Oca-Rodríguez & Viquillón-Gómez, 2016).

Para el 2025, si las condiciones de consumo y salud no mejoran, se presume que existirán alrededor de 750 millones de hipertensos no controlados en el mundo (Franco, Peetera, & Bonneaux, 2011).

La HTA representa el diagnóstico primario más común en América, esta enfermedad afecta a cerca de cincuenta millones de ciudadanos de los

Estados Unidos, donde se revelaron más de quince mil casos de insuficiencia renal, asociados clínicamente a esta dolencia. En Canadá existe una prevalencia del 21% para esta enfermedad. En países como Venezuela, con aproximadamente más de veinte y seis millones de habitantes, el 32,4% de los mismos presentan esta enfermedad. De esa cifra, 47% asumen su padecimiento y sólo el 37% se encuentran medicados, pero apenas el 8,7% están debidamente controlados. En Chile, según datos de la Encuesta Nacional de Salud, existe una prevalencia de 33.7% de personas con HTA (López-Jaramillo, 2013).

En América Latina y el Caribe en general, entre el 20% y 35% de la población adulta tiene HTA. El incremento de personas con esta patología, se acrecentó en los últimos años, pero aún son muchos quienes desconocen de esta enfermedad y los efectos que tiene a largo plazo (OMS , 2017).

El estudio RENATA (Registro Nacional de Hipertensión Arterial), realizado en Argentina, reportó una prevalencia de 33.5% de HTA en la población estudiada, evidenciando una relación directa conforme el aumento de la edad, es así que las personas menores de 35 años, registran una prevalencia de 11.1%, mientras que en mayores de 65 años, existió una prevalencia de 68.5% (Marin, Fabregues, & Rodriguez, 2012).

En el Ecuador, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Y Nutrición – Ecuador 2013, la prevalencia de HTA fue de 9.5% en la población estudiada de 18 a 59 años, siendo 7.5% en mujeres y 11.2% en hombres. Dentro de la misma encuesta se reporta que, de las personas que padecen HTA, el 57%

no estaba bien informado sobre su condición, de las personas que si conocían sobre su enfermedad, el 48.7% no había podido acceder a medicación en las últimas dos semanas, lo cual, sin duda, es un dato preocupante y llama a mejorar el trabajo en cuanto al acceso a la salud pública. (ENSANUT-ECUADOR, 2013).

La OMS afirma que, de cada 100 000 ecuatorianos, 1 373 sufren HTA. Esto coincide con los datos reportados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos, donde se reportó que 717 529 personas de 10-50 años presenta cifras elevadas de PA (OPS Ecuador, 2015). En el año 2011, se registraron 10 429 casos de enfermedades hipertensivas a nivel nacional, dentro de estas la HTA primaria representó el mayor número de casos (Galárraga Sánchez, 2014).

En Cuenca, de acuerdo con el estudio realizado por Ortiz & col. en el 2013, la prevalencia de HTA llega al 25.79% de la población en las parroquias urbanas, siendo 14.78% de pacientes diagnosticados previamente y un 11.01% de casos nuevos, dentro de los pacientes que sufren la enfermedad, el 61.7% se encontraba bajo un control adecuado, según los criterios de las guías JNC8, para el manejo de pacientes hipertensos (Ortiz Benavides, 2014).

El estudio realizado en el periodo septiembre a noviembre de 2016, en el Centro de Salud Conocoto, en Quito – Ecuador, revela una prevalencia de HTA de 72% en personas adultas mayores (Espín & Bonifaz, 2017).

Un estudio descriptivo realizado, el Centro de Salud de Conocoto – Quito, donde se estudiaron 241 pacientes, reportó una prevalencia de HTA ligeramente mayor en mujeres (53.3%) que en hombres (46.5%), de las personas estudiadas, el 55.6% no poseía un trabajo remunerado. Del total de la muestra, el 85.1% se encontraba en control de la enfermedad; en su mayoría bajo un manejo a base de monoterapia, siendo los Antagonistas del Receptor de Angiotensina II (ARA II) los medicamentos recetados con mayor frecuencia, seguidos por los Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA) (Simbaña, 2018).

FISIOPATOLOGÍA

La PA es el resultado de la relación entre gasto cardíaco y resistencia vascular periférica, a su vez el gasto cardíaco se determina por el volumen sistólico y la frecuencia cardíaca, cualquier factor que incida sobre éstos, alterará la PA. A continuación, se presentan mecanismos implicados en el control de la PA (HARRISON, 2012).

- **Volumen intravascular.-** El aumento del volumen intravascular incide en el gasto cardíaco, elevando la PA. El volumen intravascular puede aumentar en situaciones donde el consumo de cloruro de sodio sea excesivo, rebasando la capacidad de eliminación por los riñones (HARRISON, 2012).
- **Sistema Nervioso.-** El sistema nervioso autónomo regula la PA, mediante catecolaminas que cumplen mecanismos de contracción o dilatación; también existe la regulación por los barorreceptores, los

cuales reaccionan frente al estiramiento, es así que, frente al incremento de la PA, aumentará la velocidad de descarga de impulsos de los receptores y como consecuencia disminuirá la función simpática haciendo que descienda la PA (HARRISON, 2012).

- **Sistema Renina – Angiotensina – Aldosterona (SRAA).**- Es un sistema complejo, en el cual al final se generan, angiotensina II que contribuye con la vasoconstricción y aldosterona que favorece la retención de sodio. El proceso comienza con la liberación de renina a nivel renal, frente a estímulos, como un menor transporte de cloruro de sodio en la rama ascendente gruesa del asa de Henle, la disminución de la presión en la arteriola renal aferente y estimulación de los receptores adrenérgicos β_1 . (HARRISON, 2012).

FACTORES DE RIESGO

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), señala algunos factores que inducen la aparición de la HTA, algunos de estos no pueden modificarse, como la edad, cuyo avance favorece el incremento de la PA. Es así que, personas que antes de los 55 años eran considerados normotensos, con el paso de los años, tienen un 90% de probabilidad de riesgo de desarrollar HTA. En personas de etnia afrodescendiente, la HTA registra una prevalencia más alta y a su vez un pronóstico desfavorable para la incidencia sobre órganos diana (Montes de Oca-Rodríguez & Viquillón-Gómez, 2016).

Los factores de riesgo modificables, están involucrados con el estilo de vida de los individuos, donde juegan un papel importante los hábitos alimentarios,

aspectos ambientales, riesgos psicosociales, sedentarismo, el estrés, la obesidad, tabaquismo, el alcoholismo, la drogadicción, el consumo excesivo de café y de sal, que facilitan las condiciones para la aparición de la HTA (Montes de Oca-Rodríguez & Viquillón-Gómez, 2016).

Factores no modificables

- **Edad.** - La edad es uno de los factores de riesgo no modificable para el aumento de la PA, en otras palabras, al envejecer se incrementan las lecturas tensionales (Mayo Clinic, 2018).
- **Etnia.**- Se ha encontrado mayor prevalencia de HTA en personas de etnia afrodescendiente, así se evidencia en la “Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición III” (NHANES III), realizada en Estados Unidos, donde se reporta que las personas afrodescendientes tienen una prevalencia de HTA de 40.5%, en comparación a una prevalencia de 27.4% encontrada en individuos blancos y de un 25.1% de la encontrada en latinos (National Center for Health Statistics, 2014).
- **Género.** - En personas de edad avanzada se ha observado una mayor prevalencia de HTA en mujeres, debido a la disminución de estrógenos, los cuales han mostrado contribuir en la modulación del SRAA (Zilberman & Del Sueldo, 2016).
- **Factores genéticos.** - Se considera que esta enfermedad es de origen poligénico, sobre la cual actúan varias condiciones del medio ambiente. Los genes con mayor relación para la presencia de HTA, son los que intervienen en mecanismos del SRAA, del angiotensinógeno o de la

enzima convertidora de angiotensina, así como del receptor AT1 de la aldosterona y receptores β 2 adrenérgicos (HARRISON, 2012).

Factores modificables

- **Índice de masa corporal (IMC).**- En relación con el peso de los pacientes, se ha demostrado que mientras más alto sea el IMC existe un mayor riesgo de tener HTA, el estudio de Framingham menciona que de los casos reportados de HTA, ya sea en hombres o mujeres alrededor del 70% y 61% respectivamente, se asocian a un exceso de peso, siendo así que por cada 5kg que una persona aumente de peso, se incrementará también la PAS en 4.5mmHg (López de Fez, Gaztelu, Rubio, & . Castaño, 2004).
- **Actividad física.**- Beunza en su estudio en la Universidad de Navarra, reportó que las personas que tienen un estilo de vida sedentario, pasando la mayoría del tiempo en un auto o frente a un computador, tienen un 50% más riesgo de padecer HTA. Dentro del mismo trabajo se demostró que hacer ejercicio físico aeróbico, de manera regular reducía hasta un 6.9mmHg las cifras de PA (Beunza Nuin, 2007).
- **Alimentación.**- Uno de los factores de los que más se habla en cuanto a cambios en la alimentación es del consumo de sal; estudios revelan que el consumo excesivo de sal en la dieta, a largo plazo se asocia con un 1.09 riesgo mayor de desarrollo de HTA, en comparación con personas que consumen una dieta hiposódica (Sociedad Murciana de Hipertensión y riesgo cardiovascular, 2008).

- **Consumo de alcohol.-** Núñez-Córdoba en su estudio, recalca la relación del consumo de alcohol con la incidencia de la HTA, obteniendo que las personas que consumían alcohol más de 5 veces por semana tenían 1.45 veces más riesgo de padecer HTA que los que se abstenían (Jorge M Núñez-Córdoba a, 2009).

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de HTA, acorde con las recomendaciones de la guía ACC/AHA 2017, se realiza mediante la obtención de tomas de PA con equipos calibrados adecuadamente y de alta calidad; de la misma manera destaca la importancia que tiene el reposo del paciente, previo a la medición de sus valores, que debe determinarse en varias oportunidades, por lo menos en dos consultas, y durante la consulta médica varias mediciones de la PA. (American College of Cardiology, 2018).

En vista a que las mediciones en el consultorio, han mostrado alteraciones respecto a los valores que normalmente maneja una persona en su vida cotidiana, se recomienda que, para determinar un diagnóstico de HTA, se cuente con mediciones de PA en un espacio diferente al consultorio médico. En tal sentido, se admite que la auto-medición de la PA es más versátil y disponible que el monitoreo ambulatorio de la PA de 24 horas. La propuesta de la guía, prevé un lapso de 7 días con dos mediciones en la mañana y en la noche, previo a la ingesta de los medicamentos (American College of Cardiology, 2018).

1.2 MANEJO DE LA ENFERMEDAD

1.2.1 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Los cambios en los hábitos del estilo de vida representan el fundamento en la prevención y tratamiento de la HTA; y, por tanto, en la disminución del RCV asociado. Estos cambios en el paciente como a nivel comunitario, son considerados como prioritarios para prevenir la HTA y sus posteriores complicaciones (Gijón-Conde, y otros, 2017; Guija-Villa, 2017).

La mayoría de estos cambios son de carácter conductual y requieren del apoyo de todo el grupo familiar para lograr un éxito, no solo en la prevención sino en el control y mantenimiento del paciente hipertenso.

Las intervenciones y alternativas terapéuticas no farmacológicas, son provechosas y de mucha utilidad e integran y complementan el tratamiento de la HTA, aun en pacientes con tratamiento farmacológico. Una de las alternativas no farmacológicas que ha tenido mucho éxito en el control de la HTA, en pacientes hipertensos con tratamiento farmacológico, ha sido una dieta reducida en su contenido de sodio. Se ha evidenciado que todos los fármacos suministrados en el tratamiento de la HTA, ven incrementada su eficacia al complementarlos con una dieta hiposódica (Soto, 2018). A continuación, se presenta en la Tabla 2 las intervenciones no farmacológicas probadas para la prevención y tratamiento de la HTA.

Mantener una ingesta de sodio para conseguir el objetivo propuesto, no pareciera complicado, al considerar que gran parte del sodio ingerido

diariamente procede de alimentos que han sido producidos industrialmente, siendo cerca del 75%. Por tanto, evitando su consumo habitual y disminuyendo la adición de sal a los alimentos ya servidos, sería suficiente para disminuir el consumo diario de sodio (Soto, 2018).

Tabla 2. *Intervenciones no farmacológicas probadas para la prevención y tratamiento de la Hipertensión*

INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA		DOSIS	IMPACTO APROXIMADO SOBRE LA PAS	
			HTA	PA NORMAL
PÉRDIDA DE PESO	PÉRDIDA DE PESO SIGNIFICATIVA (0.5-1 KG POR SEMANA)	El mejor objetivo es alcanzar el peso ideal, pero hay que pretender conseguir al menos una reducción de al menos 1 kg en la mayoría de los adultos con sobrepeso. Se espera una reducción de 1 mm Hg por cada kg de pérdida de peso	-5mm Hg	-2/3 mm Hg
DIETA SALUDABLE	DIETA DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension)	Consumir una dieta rica en frutas, verduras, cereales integrales, y productos lácteos bajos en grasa., con bajo contenido en grasa saturada y total.	-11mm Hg	-3mm Hg
REDUCCIÓN EN LA INGESTA DE SODIO	SODIO DIETÉTICO	El objetivo es <1500 mg/día, pero hay que pretender conseguir reducir al menos 1000 mg/d en la mayoría de los adultos	-5/6mm Hg	-2/3 mm Hg
MEJORAR LA INGESTA DE POTASIO	POTASIO DIETÉTICO	Intentar alcanzar 3500-5000mg/dl, preferible mediante el consumo de alimentos ricos en potasio	-4/5mm Hg	-2mm Hg
ACTIVIDAD FÍSICA	AERÓBICA	90-150 min/semana, 65-75% de reserva cardíaca (rc)	-5/8mm Hg	-2/4 mm HG
	RESISTENCIA DINÁMICA	90-150 m/s, 50%-80% rc -6 ejercicios, 3 series/ejercicio, 10 repeticiones por serie	-4 mm Hg	-2 mm Hg
	RESISTENCIA ISOMÉTRICA	4x2min (apretando con la mano), descansa 1 m entre ejercicios, 30%-40% de contracción máxima voluntaria, 3 sesiones/semana - 8/10 semanas	-5mm Hg	-4mmHg
MODERACIÓN EN LA INGESTA DE ALCOHOL	CONSUMO DE ALCOHOL	En individuos que consumen alcohol, reducirlo a: -hombres: ≤2 bebidas/día (<30g/d) -mujeres ≤ 1 b/d (<20g/d)	-4 mm Hg	-3 mm Hg

Tomado de: (Guija-Villa, 2017)

En cuanto a la alimentación, una de las dietas más sugeridas para pacientes hipertensos, es la identificada como DASH. Esta es una dieta balanceada, nutritiva, baja en sodio y consumible en fracciones y/o porciones y con una evidencia comprobada para el control sostenido de los niveles de la PA. Estudios han demostrado que, mediante el consumo de esta dieta y adicionando una disminución extra del consumo de sodio, la PA sistólica disminuyó 8.9 mmHg (Soto, 2018). La Tabla 3, presenta las características y porciones de alimentos que componen esta dieta.

Tabla 3. Composición de la dieta DASH

Frutas	•4-5 porciones / día (1 porción - 1 fruta mediana)
Verduras	•4-5 porciones / día (1 porción - 1 taza de lechuga)
Lácteos bajos en grasas	•2-3 porciones / día (1 porción - 1 taza de leche o de yogur)
Granos integrales	•6-8 porciones / día (1 porción - 1 rebanada de pan integral)
Carnes magras, aves y pescados	•≤2 porciones / día (1 porción - 90g)
Legumbres, nueces y semillas	•4-5 porciones / semana (1 porción -1/2 taza)
Grasas y aceites vegetales	•2-3 porciones / día (1 porción -1 cucharada de té)
Dulces y azúcar	•≤ 5/semana (1 porción - 1 cucharada de azúcar o mermelada)

Adaptado de (Soto, 2018)

1.2.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

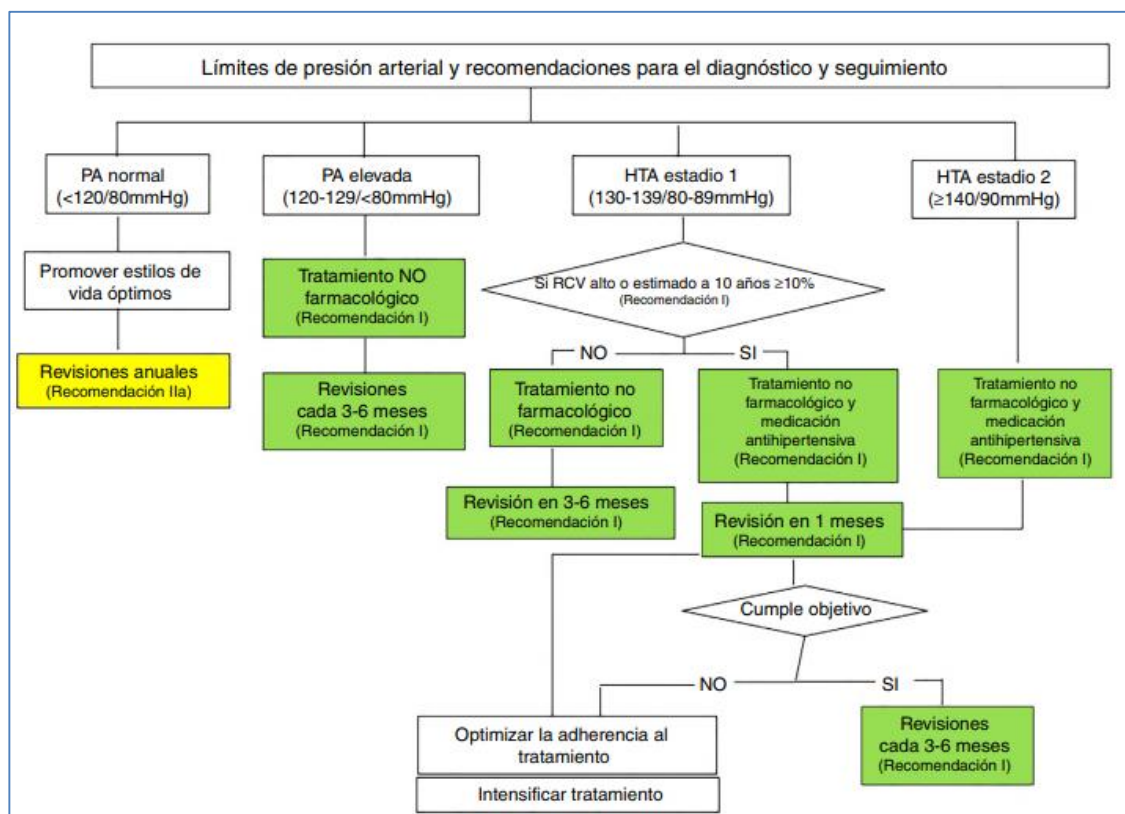
Las recomendaciones de las guías ACC/AHA 2017, sugieren iniciar el tratamiento de la HTA con medicamentos diuréticos tiazídicos, inhibidores de

la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARAI) o calcioantagonistas (CA). El resto de grupos, inclusive los betabloqueantes (BB), son considerados de segunda línea o exclusivos para pacientes hipertensos que cursen con comorbilidades específicas. Es recomendable, como alternativa inicial, prescribir combinaciones de dos medicamentos en HTA estadio 2, al observar que las lecturas de PAS o de PAD presenten valores $>20/10$ mm Hg, respectivamente, sobre el objetivo de control. Prácticamente, esta sugerencia admite el comienzo de una alternativa terapéutica combinada, para la totalidad de los pacientes con valores de PA superiores a 160/100mmHg, o en casos donde el objetivo de control sea alcanzar una PA $< 130/80$ mm Hg, y que al momento se encuentren con mediciones sobre los 150/90 mm Hg (American College of Cardiology, 2017).

Si se pretende iniciar un tratamiento combinado, son adecuadas las combinaciones de un IECA o un ARAII, con adición de diurético tiazídico o CA a dosis fijas, se recalca el beneficio de usar la combinación de fármacos que tengan un mecanismo de acción diferente, y se debe evitar usar una combinación entre fármacos con un mecanismo de acción similar, como es el caso de los ARAII en combinación con IECA. Se presenta la Figura 1 que contiene las recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas en el seguimiento de la HTA. Se recomienda que el RCV se calcule mediante el uso de las ecuaciones de cohorte agrupadas de ACC / AHA, con el sistema "ASCVD Risk Estimator Plus"; dentro de esta fórmula para calcular el RCV, se

toman en cuenta los siguientes factores: edad, sexo, etnia, valores de PA, cifras de colesterol, Diabetes, tabaquismo y tratamiento para HTA. Al obtener el resultado, el RCV para 10 años se clasifica como: Bajo riesgo (<5%), Riesgo límite (5% a 7,4%), Riesgo intermedio (7.5% a 19.9%), Alto riesgo ($\geq 20\%$) (American College of Cardiology, 2017).

Figura 1. Recomendaciones para el abordaje de la hipertensión



Tomado de (Gijón-Conde, y otros, 2017) traducido de las Guías para el manejo de Presión Arterial Alta 2017.

La presencia de otros riesgos cardio vasculares o la presencia de comorbilidades puede generar la polimedicación en pacientes, por ello es importante que el tratamiento farmacológico sea prescrito adecuadamente y que por parte del paciente exista una adhesión adecuada y oportuna en

términos de dosis y horarios, para evitar complicaciones indeseadas. En tal sentido, cobra importancia el apoyo de grupos para coadyuvar a los pacientes hipertensos, en este tipo de situaciones (Gijón-Conde, y otros, 2017).

1.2.3 METAS DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

Las metas terapéuticas representan un reto continuo, tanto para los profesionales de salud, los pacientes y los grupos de apoyo social y familiar (Tagle & Acevedo, 2018). Las metas para el control de la HTA, están contenidas en una serie de guías a nivel mundial lo cual genera controversias, sobre una postura única a estos efectos. La complejidad se presenta por la diversidad de subgrupos de pacientes hipertensos, entre estos se encuentran los afectados por la Diabetes Mellitus, enfermos renales, pacientes adultos y adultos mayores. A continuación, se presenta un resumen de las tres guías usadas con mayor frecuencia actualmente (Tabla 4).

Tabla 4. Metas de tratamiento para hipertensos

GRUPO	JNC8 (2014) TAS/TAD (mmHg)	ESC/ESH (2018) TAS/TAD (mmHg)	AHA/ACC (2017) TAS/TAD (mmHg)
ADULTOS	<140/90	<140/90 como primer objetivo Si se tolera tratar de llegar a <130/80, no menos de 120	<130/80
ADULTOS MAYORES (>60 AÑOS)	<150/90	130-139/<80	<130/80
CON DIABETES	<140/90	<140/<80, si se tolera se puede reducir la PAS <130, pero no menos de 120	<130/80
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	<140/90	130-139/<80	<130/80

Fuente: Guías para el manejo de la Hipertensión AHA/ACC 2017, ESC/ESH 2018, JNC8 2014

En los adultos mayores, por cambios propios de la edad, el control se vuelve complejo, por lo mismo, se ha propuesto que el tratamiento farmacológico debe seguir los siguientes criterios, acorde a lo planteado por Salazar-Cáceres, Rotta-Rotta, & Otiniano-Costa (2016) :

- Disminución de la resistencia periférica
- Cuidar de no causar una disminución pronunciada de la PA, que intervenga en el flujo de sangre a órganos importantes como el corazón, cerebro y riñones, tampoco deben obstaculizar con mecanismos de autorregulación.
- El tratamiento no debería generar bradicardia, ni causar alteraciones al sistema cardíaco de conducción.
- Contribuir a enlentecer o que logre invertir la progresión de la hipertrofia ventricular y de la hipertrofia de la pared vascular.
- Proteger el aparato renal, evitando el avance de la fibrosis renal, glomerular e intersticial.
- Que no genere depleción de volumen
- No causar hiponatremia o hipopotasemia
- Evitar fármacos que generen incontinencia urinaria, que propicien o favorezcan hiperlipidemias o resistencia a la insulina
- El tratamiento ideal deberá ser administrado en una sola dosis, para facilitar la adherencia al tratamiento

1.2.4 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

En presencia de entidades clínicas crónicas, como lo es la HTA, el incumplimiento del tratamiento, se identifica como uno de los primordiales elementos que inciden en su control. Aunque el grado puntual o estricto de adherencia en esta enfermedad es algo complejo de determinar, se estima que del 50% de los pacientes se considera no adherentes, con niveles que fluctúan entre el 40% y el 80% (Mena-Díaz, Nazar, & Mendoza-Parra, 2018).

La falta en la adherencia a las prescripciones médicas de carácter farmacológico, representa una problemática con consecuencias desfavorables desde la óptica médica, psicosocial y económica. Estas consecuencias se evidencian en retardos en la recuperación de la salud, recidivas, presencia de complicaciones y falta de respuesta al tratamiento farmacológico; por las razones anteriores, se induce un cambio del tratamiento y se llega a considerar prescribir medicamentos en mayores dosis o agregar nuevos medicamentos; lo cual implica también la posible aparición de efectos secundarios severos o llegar a una polifarmacia. Desde la perspectiva económica, la falta de adherencia acrecienta los costos en salud y puede ocasionar pérdidas desde la óptica personal, social y familiar, por los sufrimientos tanto físicos como psicológicos relacionados con la gravedad, complicaciones y desenlaces de la enfermedad (Mena-Díaz, Nazar, & Mendoza-Parra, 2018).

Las causas para el incumplimiento del tratamiento son varias, siendo las más importantes aquellas intrínsecamente asociadas al paciente. Factores como

la edad, personalidad, el entorno socio-económico-cultural, el nivel educativo, pueden ser condicionantes para los resultados del tratamiento indicado. Usualmente, ciertos pacientes no se adhieren al tratamiento por considerarlo incorrecto y no efectivo. En ocasiones la falta de comprensión de las indicaciones dadas por el personal médico tratante, dificulta la adherencia. En otros casos el olvido o problemas para ubicar las medicinas y la depresión o presencia de perturbaciones cognitivas, como el síndrome de Alzheimer pueden ser los motivos para el incumplimiento al tratamiento. Es necesario considerar dos poblaciones importantes, los infantes y los adultos mayores donde aspectos tales como la seguridad o la facilidad de las medicaciones terapéuticas, resultan claves para la adherencia al tratamiento (Mena-Díaz, Nazar, & Mendoza-Parra, 2018; Fernández-Lisón, y otros, 2006).

Otro factor que incide en la no adherencia, es la complejidad del tratamiento para el paciente, generando un incremento de la probabilidad de error en la ingesta medicamentosa. En tal sentido, la simplificación y sencillez del tratamiento, acrecienta la adherencia por parte del paciente al tratamiento y la posibilidad de observar los resultados esperados (Mena-Díaz, Nazar, & Mendoza-Parra, 2018; Dilla, Valladares, Lizán, & Sacristán, 2008).

1.3 APOYO SOCIOFAMILIAR

LA FAMILIA

Kanán-Cedeño & col. manifiestan que la familia puede conceptualizarse como un sistema vivo, el cual se encuentra integrado por elementos y también por las relaciones presentes entre ellos, y que todo junto, forma una base que marcará la funcionalidad y evolución del sistema durante el tiempo (Kanán-Cedeño, y otros, 2010).

Bertalanffy en su Teoría General de los Sistemas, define un sistema como una agrupación de partes coordinadas que se encuentran en interacción, con el fin de juntos alcanzar objetivos en común. Los sistemas se encuentran en todo lo que nos rodea y justamente la teoría de Bertalanffy, dio un giro a la forma de concebir la realidad, el nuevo enfoque ha ayudado a crear nuevas teorías en el ámbito social, ciencias naturales, entre otros (Bertalanffy, 1968).

En base a la teoría anterior, podemos entender a la familia como un sistema, es decir que se la debe tratar como un conjunto de interacciones y no como la suma de individuales; el ver a la familia como sistema, nos ayuda a enfocar de manera diferente la presencia de problemas, ya que en un sistema no se puede culpar a alguien por un suceso, sino que se deben asumir como la consecuencia de una mala funcionalidad del sistema, una alteración de la interacción entre los componentes. La familia está en constante transformación y adaptación a nuevas circunstancias del medio externo, que se pueden relacionar con las etapas evolutivas de cada componente. El principio de la

homeostasia ayuda a que la familia se adapte como sistema a nuevas circunstancias, teniendo como objetivo mantener la continuidad y propiciar el crecimiento de sus miembros (Quiroz, La familia como sistema: Teoría General de los Sistemas, 2018).

RED DE APOYO SOCIO FAMILIAR

Una red de apoyo socio familiar, se define como el conjunto de contactos que una persona posee, la cual, a más de ser un indicador dentro del entorno social, constituye un factor que influye sobre la condición de salud del individuo. Es así que, una red de apoyo inadecuada, se ha asociado con una peor percepción del estado de salud y a su vez, con una peor calidad de vida en comparación a personas que poseen una red de apoyo adecuada (López E., 2005).

El apoyo social es un vínculo con el medio ambiente, mediante relaciones interpersonales, ya sean estas percibidas por las personas de manera positiva o negativa, este apoyo incide en el funcionamiento del individuo de manera dinámica frente a una enfermedad (González-Castro, 2011). Este apoyo es un proceso interactivo, del cual la persona obtiene apoyo emocional, económico e instrumental (Menéndez Villalva, y otros, 2003).

Dentro de las fuentes de apoyo, la familia constituye la primera red de apoyo, que mediante su función protectora, tiende a disminuir las tensiones originadas por circunstancias cotidianas o crisis no normativas, como lo es la presencia de una enfermedad de algún miembro de la familia (Louro, 2003).

El mecanismo por el cual el apoyo socio familiar influye en la salud de las personas, aún no es bien conocido, pero se ha planteado la teoría del efecto buffer o tampón en el cual “la influencia del apoyo social estaría determinada por su papel modulador sobre las situaciones adversas que generan estrés en el individuo” (De la Revilla & Fleitas, 1991).

Las redes de apoyo en las personas adultas mayores, se constituyen en especial por los familiares, ya que a estas edades comienza a disminuir las relaciones sociales con amigos, influye en esto la aparición de enfermedades o el proceso mismo del envejecimiento, que incide en la facilidad para salir del hogar y establecer nuevos contactos. Este mismo hecho complica el apoyo al adulto mayor, ya que al ser la familia el principal apoyo demanda de tiempo para su cuidado, lo cual se dificulta al tener varias generaciones dentro del mismo hogar con diferentes requerimientos y propósitos (Peña-Pérez B, 2009).

Estudios muestran que los adultos mayores quienes tienen una red de apoyo socio familiar débil, tienen mayor morbimortalidad, incluyendo afecciones mentales como alteraciones cognitivas, depresión, cambios en la percepción de su propio estado de salud (Zunzunequi MV, 2004).

EL APOYO SOCIO FAMILIAR FRENTE A ENFERMEDADES

La noticia de que un miembro de la familia fue diagnosticado con una enfermedad, genera la aparición de una crisis no normativa y posterior a esto un estado de duelo, tanto en el paciente como en la familia; el cual podrá

terminar en una readaptación funcional frente a la nueva condición o un afrontamiento no funcional. Si no se logra una readaptación funcional frente a la enfermedad del miembro de la familia, se puede llegar a una fase de claudicación familiar, esta fase se presenta, sobre todo, en familias que tenían lazos de amor débiles, problemas de comunicación. (Pérez, 2018).

El surgimiento de enfermedades en un miembro de la familia origina cambios en la agenda familiar, que incluye cambios en rutinas y hábitos de alimentación y otros consumos, surgen nuevos gastos para el control médico y adquisición de los medicamentos indicados, con frecuencia las actividades profesionales y laborales de los enfermos y sus familiares se ven igualmente afectadas. El grupo familiar sufre una disminución de sus ingresos, pues parte de ellos son destinados a los nuevos gastos en medicinas, traslados a centros de atención médica, dietas con nuevos ingredientes, disminuciones salariales por permisos para acompañar al familiar enfermo a sus controles médicos y a veces hospitalizaciones no planificadas (Calizaya, 2015).

Los aspectos sociales que acompañan a la enfermedad, son importantes para un adecuado control; es por esto que el grupo familiar debe intentar mantener lo más cercano y similar a la normalidad las rutinas familiares, aún en las circunstancias irregulares que soporta ante la enfermedad de uno de sus miembros, distribuyéndose la atención y cuidado del enfermo y resistiendo la nueva realidad, sea cual sea el desenlace. La preparación del paciente, por parte del grupo familiar, para enfrentar posibles crisis que puedan presentarse en algún momento, constituye el mejor ambiente terapéutico de su entorno

cercano, permitirle igualmente la expresión de sus emociones y la aceptación de su nueva realidad, en un marco de consideración y respeto por sus dolencias, disminuyendo las tensiones y facilitando la ingesta oportuna de sus medicinas, ratificando que de la adherencia al tratamiento depende la recuperación de su calidad de vida biopsicosocial (Viquez, 2017).

Frente a la enfermedad de un miembro de la familia, existe modificaciones en cuanto a la distribución horaria, sobre todo aquellas actividades de carácter social, las cuales se ven reducidas, terminando por afectar, tanto física como emocionalmente, a los miembros del grupo familiar. En ocasiones, esta situación genera un alejamiento que afecta al enfermo, pues es evitado y separado. Sin embargo, a veces se observa un comportamiento contrario, donde los familiares y amigos afrontan de manera positiva y proactiva la ayuda requerida por el familiar afectado (Calizaya, 2015).

El apoyo familiar, se convierte para pacientes enfermos en el primer grupo de apoyo, para abordar con esperanza su nueva realidad de vida. Por tanto, un insuficiente apoyo familiar, podría incidir directamente en una menor calidad de vida, incumplimiento de tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos y finalmente hasta la pérdida de la vida. Cuando el grupo familiar enfrenta una circunstancia de enfermedad aguda de uno de sus miembros, todos son afectados, pero todo vuelve a su cauce normal cuando el familiar enfermo recupera la salud. Sin embargo, en presencia de una enfermedad crónica, la familia debe adaptarse a esta nueva realidad, donde el paciente como todo el sistema familiar, deben considerar a esta enfermedad

como parte de la cotidianidad, en todos los aspectos que inciden en la dinámica familiar: afectividad, social y financiera (Gudiño-Díaz & Tituaña-Andrade, 2016).

La familia cumple un papel importante en la salud de uno de sus miembros, influye en la promoción de salud, prevención y manejo de una patología, se destaca que si bien el paciente recibe un tratamiento farmacológico, es necesario que se cubra la parte emocional, que incide en la percepción de vida que tiene la persona, además el grupo de apoyo social influye en la adherencia al tratamiento, pues para cumplir metas terapéuticas que logren un cambio en el estilo de vida, es necesaria la participación de las personas que son parte de la vida cotidiana del paciente (González-Castro, 2011).

El Chronic Care Model, un programa de atención a las enfermedades crónicas, desarrollado en Estados Unidos, revela que, para el cuidado óptimo de pacientes con enfermedades crónicas, influyen factores como la red de servicio de salud y el apoyo social hacia el paciente que mejora la percepción de éste sobre su enfermedad, ayudando en la toma de decisiones que contribuyen de manera positiva en su calidad de vida. Los datos concuerdan con los obtenidos en el estudio realizado por Arrieta, donde mencionan que el entorno social de los pacientes incide en la percepción sobre sus cuidados, la cual es peor cuando el apoyo socio familiar es débil (Leyre Adrián-Arrieta, 2018).

Peñarrieta, Reyes, Krederdt, Flores, Reséndiz y Chávez, durante el año 2015, realizaron una investigación exploratoria para caracterizar el automanejo de

enfermedades crónicas en adherencia al tratamiento farmacológico, conocimiento de la enfermedad, manejo de signos y síntomas en pacientes diagnosticados con HTA, diabetes mellitus y cáncer. La muestra fue de 562 individuos: 400 pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial, y 162 pacientes con diagnóstico de cáncer. Los resultados evidencian un defectuoso automanejo de su enfermedad, con una media de índice general de 69%, en conocimiento 65% y en adherencia y manejo de signos y síntomas 69%; en aspectos de conocimientos de la enfermedad, presencia de problemas de orden físico, emocional y social; la mayor puntuación involucró aspectos emocionales y sociales. Se confirma la necesidad de un enfoque holístico, la promoción del automanejo de síntomas emocionales y la adherencia del cumplimiento con la toma de medicamentos, así como la de comunicación entre el paciente, el médico tratante y su entorno familiar de apoyo (Peñarrieta de Córdova, y otros, 2015).

Banda & col. en su investigación en México, evaluaron el automanejo de las enfermedades crónicas en adultos mayores, donde se observó que el automanejo del tratamiento farmacológico y otras indicaciones, era muy deficiente para este grupo de edad, por lo cual, recomendaron que el manejo de enfermedades crónicas en adultos mayores, debería ser respaldado por el apoyo familiar, con el fin de conseguir una mejor adherencia al tratamiento y mejorar la calidad de vida del familiar (Leiva-Espinoza, 2017).

En enfermedades cardiovasculares, el apoyo familiar es un determinante que ayuda en el pronóstico de estas, sobre todo si se habla de infarto agudo de miocardio (Menéndez Villalva, y otros, 2003).

En cuanto al apoyo frente a la HTA, cabe recalcar que cualquier patología que emerge en el seno familiar y que afecta a uno de sus miembros, originalmente, perturba a toda la familia. En oportunidades desestabiliza e incide directamente en la dinámica socioeconómica del grupo familiar. Por ello Calizaya manifiesta que la familia, igualmente, se ve involucrada en una sucesión de sentimientos encontrados ante uno de sus miembros enfermo, esta situación en “ocasiones lleva a la mayoría al deterioro de las relaciones familiares y de pareja que se dan al experimentar cambios y ajustes en sus actividades y funciones diarias” (Calizaya, 2015).

El apoyo de la familia en caso de pacientes con HTA es esencial, puesto que los cambios implican dieta saludable con reducción del consumo de sal, aumentar alimentos como frutas y verduras que contribuyen a disminuir la presión arterial y a reducir los riesgos existentes. A este proceso se suma, como recomendación, realizar regularmente ejercicio físico, durante 30 minutos y por lo menos 5 veces, a la semana para mantener el peso corporal. Sugerencias que deben realizarse para mejorar el estado de salud del paciente, en este sentido, la familia se convierte en el pilar fundamental para el cambio de estilo de vida de las personas (OMS , 2013).

También, el proceso educativo y de formación al interior del grupo familiar, favorecerá el acompañamiento y apoyo en momentos de crisis, disminuyendo

la angustia a lo desconocido del paciente y también la carga emocional de la familia. A este respecto, es necesario reconocer que el grupo familiar, es el grupo de apoyo primario por excelencia de pacientes con Hipertensión Arterial. Por ello, la familia debe ser preparada para comprender que cada individuo enfrenta de manera particular y variada el diagnóstico de su enfermedad, y que cada miembro del grupo familiar también aborda, desde su perspectiva y sensibilidad individual, las dolencias de uno de sus miembros (Viquez, 2017).

Por lo anteriormente expuesto, en presencia de los cambios definitivos que caractericen a la enfermedad, el grupo familiar debe intentar mantener lo más cercano y similar a la normalidad las rutinas familiares, aún en las circunstancias irregulares que soporta ante la enfermedad de uno de sus miembros, distribuyéndose la atención y cuidado del enfermo y resistiendo la nueva realidad, sea cual sea el desenlace. En este sentido, la preparación del paciente por parte del grupo familiar, para enfrentar posibles crisis que puedan presentarse en algún momento, constituye el mejor ambiente terapéutico de su entorno cercano, permitirle igualmente la expresión de sus emociones y la aceptación de su nueva realidad, en un marco de consideración y respeto por sus dolencias, disminuyendo las tensiones y facilitando la ingesta oportuna de sus medicinas, ratificando que de la adherencia al tratamiento depende la recuperación de su calidad de vida biopsicosocial (Viquez, 2017).

El estudio realizado por Ruiz-Dioses en el Centro de Salud de Callao en Perú, de tipo observacional, descriptivo y transversal, reveló que de los 301 adultos

mayores valorados, 46.2% tiene una categoría de riesgo social, y que el 28.9% se encontrarían ya con un problema social; encontrando que las mujeres tienen un mayor riesgo social en comparación a los hombres, siendo así que el 50.9% de las pacientes mujeres se encuentra en una situación de riesgo social, para estas determinaciones se usó la escala de apoyo socio familiar de Gijón. También se reportó que solo el 3.1% de los adultos mayores tenía una situación de abandono total, mientras que la mayor parte, el 71.4% vive con familiares. Dentro del mismo estudio, se evidenció que la enfermedad de mayor prevalencia era la HTA con un 42.5%. (Ruiz-Dioses, Campos-León, & Peña, 2008)

El apoyo socio familiar demostró ser un factor influyente sobre el control de la enfermedad, en el estudio realizado por Menéndez & col. Se encontró que en los pacientes con una baja red de apoyo socio familiar existía un aumento en los valores de PA, registrando un incremento de 9.59 mmHg en la PAS y de 4.29 mmHg en la PAD, respecto a las personas con un nivel de apoyo socio familiar adecuado (Menéndez Villalva, y otros, 2003).

Pfizer, en sus investigaciones plantea una serie de intervenciones para mejorar la calidad de vida del paciente, en el marco de la adherencia del tratamiento terapéutico prescrito por personal de la salud. En esas intervenciones contempla la responsabilidad del paciente que cursa con enfermedades crónicas y dentro de una de ellas es involucrar al grupo familiar en su nueva perspectiva de vida. Estas intervenciones se resumen de la siguiente forma: (Pfizer, 2009)

- Formación de grupos sociales de apoyo para plantear e identificar problemas y cómo afrontarlos.
- El paciente debe asumir un compromiso para cumplir responsablemente el tratamiento médico prescrito por su especialista, considerando que lo indicado y recetado constituyen la clave para recuperar su salud.
- El paciente se obliga a seguir todas las instrucciones prescritas en su recípe. Al cumplir estas indicaciones está comprometido e involucrado, y está comenzando con alta probabilidad de éxito la adherencia al tratamiento.
- El paciente debe considerar la importancia de implicar a su grupo familiar y los amigos, más cercanos a su entorno social, en la adherencia al tratamiento.
- El paciente debe activamente informarse y participar en actividades para crear conciencia de su enfermedad y asumir responsablemente las decisiones adoptadas por su equipo médico y sus grupos de apoyo tanto social como familiar.
- El paciente que cursa con una enfermedad crónica, debe comprender que está en presencia de un proceso que se prolongará y que sus esfuerzos le permitirán experimentar una mejoría en su calidad de vida.
- Nunca debe salir de las consultas de control médico con algún tipo de dudas e inquietud, con respecto a los avances de la enfermedad, tratamiento acordado y exámenes clínicos de rutina solicitados.

La modificación de la dieta convencional, la disminución de ciertos condimentos o la eliminación de algunos alimentos, la disminución de la participación en ciertos eventos sociales, la eliminación definitiva de hábitos como el tabaquismo y la disminución de la ingesta alcohólica, la ejercitación física diaria, así como la adquisición e ingesta de los fármacos prescritos son, metas muy difíciles de alcanzar sin una participación de los pacientes hipertensos y de los miembros de su familia. Estos cambios resultan complejos para el enfermo y son imposibles de alcanzar sin el esfuerzo mancomunado de todos los miembros del grupo familiar. Una situación similar ocurre al momento de asistir al control médico periódico y a la realización de exámenes clínicos para verificar ciertos valores que inciden en las recomendaciones médicas (Marín-Reyes & Rodríguez-Morán, 2001)

El paciente hipertenso que asiste a consulta con valores fuera de control de su PA, debe ser una alerta que oriente al equipo sanitario a evaluar aspectos relativos del ambiente familiar. Esta circunstancia se presenta en virtud de la influencia que este entorno ejerce para la adherencia al tratamiento, pudiendo ser las causas del descontrol y por consiguiente de la falla del tratamiento. Esta situación hace imprescindible el respaldo del equipo de salud tratante hacia la familia del paciente, independiente de las particularidades de esta, con miras a girar recomendaciones referentes al apego al tratamiento (Marín-Reyes & Rodríguez-Morán, 2001).

Redondo-Sendino & col. Realizaron un estudio en 3483 adultos mayores no institucionalizados, estudiando la relación entre la red de apoyo social y la

HTA, en este se encontró que las personas que se encuentran casadas o que viven acompañados, tienen una menor prevalencia de HTA que las personas que viven solas o solteras. También se encontró una relación entre el conocimiento de la enfermedad, respecto a la frecuencia en cuanto a visitas de amigos o vecinos, con una diferencia entre hombres y mujeres, donde los hombres, quienes demostraron un mayor número de visitas entre amigos y vecinos, tenían un mayor conocimiento sobre su enfermedad (Redondo-Sendino, Guallar-Castillón, Banegas, & Rodríguez-Artalejo, 2005).

Un estudio similar realizado por Allen & col. en España, donde participaron 236 adultos mayores que acudían a un Centro de Salud de primer nivel, estableció una asociación entre el apoyo socio familiar y los valores de PA, demostrando que los pacientes hipertensos con un escaso apoyo socio familiar, registraban valores de PA más altos en comparación de los pacientes con una amplia red (Allen, Blascovich, & Mendes, 2002).

Un factor que también debe ser analizado, dentro de las redes de apoyo de un paciente, es la parte socio económica, problemas económicos se han relacionado con la aparición de la enfermedad. Nos encontramos en un mundo en el que el aspecto económico repercute en varios aspectos y se ha asociado con el desarrollo de varias patologías. El reporte de la OMS para el año 2013, reportó una mayor prevalencia en países con ingresos económicos bajos o medianos con un 45%, mientras que países con ingresos elevados, reportan una prevalencia de 35% en cuanto a la patología (OMS , 2013).

Además, el aspecto socio económico y la HTA tienen una relación bidireccional, ya que si bien, un bajo nivel socio económico es un factor de riesgo para HTA, el padecerla influye en la economía de la persona, y a su vez desestabiliza el sustento del núcleo familiar. Datos de la OMS revelan que por HTA anualmente se perderían cerca de 1 billón de dólares debido a discapacidad (OMS , 2013).

Un metaanálisis realizado que incluyó 51 estudios, reveló la asociación entre niveles más altos de PA con niveles socioeconómicos más bajos, dentro de este metaanálisis se tomaron en cuenta tres factores ingreso, ocupación y educación; se encontró un riesgo de 1.19 más de sufrir HTA con niveles de ingresos económicos bajos, un riesgo de 2 veces más cuando el nivel de educación era inferior al de primaria y un riesgo de 1.31 en cuanto a una ocupación con ingresos inferiores al salario mínimo (Leng, Jin, Li, Chen, & Jin, 2015).

El estudio por Chow & col., investigó la epidemiología de la HTA de acuerdo al nivel de ingresos económicos por países, determinando una prevalencia de cerca del 40% para países con ingresos altos, medios y medios bajos, se evidenció que existe un mayor conocimiento acerca de la enfermedad en países con ingresos medios en comparación con países de ingresos bajos, siendo 52.4% frente a 40.8%, de la misma manera, se encontró que los países con ingresos más altos tenían un mayor porcentaje de pacientes que se encontraban en tratamiento y que mantenían a su enfermedad controlada (Chow, 2013)

También se ha visto una asociación entre el nivel socio económico y el consumo de alcohol, varios estudios han revelado que un bajo nivel socio económico se asocia con un mayor consumo de alcohol, tendiendo en algunos casos al alcoholismo, lo cual se explicaría porque las personas con un mayor nivel socioeconómico son más conscientes sobre los hábitos saludables y aquellos que afectan a su enfermedad; mientras que las personas con ingresos bajos sufren una situación de estrés emocional, que en ocasiones lleva a adquirir hábitos dañinos (S. Erskine, 2010).

Los resultados presentados evidencian que las mejoras sustanciales en el control de la HTA, están directamente relacionadas con el nivel de crecimiento económico, servicios de salud de alta calidad y la disponibilidad oportuna a los tratamientos farmacológicos antihipertensivos adecuados. El caso contrario se observa en regiones donde la explosión demográfica y el envejecimiento, aunados a crisis socioeconómicas y sanitarias, generan directamente el incremento significativo de pacientes hipertensos (Organización Mundial de la Salud, 2013).

VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR

Si bien, los trabajadores sociales son las personas encargadas de indagar profundamente este aspecto, con el fin de encontrar problemas, condiciones de riesgo y a su vez solucionarlos, es fundamental que el médico de atención primaria conozca de la situación socio familiar del paciente, para atenderlo de una manera integral. El evaluar la situación socio familiar de una persona puede resultar complicado, debido a que no existe un acuerdo en referencia

a los elementos que componen la salud social, sin embargo, se han creado varias escalas que permiten tener una visión general de la situación del paciente (Sanjoaquín, Fernández, & Mesa)

El eje socio familiar se explora de manera infrecuente dentro de las consultas, ya sea por el tiempo, por la complejidad de las escalas, porque los profesionales se enfocan solo en la enfermedad o por la problemática para valorar este aspecto, que conlleva la intervención y resolución de conflictos del paciente. Sin embargo, este es un pilar fundamental ya que por sí solo puede ser un problema, o puede condicionar problemas en otras áreas (Martín, Álvarez, & Gorroñoitía, 2004).

La valoración social permite conocer la relación entre el adulto mayor y su entorno; al investigar sobre su hogar, relaciones con familiares y amigos, se puede establecer un plan de acción para el manejo integral de la persona (Sanjoaquín, Fernández, & Mesa). Una escala estructurada para valorar el apoyo socio familiar debería incluir áreas relevantes como son:

- Identificación de personas cercanas o cuidador principal
- Actividades sociales (profesión, aficiones, salidas fuera de domicilio, clubs sociales, actividades)
- Relaciones sociales (estado civil, relaciones con familiares, con vecinos y amigos, pertenencia a grupos)
- Soporte social (tamaño de la familia, contactos familiares, confidente, asistencia en casa)

- Recursos sociales (ingresos económicos, características vivienda, seguridad, convivencia, entorno y servicios públicos)

Dentro de las escalas tenemos:

El APGAR familiar

Es una escala utilizada para valorar la funcionalidad familiar, evaluando 5 aspectos, que son, la adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive, con un puntaje de 0-2 en cada ítem, interpretando los resultados como familia funcional, con un puntaje de 7-10; presencia de disfunción leve, con 4-6 puntos: y, una disfunción grave, con 0-3 puntos (Conselleria de Sanitat, 2004).

Si bien es un buen instrumento para la valoración de la funcionalidad de la familia, no valora aspectos socio económicos, los cuales se incluyen dentro del apoyo socio familiar, y que han demostrado ser importantes, pues una mala situación económica influye en la aparición de la HTA. Existen diferentes versiones que dificultan unificar la interpretación de los estudios, no es de precisión absoluta ya que se evalúa en función de la percepción que tiene la persona que es evaluada, no es una herramienta exclusiva para un grupo de edad (Vera, 2018).

Cuestionario de apoyo social funcional DUKE-UNK

Es un cuestionario que evalúa, de manera cuantitativa, el apoyo social percibido en el aspecto afectivo y confidencial. “Se trata de un cuestionario validado que recoge la opinión de la persona entrevistada acerca de la

disponibilidad de las personas capaces de ofrecerle ayuda en situación de dificultad, así como de facilidades para la relación social y para poder comunicarse empática y emotivamente” (Roure, Reig, & Vidal, 2002). La escala cuenta con 11 ítems y usa una escala de valoración tipo Likert donde 1 es “mucho menos de lo que deseo” hasta 5 “tanto como lo deseo”. Teniendo un puntaje de 11 a 55, interpretando como escaso apoyo a un valor menor de 33 puntos. Esta valora más aspectos en el área emocional y percepción sobre las personas que podrían ayudar en momentos de dificultad (Suarez Cuba, 2011).

OARS (Escala de Recursos Sociales)

Es una escala “proporciona información acerca de cinco áreas: estructura familiar y recursos sociales, recursos económicos, salud mental, salud física y capacidades para la realización de actividades de la vida diaria.” El inconveniente con esta escala es que requiere de entrenamiento, experiencia para lograr una entrevista estructurada, con el fin de clasificar al paciente en una categoría u otra, por ello se recomienda que esta escala sea aplicada por trabajadores sociales (Sanjoaquín, Fernández, & Mesa).

Escala de valoración socio familiar de Gijón

La escala de valoración socio familiar de Gijón, favorece la determinación de hallazgos asociados a circunstancias de riesgo o problemas de índole social, convirtiéndose en una herramienta exclusiva de comprobación del contexto social de los pacientes, para incorporarla a la praxis asistencial de los profesionales del área de la salud.

La Escala de Gijón es una herramienta elaborada para adultos mayores, la cual permite valorar el riesgo social, la cual al ser aplicada en un ambiente de trabajo médico permite realizar intervenciones tempranas que mejoren el funcionamiento social del adulto mayor. (J.V. García González, 1999).

Esta escala fue validada en el estudio mencionado, donde se tomó como muestra a 787 adultos mayores, donde demostró tener un alto nivel de fiabilidad mediante una entrevista aplicada por dos encuestadores, donde se respondía a la escala en un promedio de 16 minutos, con un coeficiente de correlación intraclase de 0.957; también mostró una validez adecuada, al comparar los resultados de la encuesta con una valoración individual de cada participante por un experto en trabajo social. (J.V. García González, 1999).

La escala consta de cinco ítems, permitiendo valorar la situación familiar, situación económica, su vivienda, relaciones sociales y redes de apoyo; para el puntaje cada ítem consta de cinco opciones, dando un mínimo de 5 y un máximo de 25 en el puntaje total; con una sensibilidad de 15.5 y una especificidad de 99.8. Se definen tres categorías de acuerdo al puntaje, determinando buena situación socio familiar, con 5-9 puntos; una situación de riesgo socio familiar, con 10-15 puntos y un problema socio familiar, con un puntaje ≥ 16 . Definiendo problema social como una condición establecida de difícil modificación, la cual interrumpe la interacción entre el sujeto y su entorno evitando que se satisfagan las necesidades básicas del individuo. El riesgo social, es la situación donde se presentan elementos que dificultan una buena relación entre el ambiente y el sujeto que incide en el aumento del

riesgo de padecer una enfermedad orgánica, psíquica o llegar a un problema social. (J.V. García González, 1999).

El estudio realizado por Villareal y Month, evaluó a una población de 275 adultos mayores en dos comunas de Colombia, se buscaba establecer la condición socio familiar, para lo cual se usó la escala de Valoración socio familiar de Gijón, encontrando que el 67.7% de los adultos mayores tenía una situación de riesgo socio familiar; siendo esto más representativo en mujeres con una significancia estadística de una $p < 0.05$. Dentro del estudio se describió las enfermedades más prevalentes en este grupo, siendo la HTA la más frecuente, seguida por cardiopatías isquémicas y enfermedades osteoarticulares (Villarreal Amarís & Month Arrieta, 2012).

CAPÍTULO III. MÉTODOS

1. JUSTIFICACIÓN

Con el estudio investigativo se identificó si existe relación entre el nivel de apoyo socio familiar de pacientes con HTA y la carga de medicamentos necesarios para su control óptimo.

Un estudio realizado en un Centro de Salud de la ciudad de Loja en Ecuador, sostiene que el 57,78% de pacientes hipertensos cumplen adecuadamente el tratamiento indicado, la mayoría pertenece al sexo femenino, en edades comprendidas entre 40 a 64 años, bajo un patrón mono-terapéutico. El éxito en el control de la HTA, ha sido por la adherencia al tratamiento farmacológico por parte de los pacientes, existiendo dependencia al apoyo familiar y el apoyo por parte del personal de salud (Rivera L. , 2018). Por ello, se pretende y justifica una investigación que pueda determinar la relación entre el nivel de apoyo socio familiar de pacientes con HTA y la carga de medicamentos necesarios para su control óptimo.

Partiendo del hecho de que las personas que sufren enfermedades crónicas, como es el caso de la HTA, deben cambiar su estilo de vida para mejorar sus niveles de PA para sobrellevar su enfermedad, es fundamental el apoyo familiar para lograr este mejoramiento de la calidad de vida (Menéndez Villalva, y otros, 2003).

La presente investigación es importante, pues de los resultados se espera obtener conclusiones y recomendaciones, que den pautas a los profesionales

de salud apoyando al manejo de sus pacientes con HTA, las cuales podrían influir en el estilo de vida de los pacientes en el marco del apoyo del grupo familiar en el acompañamiento para el cumplimiento del tratamiento farmacológico del paciente, la visita periódica al servicio médico, el apego a una dieta saludable, la disminución y/o eliminación de algunos factores conductuales de riesgo de la enfermedad como el tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo, la obesidad o sobrepeso, cifras elevadas de colesterol, en un ambiente y entorno cálido de comprensión al paciente (American Heart Association, 2017).

Actualmente, la HTA en los adultos mayores significa un progresivo problema de Salud Pública. Esta realidad se debe al aumento de la expectativa de vida tanto en países de altos ingresos, como en los de medianos y bajos ingresos. En el adulto mayor la HTA representa la causa más frecuente de consulta ambulatoria, pues es la patología de carácter crónica representativa para este grupo de la población. En los Estados Unidos, el 67% de las personas con más de sesenta años de edad cursan con HTA. (Salazar-Cáceres, Rotta-Rotta, & Otiniano-Costa, 2016).

El apropiado control de los valores de la PA en pacientes hipertensos, incrementa su expectativa y calidad de vida, no obstante, una problemática existente y correspondiente a su tratamiento médico, es que el aumento de la PA no manifiesta habitualmente aspectos y complicaciones de relevancia, generando al paciente una aparente sensación de que su HTA está controlada. Ante esta percepción, el fracaso de la terapia antihipertensiva se

asocia al incumplimiento del tratamiento prescrito por los especialistas de la salud. Por tanto, es primordial desplegar las estrategias necesarias para establecer las causas de esta falsa percepción. En consecuencia, el paciente hipertenso aprecia que su enfermedad es un elemento que quebranta la estabilidad familiar y si observa que el grupo familiar no aporta el apoyo necesario, progresivamente pierde su nivel de adherencia al tratamiento (Marín-Reyes & Rodríguez-Morán, 2001).

Banda O, Ibarra C, Nieto D., efectuaron en el año 2009, una investigación observacional, descriptivo-transversal correlacional para evaluar el automanejo de enfermedades crónicas, en 130 adultos mayores que asisten a control en unidades de primer nivel de atención en Ciudad Victoria, Tamaulipas-México, la edad de los pacientes fue igual o superior a 65 años diagnosticados con Diabetes e HTA. Los hallazgos determinaron la predominancia de pacientes del sexo femenino en la distribución de 65 a 82 años de edad (74%), de las cuales el 45% observan un automanejo del tratamiento farmacológico y otras indicaciones muy deficiente, por lo que se concluyó que el automanejo de enfermedades crónicas en adultos mayores, es deficiente en todas sus dimensiones y debe ser acompañado del apoyo familiar para lograr los objetivos del tratamiento (Leiva-Espinoza, 2017).

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La HTA es un problema de salud que aqueja a un porcentaje alto de la población actual y que por la falta de atención oportuna desencadena complicaciones severas.

Dada la atención que requiere esta enfermedad y los problemas por los cuales atraviesan quienes la padecen, es indispensable determinar los aspectos que contribuyen un adecuado manejo de la HTA y por tanto determinar si el apoyo familiar es uno de estos aspectos. Hay que tomar en cuenta que programas orientados al control de la HTA, se fundamentan en alcanzar una buena adherencia al tratamiento (Herrera, 2012).

El núcleo familiar es sumamente importante dentro de la sociedad, cuando uno de los miembros padece o es diagnosticado con una enfermedad, la familia se convierte en el principal apoyo económico y psicológico del paciente. Sin embargo, no en todos los casos se evidencia el apoyo familiar en las enfermedades crónicas, cayendo en situaciones de falta de conocimiento del padecimiento por los familiares, ausencia de apoyo socio familiar, desinterés por parte del enfermo, falta de adherencia al tratamiento, inasistencia al control médico (González, González, Vázquez, & González, 2012), (Fajardo & Papaqui, 2015).

1. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el nivel de apoyo socio familiar de pacientes con hipertensión arterial y la carga de medicamentos necesarios para su control óptimo, en consulta externa en el Centro de Salud Conocoto – Quito, en el mes de Octubre 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características sociodemográficas del grupo de estudio.
- Distinguir el tipo de tratamiento farmacológico prescrito a los pacientes.
- Describir las medidas no farmacológicas para el control de la enfermedad.
- Especificar la condición de la enfermedad al momento del estudio.
- Describir la situación socio familiar de los pacientes del estudio.
- Analizar el impacto que tiene el nivel de apoyo socio familiar y la carga de medicamentos en el control de la HTA.

2. HIPÓTESIS

Un buen nivel de apoyo socio familiar de pacientes con HTA ayuda a un mejor control de cifras tensionales siendo necesarios cargas menores de medicamentos para su control óptimo, en los pacientes de consulta externa en el Centro de Salud Conocoto – Quito, en el mes de octubre 2018.

3. METODOLOGÍA

El estudio corresponde a una investigación de campo cuantitativa, de tipo descriptivo transversal, donde se relacionaron las variables en estudio para el mes de octubre 2018 en el Centro de Salud de Conocoto, en la ciudad de Quito.

Tipo de estudio

La investigación es un estudio descriptivo transversal, puesto que se realizó con el grupo de pacientes que acudieron al centro de salud y que padecían HTA, obteniendo datos en el mes de octubre de 2018 tanto de su situación de apoyo socio familiar como de la carga de medicamentos. El tipo de estudio relacionará las dos variables, dependiente e independiente, y a través de la correspondencia estadística se podrá evidenciar el efecto y la conexión de las variables.

Operacionalización de variables del estudio

A continuación, se presentan operacionalización de las variables de estudio acorde a la escala de valoración socio-familiar de Gijón y el control de la HTA mediante los niveles de tensión y carga de medicamentos.

Tabla 5. Operacionalización de variables

Variab les	Definición	Indicador	Valor Final	Escala
Edad	Tiempo vivido por una persona contando desde la fecha de su nacimiento	Años de edad	Entre 60 y 70 años	Cuantitativa discreta
Sexo	Condición biológica-orgánica que distingue a los hombres de las mujeres	Valor absoluto y relativo de hombres y mujeres	Masculino y Femenino	Cualitativa nominal
Situación de apoyo socio familiar	Conjunto de contactos que la persona posee que permite vincularse con el medio ambiente, del cual la persona obtiene apoyo emocional, económico e instrumental, donde influye la relación socioeconómica	Puntaje obtenido a través de la escala de valoración socio familiar de Gijón	Buena situación socio familiar: 5-9 puntos Situación de riesgo socio familiar: 10-15 puntos Problema socio familiar: ≥16 puntos	Cualitativa nominal
Control anual	Visita consciente y voluntaria al control antihipertensivo en el servicio de Medicina Familiar	Número de veces que asiste al control en el servicio de Medicina Familiar durante un año	Menos de tres veces De 4-6 veces Más de 6 veces	Cualitativa nominal
Control de peso	Comparación del peso con controles previos	Peso registrado en la balanza automática	Mantiene su peso Aumentó de peso Disminuyó de peso	Cualitativa nominal
Alimentación	Tipo de alimentación que consume	Alimentación referida por el paciente	Dieta balanceada e hiposódica Dieta balanceada no hiposódica Dieta hiposódica no balanceada Dieta no balanceada	Cualitativa nominal

Ejercicio	Actividad física	Realizar ejercicio mínimo tres veces a la semana por 30 minutos	Si cumple No cumple	Cualitativa discreta
Carga de medicamentos	Valoración de la cantidad de los medicamentos recetados a un paciente que presenta una patología.	Cantidad de medicamentos recetados para el control hipertensivo	Monoterapia (un medicamento para el control de la HTA) Multiterapia (más de un medicamento para el control de la HTA)	Cualitativa Discreta
Control de la enfermedad	Medida cualitativa de los niveles de hipertensión medidas a través de la presión arterial	Control de la enfermedad	Controlada (<140/90 mmHg) No controlada (≥140/90 mmHg)	Cualitativa Discreta

Muestra

El estudio se enfocó en los pacientes con diagnóstico de HTA que fueron atendidos en la consulta externa de medicina familiar del Centro de Salud de Conocoto que acudieron a su control, en el mes de octubre 2018 que cuenten con los criterios de inclusión.

Dado que el estudio se estableció en un período específico, se consideró a toda la población de estudio dentro del período especificado, de los cuales se obtuvo información relevante de la relación que existe entre el apoyo socio familiar y los medicamentos para el control óptimo de la HTA, por lo tanto, el tamaño de la muestra estuvo en relación al período en el cual se realizó la investigación.

La muestra la constituyó todo el universo, todos los pacientes con HTA que acudieron a control en consulta externa de Medicina Familiar en el periodo de Octubre de 2018, que cumplieron con los criterios de inclusión:

Tabla 6. Criterios de inclusión y exclusión para el estudio

Atributos	Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Pacientes Hipertensos	Sexo masculino y femenino, mayores de edad, y con un rango comprendido 60-70 años de edad	Sexo masculino y femenino, mayores de edad, con un rango de edad menor de 60 años y mayor de 70 años de edad
	En control de consulta externa de Medicina Familiar durante el mes de octubre 2018 y con más de un año de asistencia a control	En control de consulta externa de Medicina Familiar durante el mes de octubre 2018 y con menos de un año de asistencia a control
	Bajo tratamiento médico farmacológico por el servicio de Medicina Familiar dentro del Centro de Salud Conocoto por un periodo igual o mayor de un año.	Bajo tratamiento médico farmacológico por el servicio de Medicina Familiar dentro del Centro de Salud Conocoto por un periodo menor a un año.
	Pacientes que autoricen voluntariamente su inclusión en el estudio	Pacientes que no autoricen voluntariamente su inclusión en el estudio

Procedimientos de recolección de información

El estudio se fundamentó en la revisión de la literatura actual para determinar el estado de la patología estudiada, se revisaron los repositorios digitales de instituciones especializadas y de universidades nacionales e internacionales, así mismo páginas de instituciones y organizaciones médicas tanto nacionales como internacionales en el área de la salud, de la misma forma se consultaron investigaciones en motores de búsquedas especializados en el área investigada.

Se evaluó la información contenida en las historias clínicas de los pacientes para obtener datos sobre su tratamiento farmacológico y condición de la enfermedad, además se recopiló información sobre su tratamiento no farmacológico mediante una encuesta realizada a los participantes y finalmente se realizó la valoración socio familiar mediante la herramienta “Escala de apoyo socio familiar de Gijón” un instrumento que permitió la relación de las variables propuestas.

Plan de análisis de datos

Para la recolección de la información se usó la escala de valoración socio familiar de Gijón. La escala recoge aspectos sociales y los integra hacia las condiciones en las que viven tomando en cuenta situación económica, convivencia, relaciones sociales, apoyos de la red social y condiciones de la vivienda. De acuerdo a la percepción del paciente son puntuadas en una escala de 1 a 5. La información obtenida fue tabulada en el programa Excel 16.0 y haciendo uso del programa SPSS Versión 24 se analizó los resultados, se obtuvo los gráficos y los cruces entre variables.

4. ASPECTOS BIOÉTICOS

La presente investigación no realizó una intervención a los pacientes, sino que recopiló información de los mismos a través de un cuestionario y de la ficha médica.

El nivel de apoyo socio familiar de pacientes con HTA se analizó mediante un cuestionario y la carga de medicamentos se obtuvo con los datos de la

ficha médica de los pacientes, para ello se obtuvo la autorización del Centro de Salud Conocoto Tipo C, así como de la Universidad para la recopilación de esta información.

Para respaldo se hizo firmar un consentimiento autorizado a los pacientes que participaron en el estudio, con el fin de sustentar la investigación y obtener la información válida de los participantes. Para cada paciente se usó un código de cifrado, para mantener la privacidad.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

ANÁLISIS UNIVARIADO

La muestra de pacientes hipertensos que acudieron a control a Medicina Familiar del Centro de Salud Conocoto de la ciudad de Quito para el mes de Octubre 2018, que cumplieron con los criterios de inclusión, fue de 278 personas.

Tabla 7. Frecuencias y porcentajes de la variable sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	195	70,14
Masculino	83	29,86
Total	278	100,00

Del total de la muestra, el 29,86% correspondieron al sexo masculino y 70,14% pertenecieron al sexo femenino. Observándose una predominancia del sexo femenino de los pacientes que acuden al control en el Centro de Salud.

Tabla 8. Tipo de terapia prescrita a los pacientes del estudio

	Frecuencia	Porcentaje
Multiterapia	105	37,77
Monoterapia	173	62,23
Total	278	100,00

Se encontró que en la población estudiada existía una mayor frecuencia de pacientes que eran tratados a base de monoterapia (62.23%), y dentro de del grupo de monoterapia, el medicamento prescrito con mayor frecuencia fue Losartán con un 47.4%, seguido de Enalapril con un valor de 39.9%. Mientras

que los pacientes que reciben multiterapia constituyeron un 37.77%, y dentro de estos la combinación prescrita con mayor frecuencia fue Losartán + Clortalidona en un 39%, seguido de Losartán + Amlodipino en un 33.3%.

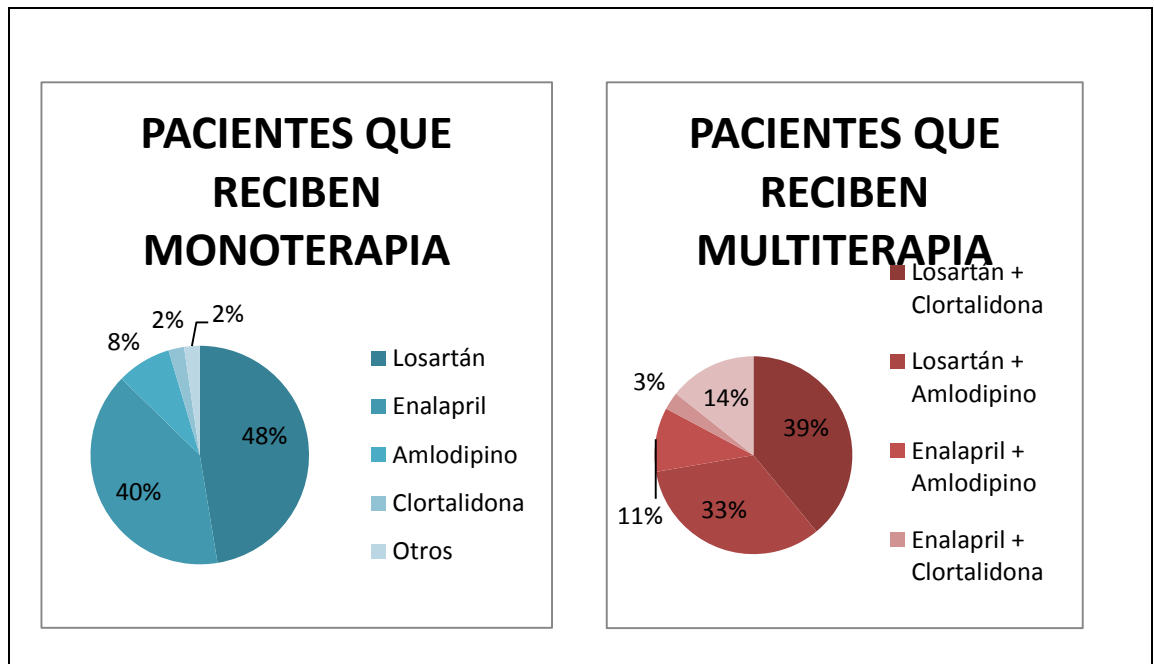


Figura 2. Distribución de medicamentos prescritos a los participantes del estudio

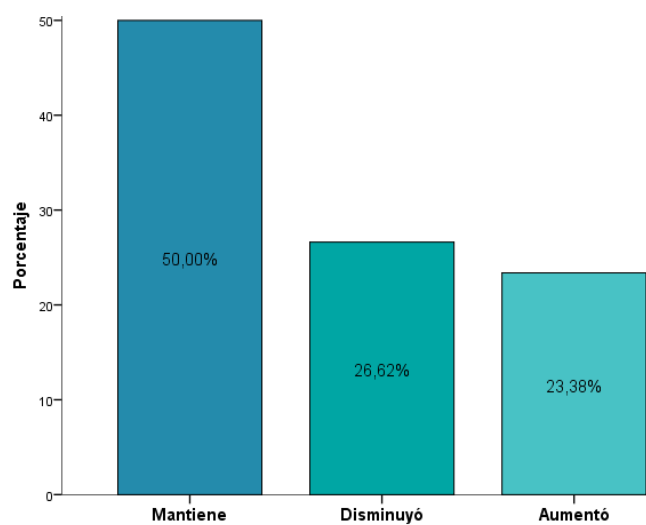


Figura 3. Distribución del control de peso en los pacientes

Los pacientes que participaron mayoritariamente muestran un patrón de peso sin variación con respecto al peso registrado en evaluaciones anteriores en un 50%, mientras que el 26,62% (74 pacientes) disminuyó de peso y el restante 23,38% (65pacientes) aumentó de peso.

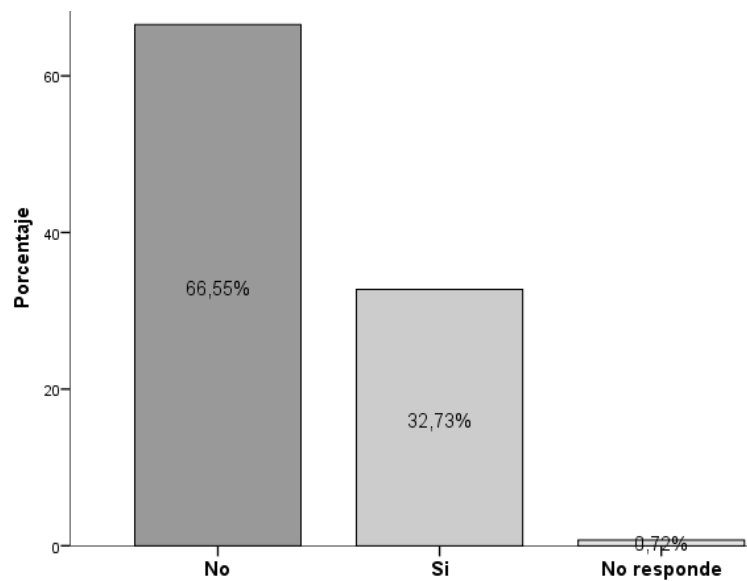


Figura 4. Ejercicio realizado por los pacientes

Los pacientes evaluados en el estudio muestran una tendencia al sedentarismo pues el 66,55% no cumple con las recomendaciones no farmacológicas en cuanto a la práctica de ejercicio. Un 32.73% de los pacientes realizaban ejercicio de manera regular. Dentro de este ítem dos pacientes no respondieron.

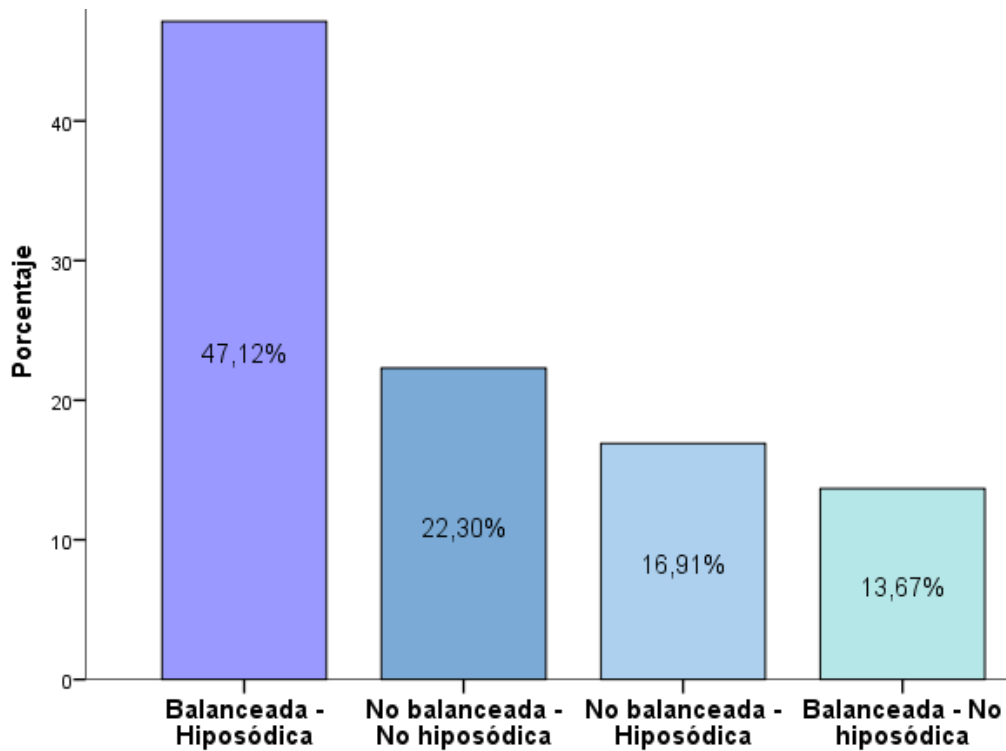


Figura 5. Tipo de dieta consumida por los pacientes

Al valorar la dieta que consumen los pacientes evaluados se encontró que un 77,7% de los pacientes refiere que ha realizado cambios con el fin de ayudar al control de su presión, consumiendo una dieta balanceada e hiposódica en un 47.12%, otros pacientes, representando el 30,58%, tienen una dieta balanceada pero no hiposódica o hiposódica pero no balanceada, denotando que también han comenzado con modificaciones en su alimentación. Sin embargo, un 22.30% de los pacientes, no ha hecho modificaciones en su alimentación, consumiendo una dieta no balanceada y no hiposódica.

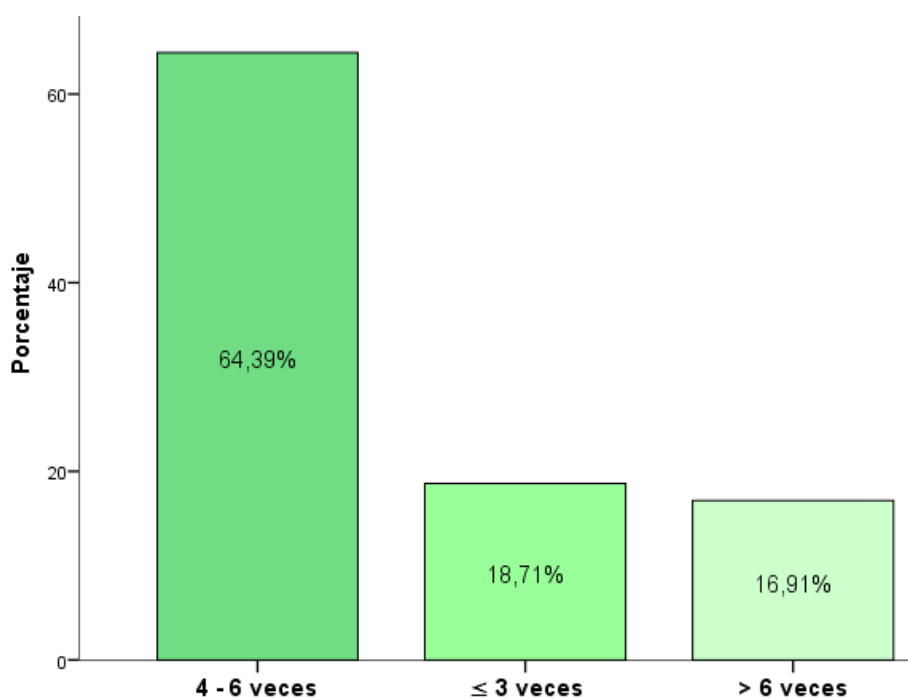


Figura 6. Número de controles anuales en Medicina Familiar realizados por los pacientes

La muestra estudiada permite concluir que el 64,39% realizan entre 4 a 6 visitas anuales para efectos de control de su enfermedad, de la misma forma 16,91% supera los 6 controles anuales, lo cual totaliza que el 81,3% de los pacientes asisten con regularidad a sus controles médicos. Sin embargo, un 18,71% acuden a control con una frecuencia inferior a las tres veces al año.

Tabla 9. Presencia de comorbilidades en los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje
Si	238	85,60
No	40	14,40
Total	278	100,00

Dentro del estudio el 85.6% de los participantes cursa con otra enfermedad a más de HTA, dentro de estas la más frecuente fue la presencia de Diabetes Mellitus, la cual se reportó en 59 pacientes que equivale a un 21,2%; la

segunda enfermedad más frecuente en el grupo de estudio fue la obesidad en un 19.06% que equivale a 53 participantes, otras enfermedades frecuentes fueron el hipotiroidismo presente en 27 pacientes (9.71%), gastritis en 30 pacientes (10.79%), artrosis en 21 pacientes (7.5%); por otro lado 40 pacientes equivalente al 14,4% no refirieron presentar alguna comorbilidad. La presencia o no de comorbilidades fue confirmada al revisar la historia clínica del paciente.

Tabla 10. Control de la enfermedad

	Frecuencia	Porcentaje
No ($\geq 140/90$)	58	20,86
Si ($< 140/90$)	220	79,14
Total	278	100,0

A efectos de considerar como cifras tensionales bajo control las mediciones iguales o inferiores a 140/90mmHg y no controladas aquellos valores de mediciones que superen los 140/90mmHg, se presentan los siguientes resultados de la investigación efectuada. El 79,14% de los pacientes durante el periodo de estudio presentó una enfermedad bajo control mientras que solo el 20,86% de los pacientes se encontraron sobre los rangos de control de la HTA.

Tabla 11. Situación de apoyo socio familiar. Escala de Gijón

	Frecuencia	Porcentaje
Buena situación socio familiar	98	35,25
Existe riesgo socio familiar	133	47,84
Problema socio familiar	47	16,91
Total	278	100,0

En cuanto a la valoración socio familiar aplicando la escala de Gijón, se obtuvo que solo un 35.35% tiene una buena situación socio familiar, mientras que, en su mayoría, un 64.75%, la situación socio familiar que presentaban era inadecuada, reportando que el 47.84% de la muestra se encontraba en riesgo socio familiar y un 16.91% tenía un problema socio familiar.

Tabla 12. *Descripción de la situación familiar de los pacientes estudiados*

	Frecuencia	Porcentaje
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	150	53,96
Vive con cónyuge de similar edad	40	14,39
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	17	6,12
Vive solo y tiene hijos próximos	44	15,83
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	27	9,71
Total	278	100,00

Respecto a la situación familiar de los pacientes estudiados se evidenció que, en su mayoría, un 53.96%, vive con su familia y además no tiene dependencia física o psíquica, solo un 6.12% de los pacientes tienen dependencia psíquica o física, pero viven con su familia. Notamos que en cuanto a la situación familiar solo un 9.71% vive solo sin familiares cercanos que puedan brindar ayuda.

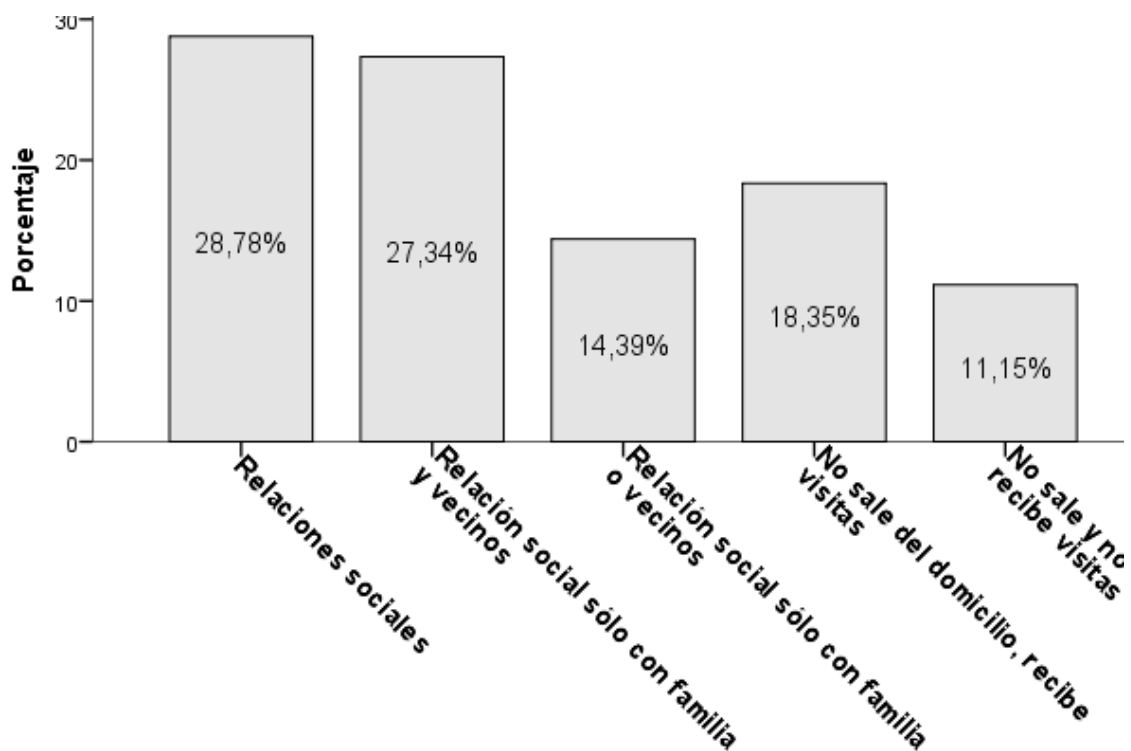


Figura 7. Descripción de las relaciones sociales de los pacientes estudiados

De los pacientes que participaron, en cuanto a las relaciones sociales un 41.7% mantenía alguna relación social ya sea con vecinos o familiares. Pero solo el 28.78% presentaba relaciones sociales con grupos de amigos que brindaban medios de distracción y apoyo. Mientras que un 11.15% de los participantes no mantenía ningún tipo de relación social, pues se encontraba en su casa y no recibía visitas.

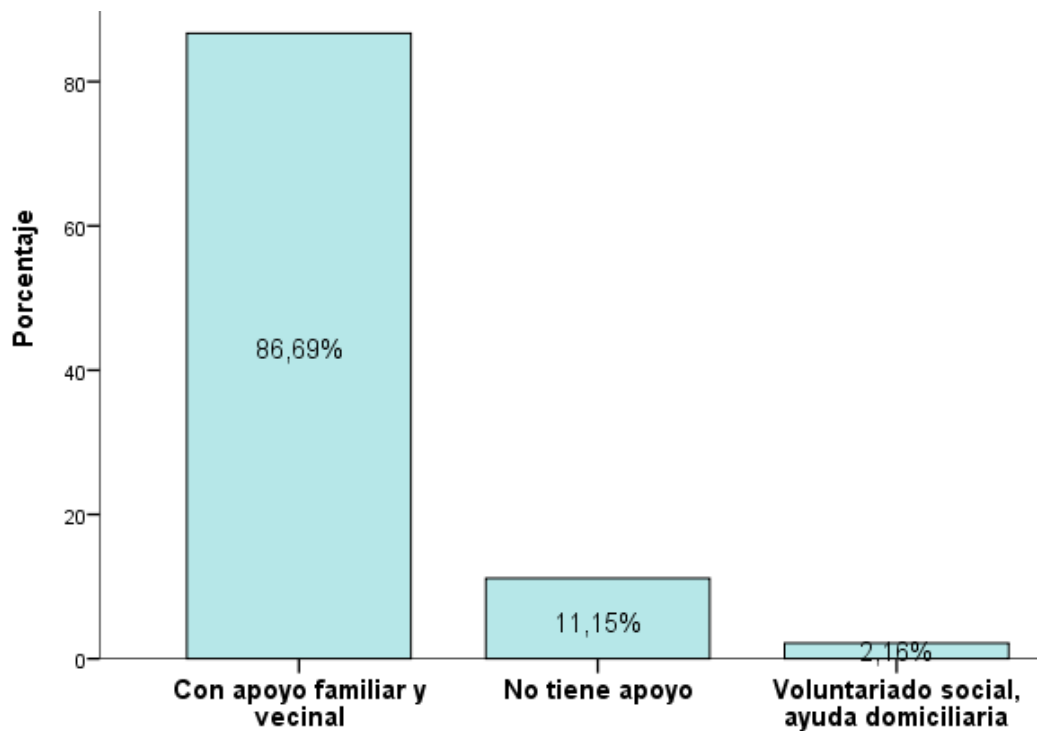


Figura 8. Descripción del apoyo de la red social

Los pacientes hipertensos estudiados manifestaron contar con apoyo familiar o vecinal en un 86.69%, un dato importante si tomamos en cuenta que la población estudiada corresponde a personas de edad avanzada y que necesitan el apoyo de redes cercanas para lograr un control de su enfermedad. Por otra parte, el 11.15% percibe no tener apoyo familiar.

ANÁLISIS BIVARIADO

Tabla 13. Situación de apoyo socio familiar en relación al control de la enfermedad

		HTA controlada		Total
		No (≥140/90)	Si (<140/90)	
Situación de apoyo socio familiar	Buena situación socio familiar	9 9,2%	89 90,8%	98 100,0%
	Existe riesgo socio familiar	22 16,5%	111 83,5%	133 100,0%
	Problema socio familiar	27 57,4%	20 42,6%	47 100,0%
Total		58 20,9%	220 79,1%	278 100,0%

Chi Cuadrado= 47,7. $p = 0,00$

De la población estudiada se observa que del total de los pacientes que presentan un problema social, el 57.4% no tiene a su enfermedad bajo control vs un 42.6% que al momento del estudio presentaba su enfermedad controlada. En cuanto a los pacientes con una buena situación socio familiar, en su mayoría, un 90.8% tenían controlada su patología y solo un 9.2% no lograban un control adecuado. Analizando a los participantes con riesgo socio familiar se evidencia que, al igual que en los que presentaron buena situación socio familiar; casi la totalidad, un 83.5%, mantenían bajo control la HTA y un 16.5% no lo conseguían.

Tabla 14. Situación de apoyo socio familiar en relación a la terapia

		Tipo de terapia		Total
		Multiterapia	Monoterapia	
Situación de apoyo socio familiar	Buena situación socio familiar	2	96	98
		2,0%	98,0%	100,0%
	Existe riesgo socio familiar	61	72	133
		45,9%	54,1%	100,0%
	Problema socio familiar	42	5	47
		89,4%	10,6%	100,0%
Total		105	173	278
		37,8%	62,2%	100,0%

Chi Cuadrado= 110,1. $p = 0,00$

En cuanto a los pacientes se encuentran en situación de problema social, casi en la totalidad se manejan bajo un tratamiento de multiterapia, en un 89.4%, caso contrario se observa, en aquellos con una buena situación socio familiar, dentro de los cuales el 98% se maneja en base a una monoterapia. En relación a los pacientes con una situación de riesgo socio familiar no existió mayor diferencia en cuanto al tratamiento que recibían, puesto que un 45.9% tenía un tratamiento con multiterapia y el 54.1% con monoterapia.

Tabla 15. Tipo de terapia en relación al control de la enfermedad

		HTA controlada		Total
		No ($\geq 140/90$)	Si ($< 140/90$)	
Tipo de terapia	Multiterapia	40	65	105
	Monoterapia	18	155	173
Total		58	220	278

Chi cuadrado: 30,34. $p: 0,00$

En la población estudiada, del total de pacientes que tienen monoterapia como tratamiento para el control de su enfermedad, se observa que el 89.6%

mantiene su enfermedad bajo control. En relación a los pacientes tratados con multiterapia, el 61.9% del total, también presenta su enfermedad controlada. Al analizar el total de los pacientes con un HTA no controlada se encontró que el 69% pertenecía al grupo de monoterapia.

Tabla 16. Situación de apoyo socio familiar en relación a la presencia a no de comorbilidades

		Presenta comorbilidades		Total
		Si	No	
Situación de apoyo socio familiar	Buena situación socio familiar	80 81,6%	18 18,4%	98 100,0%
	Existe riesgo socio familiar	114 85,7%	19 14,3%	133 100,0%
	Problema socio familiar	44 93,6%	3 6,4%	47 100,0%
Total		238 85,6%	40 14,4%	278 100,0%

Chi cuadrado: 3,7. *p*: 0.157

Analizando la presencia de comorbilidades en los pacientes del estudio, de acuerdo a su situación socio familiar; se obtuvo una alta prevalencia de pacientes que presentaban comorbilidades en cada uno de los niveles de situación socio familiar, siendo para aquellos con buena situación, una prevalencia de 81.6%, con riesgo socio familiar, 85.7% y los pacientes con un problema socio familiar, 93.7%. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre estas variables.

Tabla 17. Relación entre el sexo de los pacientes con la situación de apoyo socio familiar

		Situación de apoyo socio familiar			Total
		Buena situación socio familiar	Existe riesgo socio familiar	Problema socio familiar	
Sexo	Femenino	61 31,30%	103 52,80%	31 15,90%	195 100,00%
	Masculino	37 44,60%	30 36,10%	16 19,30%	83 100,00%
Total		98 35,30%	133 47,80%	47 16,90%	278 100,00%

Chi cuadrado: 6,6. *p*: 0,035

En la población estudiada al analizar las variables por sexo, en cuanto al sexo femenino, se evidenció que el 52.8% de las pacientes presentaban una situación de riesgo socio familiar, en comparación al sexo masculino donde la situación de riesgo se presentaba en un 36.1%. Al comparar el sexo con la presencia de una buena situación socio familiar, se evidenció que el sexo femenino, presentaba esta situación en un 31.30%, mientras que los hombres con una buena situación socio familiar representaban el 44.6%.

Tabla 18. Relación entre la situación de apoyo socio familiar y el control de peso de los pacientes

		Control de peso			Total
		Disminuyó	Mantiene	Aumentó	
Situación de apoyo socio familiar	Buena situación socio familiar	33 44,6%	43 30,9%	22 33,8%	98 35,3%
	Existe riesgo socio familiar	29 39,2%	76 54,7%	28 43,1%	133 47,8%
	Problema socio familiar	12 16,2%	20 14,4%	15 23,1%	47 16,9%
Total		74 100,0%	139 100,0%	65 100,0%	278 100,0%

Chi cuadrado: 7,4; *p*: 0,15

En cuanto al control de peso en los tres niveles de situación sociofamiliar se encontró una predominancia de mantener el peso en relación con controles pasados. Analizando las categorías de control de peso, se evidenció que del total de los pacientes que disminuyeron su peso, el 44.6% presentaba una buena situación sociofamiliar; en cuanto a los hipertensos que aumentaron de peso, un 43.1%, se encontraba en una situación de riesgo sociofamiliar; finalmente tomando en cuenta aquellos pacientes que mantenían su peso el 54.7% también se encontraban en la categoría de riesgo socio familiar.

Tabla 19. *Relación entre la situación de apoyo socio familiar y la práctica de ejercicio*

		Realiza ejercicio			Total
		Si	No	No responde	
Situación de apoyo socio familiar	Buena situación socio familiar	43 47,3%	54 29,2%	1 50,0%	98 35,3%
	Existe riesgo socio familiar	36 39,6%	96 51,9%	1 50,0%	133 47,8%
	Problema socio familiar	12 13,2%	35 18,9%	0 0,0%	47 16,9%
Total		91 100,0%	185 100,0%	2 100,0%	278 100,0%

Chi cuadrado: 9,2. *p*: 0,55

Tomando en cuenta la práctica de ejercicio realizada por los pacientes, se encontró que la mayoría de pacientes en las tres categorías de situación socio familiar no realizaban ejercicio; al analizar la variable de los participantes que si realizan ejercicio se observó que un 47.3% pertenecían al grupo de pacientes con buen apoyo socio familiar, un 39.6% tenía una situación de riesgo socio familiar y solo un 13.2% tenía un problema socio familiar. Por el contrario, del total de hipertensos que no realizaban ejercicio un 51.9%, tenía

una situación de riesgo socio familiar; un 29.2%, tenía una buena situación socio familiar y un 18.9% se encontraba con un problema socio familiar.

Tabla 20. *Relación entre la situación de apoyo socio familiar y la dieta consumida por los pacientes*

		Tipo de dieta				Total
		Balanceda - Hiposódica	No balanceada - Hiposódica	Balanceda - No hiposódica	No balanceada - No hiposódica	
Situación de apoyo socio familiar	Buena situación socio familiar	48 49,00%	20 20,40%	16 16,30%	14 14,30%	98 100,00%
	Existe riesgo socio familiar	62 46,60%	23 17,30%	15 11,30%	33 24,80%	133 100,00%
	Problema socio familiar	21 44,70%	4 8,50%	7 14,90%	15 31,90%	47 100,00%
	Total	131 47,10%	47 16,90%	38 13,70%	62 22,30%	278 100,00%

Chi cuadrado: 9,0. *p*: 0,16

De los pacientes con una buena situación socio familiar, el 49% consumía una dieta balanceada e hiposódica, mientras el 14,3%, no había realizado cambios en su alimentación, consumiendo una dieta no balanceada ni hiposódica. De los pacientes que se encontraban en la categoría de riesgo sociofamiliar, se evidencia un porcentaje similar al anterior en cuanto al consumo de una dieta balanceada hiposódica, con un 46.6%; coincidiendo también con los pacientes que presentaban una situación de problema socio familiar, dentro de los cuales un 44.7% tenía una dieta balanceada-hiposódica.

Tabla 21. *Relación entre la situación de apoyo socio familiar y los controles médicos a los que acuden los pacientes anualmente*

		Número de controles al año			Total
		≤ 3 veces	4 - 6 veces	> 6 veces	
Situación de apoyo socio familiar	Buena situación socio familiar	13 13,30%	69 70,40%	16 16,30%	98 100,00%
	Existe riesgo socio familiar	26 19,50%	85 63,90%	22 16,50%	133 100,00%
	Problema socio familiar	13 27,70%	25 53,20%	9 19,10%	47 100,00%
Total		52 18,70%	179 64,40%	47 16,90%	278 100,00%

Chi cuadrado: 5,2. *p*: 0,26

En cuanto al número de controles realizados por los pacientes, de acuerdo a la situación de apoyo socio familiar, se evidencia que en cada uno de los niveles existe una mayor prevalencia de hipertensos que realizan de 4-6 controles anuales. Siendo para aquellos con una buena situación socio familiar, un 70.4%; los que tienen riesgo social, un 63.9%, y para aquellos con problema social, un 53,2%. Tomando en cuenta el total de pacientes que acuden a controles menos de 3 veces al año, se observa que el 50% pertenece al grupo de pacientes con riesgo socio familiar.

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN Y LIMITACIONES

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio son afines y análogos con los presentados en el estudio de Banda & col. (2009), donde se evaluó a 130 adultos mayores que asisten a control en unidades de primer nivel de atención en Ciudad Victoria, Tamaulipas. México, la edad de los pacientes fue igual o superior a 65 años y la predominancia de pacientes fue del sexo femenino. En la presente investigación igualmente la predominancia significativa fue del sexo femenino (Leiva-Espinoza, 2017).

De la misma manera los resultados de la presente investigación coinciden con el estudio realizada en un centro de salud de la ciudad de Loja-Ecuador en 2018, donde se sostiene que el 57,78% de pacientes hipertensos es de predominancia femenina y al igual que en el presente estudio su control médico es predominantemente farmacológico de carácter mono-terapéutico (Rivera L. G., 2016).

En cuanto al manejo de los hipertensos en el Centro de Salud Conocoto-Quito, lo encontrado en relación al tipo de terapia prescrito, coincide con el trabajo de investigación realizado por Simbaña; donde se halló que la mayoría de pacientes hipertensos se manejaban en base a monoterapia y en cuanto al control de la enfermedad, reportó que un 85.1% de los pacientes lograban un adecuado control de la HTA (Simbaña, 2018). En el presente estudio se obtuvo datos similares encontrando que, un 62,23%, pacientes se manejan con monoterapia, de la misma manera se recalca que los medicamentos más

prescritos fueron los IECA y ARA II, lo cual a su vez coincide con la propuesta en cuanto a inicio de tratamiento de las guías internacionales. En relación al control de la enfermedad se halló que el 79.14% de los pacientes tenía su enfermedad bajo control.

En cuanto a las comorbilidades presentadas, se encontró que, los pacientes, en su mayoría presentaban una o varias comorbilidades, siendo las más comunes: diabetes, obesidad, hipotiroidismo; estos datos coinciden con los resultados de la investigación por Basantes & Pilamunga, donde del total de hipertensos estudiados en el Centro de Salud Conocoto, 87% reportaron comorbilidades, siendo las de mayor frecuencia las enfermedades metabólicas (Basantes Orbea & Pilamunga Shaca, 2018).

También los resultados de este estudio coinciden con los efectuados por Peñarrieta, Reyes, Krederdt, Flores, Reséndiz y Chávez, en México durante el año 2015 y citados como antecedentes de esta investigación. La muestra fue de 562 individuos: 400 pacientes cursaban con otras comorbilidades conexas a la HTA muy significativas como diabetes mellitus y 162 pacientes con otros diagnósticos como cáncer, entre otros (Peñarrieta de Córdova, y otros, 2015). De la misma forma en el presente estudio es muy significativa la presencia de comorbilidades siendo una de las principales la diabetes mellitus.

Los tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos evidenciados en el presente estudio coinciden con las tendencias actuales en el abordaje de la HTA. Especialmente se observa que los pacientes estudiados asumen

modificaciones significativas en su dieta, tal como lo señalan múltiples estudios y las fuentes consideradas para la presente investigación, igualmente y significativamente acuden a sus controles regulares para evaluar y controlar sus cifras tensionales tal como le evidencian la mayoría de las fuentes citadas en este estudio, lastimosamente algunos de los pacientes han asumido las tendencias actuales en cuanto al sedentarismo, dejando de lado las recomendaciones propuestas por guías para el manejo de HTA en cuanto a la actividad física.

En cuanto a la situación de apoyo socio familiar, los datos obtenidos en la presente investigación son similares a los obtenidos en el estudio realizado por Ruiz-Dioses & col., donde de los 301 pacientes, el 46,2%; tiene una situación de riesgo socio familiar, un 28,9% tiene un problema social y el 24,9% tiene una buena situación socio familiar; en comparación con los datos obtenidos en este estudio donde el 47,84 presenta una situación de riesgo sociofamiliar y el 16,91% ya tiene un problema social. Ambos estudios demostraron una alta prevalencia de riesgo socio familiar, en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas. Mostrando la importancia de analizar este parámetro para una valoración integral en este grupo de edad (Ruiz-Dioses, Campos-León, & Peña, 2008).

En la presente investigación se evidencia una relación entre la situación de apoyo socio familiar y control de la enfermedad, es así que los pacientes con una buena situación socio familiar logran un control óptimo de su condición, ya sea con monoterapia o multiterapia; mientras que pacientes que se

encuentran en riesgo socio familiar o problema social no logran controlar su enfermedad sin importar la carga de medicamentos prescrita.

El núcleo familiar demostró ser un pilar importante en el manejo de la HTA, por lo cual es necesario tener una herramienta para su valoración en las primeras consultas del paciente hipertenso, con el fin de establecer un manejo integral, la herramienta para su valoración deberá ser de fácil manejo y comprensión tanto para el personal de salud como para los pacientes.

En cuanto a la relación del apoyo socio familiar en base del sexo de los pacientes, se encontró que las mujeres tenían una mayor prevalencia de situación de riesgo socio familiar en comparación a los hombres; concordando con el estudio de Villareal & col, donde se usó la misma herramienta para valorar la situación socio familiar; estudio donde se sugiere el empleo de la Escala de Gijón, pues permite tener una perspectiva de la condición de riesgo social y fragilidad en la cual viven los pacientes, lo cual es un factor importante para lograr su cuidado integral (Villarreal Amarís & Month Arrieta, 2012).

LIMITACIONES

En el estudio, para la recolección de información se utilizó la técnica de encuesta, en la cual las repuestas son subjetivas pudiendo sesgar la información y los resultados obtenidos, debido a que los datos recolectados, dependen de la comprensión e interpretación de la encuesta por parte de los participantes.

En cuanto a los participantes, el estudio se limitó a un rango de edad de 60-70 años, pues se pretendió que sean los pacientes quienes respondan a la encuesta y no sus familiares o acompañantes, con el fin de obtener datos certeros en cuanto a la realidad de cada paciente; se consideró que en ese rango de edad los participantes podrían responder de manera independiente a las preguntas.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

La HTA constituye un problema de salud público y es importante la realización de estudios que se enfoquen en su prevención, tratamiento y prevención de complicaciones, en base al presente estudio, se puede concluir que:

- La mayor parte de los pacientes hipertensos del estudio presentaban un manejo de su enfermedad en base de Monoterapia, donde los Antagonistas de la Angiotensina II y los Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina fueron los fármacos prescritos con mayor frecuencia, concordando con las guías de la AHA y el ESC en cuanto a fármacos de primera línea para inicio de tratamiento.
- Existe una asociación entre la situación de apoyo socio familiar y el control de la enfermedad. De la población estudiada, la mayoría tiene bajo control su enfermedad, y al analizar el factor socio familiar, se encontró que los pacientes con una buena situación sociofamiliar o incluso con riesgo socio familiar tienen bajo control su enfermedad en casi la totalidad de los pacientes; sin embargo, más de la mitad de los pacientes que se encuentran con un problema socio familiar no puede controlar su patología.
- Se encontró una asociación entre la carga de medicamentos y la situación socio familiar de los pacientes, mientras que los pacientes con buena situación se controlaban en su mayoría con monoterapia, los pacientes con un problema social eran manejados con multiterapia.

- En cuanto al control de la enfermedad en relación con el tipo de terapia prescrita, se encontró que del total de los pacientes que presentaban una enfermedad controlada existió un mayor número de pacientes tratados en base a monoterapia.
- No se encontró una asociación entre la situación socio familiar de los pacientes en relación con la presencia o no de comorbilidades. Se observa que en su mayoría indiferentemente de la situación socio familiar que tengan si presentan comorbilidades.
- No se estableció relación entre la situación socio familiar y el número de controles anuales en los pacientes estudiados, tanto en los pacientes con buena situación socio familiar, riesgo o problema socio familiar se observó una asistencia con regularidad a sus controles en el Centro de Salud, con una frecuencia de 4-6 veces al año. Se puede interpretar que la mayoría de los pacientes valora significativamente la asistencia al control médico anual como parte de su dinámica individual para la mejora continua de su salud a través de la intervención oportuna de sus especialistas tratantes.
- En cuanto a las medidas no farmacológicas analizadas que fueron el control de peso, ejercicio y tipo de dieta mantenida por los pacientes, se encontró que existía una falta de adherencia al tratamiento no farmacológico, pero pese a esto la mayor parte de la población estudiada mantenía su enfermedad bajo control.
- No se encontró que la situación socio familiar influyera en cuanto a la conducta de realizar ejercicio o el control de peso, pero si se evidenció

que aquellos pacientes que consumían una dieta balanceada hiposódica en su mayoría tenían un buen apoyo socio familiar.

RECOMENDACIONES

- En base a los resultados sobre la influencia del apoyo socio familiar en el manejo de la enfermedad, se recomienda la implementación de una escala de valoración socio familiar, como método para la evaluación de redes de apoyo en el paciente hipertenso, misma que debería ser aplicada en etapas tempranas del diagnóstico pues con ello podremos guiar al paciente y a su red socio familiar hacia un mejor control de la enfermedad, mejorando la calidad de vida.
- Se sugiere hacer un mayor énfasis en cuanto a las medidas no farmacológicas, debido a que en el estudio la mayoría de los pacientes no tenían una adherencia en este aspecto, se recomienda explicar cada la importancia de los cambios en el estilo de vida frente a su patología, además ejemplificar de manera sencilla aspectos como la dieta o ejercicio con el fin de que los pacientes pueden adaptarlos fácilmente a su estilo de vida.
- Se sugiere promover una interacción del paciente con sus redes de apoyo socio familiar en el ámbito de su enfermedad, como por ejemplo motivar a que acuda acompañado sus próximas consultas, pues así las personas cercanas conocerán más sobre su condición y la manera en la que pueden contribuir para un adecuado control.

- Se recomienda la realización de capacitaciones tanto para pacientes como para familiares o amigos cercanos, donde se exponga la importancia de brindar apoyo al enfermo y se oriente sobre el cuidado que debería tener en su vida diaria.
- Se sugiere el manejo integral del paciente, se pretende un trabajo en conjunto con los médicos, enfermeras, personal de trabajo social y de psicología. Si bien el papel del médico es fundamental para el control de la enfermedad, el seguimiento de Psicología es también importante, pues se necesita de su apoyo para afrontar la presencia de una enfermedad, que conforma una crisis no normativa en la persona y que afecta también su entorno familiar y social.
- Se recomienda realizar el análisis socio familiar de los pacientes, y en caso de encontrar situaciones de riesgo, abordar tempranamente a la familia y al paciente, lo cual se puede respaldar con visitas domiciliarias, pues se podrá evaluar el entorno del paciente y a su familiar, con el fin de brindar una mejor asesoría sobre el apoyo que familia y amigos pueden brindar a la persona enferma.

BIBLIOGRAFÍA

5. Fernández-Lisón, L., Barón-Franco , B., Vázquez-Domínguez , B., Martínez-García, T., Urendes-Haro, J., & Pujol de la Llave, E. (2006). Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos polimedicados. *Farm Hosp.* 2006;30, 208-283.
6. Instituto Mexicano del Seguro Social. (2014). *Evaluación y Seguimiento Nutricional del Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención*. México: CENETEC.
7. AHA, ACC. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. *JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY*, VOL . 71 , NO. 19 ,.
8. AHA/ASA. (13 de Noviembre de 2017). *Redefinición de la hipertensión arterial por primera vez en 14 años: 130 es el nuevo valor para la presión alta*. Obtenido de Welcome to the AHA / ASA Newsroom: <https://newsroom.heart.org/news/redefinicion-de-la-hipertension-arterial-por-primera-vez-en-14-anos-130-es-el-nuevo-valor-para-la-presion-alta>
9. Allen, K., Blascovich, J., & Mendes, W. (2002). Cardiovascular reactivity and the presence of pets, friends, and spouses: the truth about cats and dogs. *Psychosom Med.*, 64:727-39.

10. Alonso, A., & Martínez-González, M. (2004). Olive oil consumption and reduced incidence of hypertension: the SUN study. *Lipids*, 39(12):1233-8.
11. American College of Cardiology. (2012). Alimentación saludable: La dieta DASH - [Healthy Eating: The DASH Diet]. *Recuperado de <https://www.cardiosmart.org/~media/Documents/Fact%20Sheets/es-US/zx1344.ashx>*.
12. American College of Cardiology. (2017). Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology. *American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines*, 71:e127-e248.
13. American College of Cardiology. (2018). *JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY*, VOL . 71 , NO. 19 ,.
14. American Heart Association. (2017). Recuperado el 16 de Julio de 2018, de ¿Qué es la presión arterial alta? Respuestas al corazón: https://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@hcm/documents/downloadable/ucm_316246.pdf
15. Anselmi M, A. F. (2003). Tratamiento y control de la hipertensión arterial en una comunidad rural del Ecuador. *LANCET*, Vol 361 April 5, 2003.
16. Appel, L., Brands, M., Daniels, S., Karanja, N., Elmer, P., & Sacks, F. (2006). Dietary approaches to prevent and treat hypertension: a

- scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension*, 47:296–308.
17. Archivos de Medicina Familiar. (2005). Conceptos básicos para el estudio de las familias. *Archivos de Medicina Familiar*, Vol. 7 Supl. 1, 15-19.
18. Arias, F. (2012). *El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica* (Sexta Edición ed.). Caracas: Episteme .
19. Armas, N., & Díaz, L. (s.f.). *Entre voces y silencios, las familias por dentro. Guía para el trabajo con familias*. Quito.
20. Arredondo Bruce A, d. R. (Mar-Abr de 2014). *La acción cardioprotectora del uso moderado de alcohol*. Obtenido de Rev Méd Electrón [Internet]. : <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol2%202014/te>
21. Ávila, A. e. (2010). Directrices Brasileiras de Hipertensión, Conceptualización, Epidemiología y Prevención Primaria, Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Hipertensã*, v.17, n.1,, p.7-10.
22. Barrera de Barahona, M. (2012). *Funcionabilidad y Apoyo Familiar y su Relación con el Apego al Tratamiento de Hipertensión*. España : Unidad Médica Soyapango.

23. Basantes Orbea, M. A., & Pilamunga Shaca, J. B. (2018). USO ADECUADO DE LOS CRITERIOS STOPP START EN LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS EN EL CENTRO DE SALUD DE CONOCOTO, DURANTE EL AÑO 2016. Quito, Pichincha, Ecuador.
24. Bertalanffy, L. V. (1968). *General System Theory; Foundations, Development, Applications*. Nueva York.
25. Beunza Nuin, J. J. (2007). *Estilos de vida y riesgo de hipertensión arterial en el estudio Seguimiento Universidad de Navarra*. Pamplona: Universidad de Navarra, Facultad de Medicina.
26. C. Menéndez Villalva, A. M. (2003). Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial. *Aten Primaria* , 506-513.
27. Cabrera , D., Menéndez , A., Fernández , A., Acebal, V., García , J., Díaz, E., & Salamea, A. (1999). Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Aten Primaria* 1999; 23(7), 434-440.
28. Calizaya, E. (2015). *Funcionamiento familiar relacionado con la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con diálisis peritoneal ambulatoria- ESSALUD-Tacna 2014*. Tacna-Perú: Universidad Nacional JORGE BASADRE GROHMANN. Recuperado de http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2159/652_201

5_calizaya_antahuanaco_em_facs_enfermeria.pdf?sequence=1&isAll
owed=y.

29. Chow, C. e. (2013). Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in Rural and Urban Communities in High-, Middle-, and Low-Income Countries. *JAMA*, 310(9):959-968.
30. Colhoun, H., Hemingway, H., & Poulter, N. (1998). Socio-economic status and blood pressure: an overview analysis. *Journal of Human Hypertension volume*, 12, pages 91–110.
31. Conen, D., Robert, J., Ridker, P., Buring, J., & Albert, M. (2009). Socioeconomic status, blood pressure progression, and incident hypertension in a prospective cohort of female health professionals. *European Heart Journal*, Volume 30, Issue 11, Pages 1378–1384,.
32. Conselleria de Sanitat. (2004). Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. Valencia.
33. D.J. Barker, C. O. (2007). Maternal and social origins of hypertension. *Hypertension*, 565-571.
34. Darwin, O., & Tapia, M. (2016). *Asociación entre el nivel de apoyo social y familiar con la adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados de hipertensión arterial que acuden a la consulta externa del Centro de Salud Augusto Egas distrito 23 d01 octubre a diciembre del 2016*". Ecuador : PUCE.

35. De la Revilla, L., & Fleitas, L. (1991). El apoyo social y la atención primaria de salud. *Aten Primaria*, 8:664-6.
36. DeFronzo RA, F. (1991). Insulin resistance: A multifaceted syndrome responsible for NIDDM, obesity, hypertension, dyslipidemia, and atherosclerotic cardiovascular disease. *Diabetes Care* , 14:173–194.
37. Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., & Sacristán, J. (2008). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria*. 2009;41(6) Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656709001504>, 342–348.
38. Dos Santos Costa, R., & Tolstenko Nogueira, L. (2008). CONTRIBUCIÓN FAMILIAR EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. *Latino-am Enfermagem* , 16(5).
39. Duval, E. (1977). *Family Development*. Lippincott, Philadelphia,: Editorial J.P.
40. ENSANUT-ECUADOR. (2013). *RESUMEN EJECUTIVO. TOMO I. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador. ENSANUT-ECU 2011-2013 Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadística y Censos*. Quito, Ecuador.
41. Erikson, E. (1982). *El concepto de desarrollo. Em: Maier H. Tres teorías sobre el desarrollo del niño*. Editorial Amorrortu.

42. ESC/ESH. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 39, 3021–3104.
43. Espín, J., & Bonifaz, M. (2017). APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS STOPP - START EN LA DETERMINACIÓN DE POLIFARMACIA Y PRESCRIPCIÓN INAPROPIADA QUE AFECTAN LA CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS DE EDAD O MÁS DE LOS CENTROS DE SALUD LAS CASAS Y CONOCOTO, DE SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE. Quito, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
44. ESPÍN, J., & BONIFAZ, M. (2017). APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS STOPP - START EN LA DETERMINACIÓN DE POLIFARMACIA Y PRESCRIPCIÓN INAPROPIADA QUE AFECTAN LA CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS DE EDAD O MÁS DE LOS CENTROS DE SALUD LAS CASAS Y CONOCOTO, DE SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE. Quito, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
45. Fagard RH, D. C. (2010). Orthostatic hypotension is a more robust predictor of cardiovascular events than nighttime reverse dipping in elderly. *Hypertension*, 56:56–61.
46. Fajardo, A., & Papaqui, J. (Abril de 2015). El apoyo familiar y la adherencia en el tratamiento de hipertensión arterial. *Rev. enferm. neurol*, 14(1).

47. Farreras - Rozman. (2012). *MEDICINA INTERNA*. España: ELSEVIER.
48. Feldstein, C. e. (2005). A comparison of body mass index and waist-to-hip ratio as indicators of hypertension risk in an urban Argentine population: A hospital-based study. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, Volume 15 , Issue 4 , 310 - 315.
49. Franco, O., Peetera, A., & Bonneaux, L. (2011). *Blood pressure in adulthood and life expectancy with cardiovascular diseases in men and women life course analysis. Hypertension* (46 ed.). Estados Unidos: Hypertension.
50. Franklin SS, J. M. (2001). Predominance of isolated systolic hypertension among middle-aged and elderly US hypertensives: analysis based on National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) III. *MEDLINE*.
51. Freire W.B., R. M. (2013). *RESUMEN EJECUTIVO. TOMO I. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador. ENSANUT-ECU 2011-2013 Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadística y Censos. . Quito, Ecuador.*
52. Galárraga Sánchez, M. P. (2014). *DETERMINACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERTESION ARTERIAL MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO (CHAL) EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE SAN JUAN DURANTE EL PERIODO MAYO – JUNIO DE 2014”*. Quito.

53. Garcés, A. (2013). NUVI, Nutrición y Vida: diseño de vajilla basado en una dieta saludable. Quito: UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO.
54. García, J., & al., e. (2008). Efectos terapéuticos del ejercicio físico en la hipertensión arterial . *Revista Cuaban de Medicina*, 1-11.
55. García, R. (2007). *Frecuencia de Disfunción Familiar en pacientes con Hipertensión Arterial*. Colima, México: Universidad de Colima. Facultad de Medicina.
56. Gijón-Conde, T., Gorostidic, M., Camafort, M., Abad-Cardiele, M., Martín-Rioboof, E., Morales-Olivas, F., . . . Segura, J. (2017). Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial. *Hipertensión y Riesgo Vascular*. <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2018.04.001>, 1-11.
57. González-Castro, P. (2011). El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). *Waxapa*, Vol. 2, No. 5 .
58. González Benítez, I. (2000). LAS CRISIS FAMILIARES. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 16(3):280-6.
59. González, A. (2011). *Sociedad Mexicana para el estudio de la hipertensión* (3 ed.). (S. Mexicana, Ed.) México : Estudios Clinicos .

60. González, A., González, N., Vázquez, Y., & González, L. (2012). *Importancia de la participación familia en el control de la hipertensión arterial*. Cuba: Medicentro.
61. González, J., Jiménez, A., Quevedo, E., & Guzmán, R. (2015). Correlación de sobrepeso y obesidad con la presión arterial en adultos mayores en una unidad de primer nivel en Tabasco. . *Horizonte sanitario*, 7-13.
62. Granado, J. Q. (2012). *Relación entre consumo de sal e hipertensión arterial*. Sociedad Española de Cardiología.
63. Grassi D, L. C. (2005). Short-term administration of dark chocolate is followed by a significant increase in insulin sensitivity and a decrease in blood pressure in healthy persons. *Am J Clin Nutr*, 81:611-4.
64. Gruta, I., Huerta, M., & Sharabi, Y. (2008). Hypertension and socioeconomic status. *Current Opinion in Cardiology*, Volume 23 - Issue 4 - p 335–339.
65. Gudiño-Díaz, C., & Tituaña-Andrade, A. (2016). *CARACTERÍSTICAS FAMILIARES EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD ATUNTAQUI, EN EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2016*. . Quito: PUCE-ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. Recuperado de -

<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12685/Tesis.pdf?sequence=1>.

66. Guija-Villa, E. (2017). TRADUCCIÓN DE LOS PUNTOS DESTACADOS DE LAS GUÍA ESTADOUNIDENSE DE HIPERTENSIÓN ARTERIA 2017. *GdT de HTA de semFYC y SAMFyC*.
67. Hamilton I, M. C. (1983). *Stress and family*. New York.
68. HARRISON. (2012). *Principios de Medicina Interna*. Estados Unidos: Mc Graw Hill.
69. Heiss, C., Dejam, A., Kleinbongard, P., Schewe, T., Sies, H., & Kelm, M. (2003). Vascular effects of cocoa rich in flavan-3-ols. . *JAMA*, 290:1030-1.
70. Herrera, E. (2012). *Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial*. ESPAÑA : enferm.
71. Honorato-Pérez , J. (2015). Adherencia al tratamiento farmacológico. *Medicina respiratoria* 2015, 8 (1). Recuperado de <http://www.neumologiaysalud.es/descargas/R8/R81-6.pdf>, 47-52.
72. Hu FB, L. T. (2003). Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women. . *JAMA*, 289:1785-91.
73. INFAC. (2015). TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. *Información Farmacoterapéutica de la*

Comarca , VOLUMEN 23 (N° 5 Recuperado de http://www.med-informatica.net/TERAPEUTICA-STAR/Hipertension_arterial_Infac_vol_23_n05_2015.pdf).

74. Intermountain Healthcare. (2017). FOLLETO INFORMATIVO PARA PACIENTES Y SUS FAMILIAS. 2.
75. J.D. Irala-Estevez, M. G.-G. (2000). A systematic review of socioeconomic differences in food habits in Europe: consumption of fruit and vegetables. *Eur J Clin Nutr*, pp. 706-714.
76. J.V. García González, E. D. (1999). Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Atención Primaria*, Vol. 23. Núm. 7. 434-440.
77. Jácome, C. (2016). *Revisión de la prescripción de actividad física registrada por los médicos de una red de atención ambulatoria para pacientes hipertensos en el año 2015 en las ciudades de Quito Y Guayaquil*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Posgrado de Medicina del Deporte.
78. James PA, O. S. (2014). Evidence based-guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*, Volume 311, Number 5.

79. Jorge M Núñez-Córdoba a, M. A.-G.-R. (2009). Consumo de alcohol e incidencia de hipertensión en una cohorte mediterránea: el estudio SUN. *Revista Española de Cardiología*.
80. Junta de Andalucía. (2008). Obtenido de ESCALAS DE VALORACIÓN FUNCIONAL, PSICOAFECTIVA Y SOCIOFAMILIAR: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pacientes_pluri_patologicos/08_anexos_pluri.pdf
81. Kanán-Cedeño, G., Rivera-Heredia, M., Rodríguez-Orozco, A., López-Peñaloza, J., Medellín-Fontes, M., & Caballero-Díaz, P. (2010). Funcionamiento familiar de los pacientes hipertensos con y sin la experiencia de la migración. *Psicología y Salud, Vol. 20, Núm. 2: , julio-diciembre de 2010. Recuperado de <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-2/20-2/Gabriela-Esther-Kanan-Cede%F1o.pdf>, 203-212.*
82. Kaplan, N. V. (2014). *Kaplan's Clinical Hypertension. .11th ed.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins (LWW).
83. Kearney, P., Whelton, M. R., Muntner, P., & Whelton, P. (2011). *Global burden of hypertension: analysis of worldwide data.* Estados Unidos: Lancet.
84. Kowalczyk, D. (2015). *Correlational Research: Definition.* Recuperado el 12 de 05 de 2018, de Correlational Research: Definition.

85. Laboratorios Phoenix. (2014). *GUIA PRACTICA: para Pacientes Hipertensos*. Buenos Aires: Laboratorios Phoenix.
86. Leiva-Espinoza, J. (2017). *AUTOMANEJO EN ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ PUENTE PIEDRA- LIMA-PERÚ 2017*. Lima-Perú: Universidad César Vallejo-FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS-ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.
87. Leng, B., Jin, Y., Li, G., Chen, L., & Jin, N. (2015). Socioeconomic status and hypertension: a meta-analysis. *Journal of Hypertension*, Volume 33 - Issue 2 - p 221–229.
88. Leyre Adrián-Arrieta, J. M. (2018). Evaluación de los cuidados recibidos por pacientes con enfermedades crónicas. *Aten Primaria.*, 50(7):390---397.
89. Lifton RP, G. A. (2001). Molecular mechanisms of human hypertension. *Cell.*, 104: 545–56.
90. Lopes, A. (2002). Hypertension in black people: pathophysiology and therapeutic aspects. *MEDLINE*.
91. López de Fez, C., Gaztelu, M., Rubio, T., & . Castaño, A. (2004). Mecanismos de hipertensión en obesidad. *Anales Sis San Navarra vol.27 no.2 Pamplona may./ago*.

92. López E., B. J. (2005). Social network and health-related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. *Qual Life Res.*, 14:511-20.
93. López-Jaramillo, P. &. (2013). Consenso latinoamericano de hipertensión en pacientes con diabetes tipo 2 y síndrome metabólico. *Acta Médica Colombiana*, Vol. 38 N°3.
94. Louro, B. (2003). *La familia en la determinación de la salud*. Obtenido de http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol29_1_03/spu07103.pdf.
95. Marin, M., Fabregues, G., & Rodriguez, P. y. (2012). Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Estudio RENATA. *Rev Argent Cardiol*, 80:121-9.
96. Marín-Reyes, F., & Rodríguez-Morán, M. (2001). Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Pública de México / vol.43, no.4, julio-agosto*. Recuperado de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v43n4/5900.pdf, 336-339.
97. Martell, N. (2000). *Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial*. Barcelona : Doyma.
98. Martín, I., Álvarez, M., & Gorroñoigoitia, A. (2004). Escalas de Valoración de Personas Mayores. XXIV Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Sevilla.

99. Mayo Clinic. (2 de Febrero de 2018). *Presión arterial alta (hipertensión)*.
Obtenido de Mayo Clinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/high-blood-pressure/symptoms-causes/syc-20373410>
100. Mena-Díaz, F., Nazar, G., & Mendoza-Parra, S. (2018). Antecedentes de adherencia a tratamiento en pacientes hipertensos de un centro de salud chileno. *Hacia Promoc. Salud*. 2018; 23(2), julio - diciembre 2018,:DOI: 10.17151/hpsal.2018.23.2.5, 67-78.
101. Menéndez Villalva, C., Montes Martínez, A., Gamarra Mondelo, T., Núñez Losada, C., Alonso Fachado, A., & Bujan Garmendia, S. (2003). Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial. *Aten Primaria*, 31(8):506-13.
102. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). *Datos esenciales de salud: Una mirada a la década 2000 – 2010*. Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud 2012.
103. Montes de Oca-Rodríguez, S., & Viquillón-Gómez, R. (2016). Intervención educativa para el control de la hipertensión arterial. *Revista Calixto*. Recuperado de <http://www.revcaxito.sld.cu/index.php/ahcgelectronica>, Volumen 4, (No. 3).
104. Moura, A., Godoy, S., Cesarino, C., & Mendes, I. (2012). *Factores de no adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial*. Murcia: Scielo.

105. MSP. (2011). PROTOCOLOS CLÍNICOS Y TERAPÉUTICOS PARA LA ATENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (diabetes 1, diabetes 2, dislipidemias, hipertensión arterial). En *PROGRAMA DEL ADULTO-ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES* (pág. 51). ECUADOR.
106. Myers MG, K. J. (2016). Cardiovascular risk in hypertension in relation to achieved blood pressure using automated office blood pressure measurement. *Hypertension*, 68:866–872.
107. N. Dragano, M. B. (2007). Neighbourhood socioeconomic status and cardiovascular risk factors: a multilevel analysis of nine cities in the Czech Republic and Germany. *BMC Public Health*, 255.
108. National Center for Health Statistics. (2014). Health, United States, 2013: With Special Feature on Prescription Drugs. *National Center for Health Statistics*.
109. OMS . (2013). *Información general sobre la hipertensión el mundo*. Suiza : OMS .
110. OMS . (2017). Recuperado el 23 de 05 de 2018, de Día Mundial de la Hipertensión 2017: Conoce tus números: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13257%3Adia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&catid=9283%3Aworld-hypertension-day&Itemid=42345&lang=pt

111. OPS. (2011). Atención general de la persona adulta mayor en Atención Primaria de la Salud. 6.
112. OPS Ecuador. (2015). *El control del corazón debe iniciar a partir de los 30 años.* Obtenido de https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1614:septiembre-22-2015&Itemid=972
113. Organización Mundial de la Salud. (2011). *Impact of out-of-pocket payments for treatment of non-communicable diseases in developing countries.* Ginebra: OMS.
114. Organización Mundial de la Salud. (2013). *Información general sobre la HIPERTENSIÓN en el mundo.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
115. Ortiz Benavides, R. O. (2014). Prevalencia de hipertensión arterial en individuos adultos de las parroquias urbanas de la ciudad de Cuenca, Ecuador. *Síndrome Cardiometabólico Volumen IV. Nº 1. Año 2014.*
116. Palatini, P. (1999). *Tratamiento combinado en el control de la hipertensión.* ;. London: Science Press.
117. Pardell, H., Armario, P., Botey, J., Gasulla, H., Martínez-Amenos, & A, R. A. (2011). *Manual de hipertensión arterial.* México: Doyman.

118. Patterson, J. (1988). Families experiencing stress family. *Syst Med*, 6(2):200-30.
119. Pawlak, R. (2009). Prevalence of arterial hypertension among Ecuadorians dorian from Vilcabamba, Ecuador. *IJHS Volume II; Issue 3 July September 2009*.
120. Peña-Pérez B, T.-T. M.-A. (2009). Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas*, 14(2):53-61.
121. Peñarrieta de Córdova, M. I., Reyes, G., Krederdt, S., Flores, F., Resendiz, E., & Chávez-Flores, E. (2015). AUTOMANEJO EN ENFERMEDADES CRÓNICAS: DIABETES MELLITUS TIPO 2, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y CÁNCER. *Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener*, N.º 4.
122. Pérez, C. &. (2018). *Afrontamiento de la enfermedad oncológica por el grupo familiar*. Obtenido de Revista Psicología Científica: <http://www.psicologiacientifica.com/enfermedad-oncologica-afrontamiento-familiar>
123. Perú, Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas. (2006). *Norma técnica de salud para la atención integral de salud de las personas adultas mayores*. Lima: NTS N° 043 - MINSA/DGSP-V01.

124. Pescatello, L., Franklin, B., Fagard, R., Farquhar, W., Kelley, G., & Ray, C. (2004). Exercise and hypertension. American College of Sports Medicine. *Med Sci Sports Exerc*, 36:533-53.
125. Pfizer. (2009). *LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: CUMPLIMIENTO Y CONSTANCIA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA*. Madrid-España: https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf.
126. Polo, C., & Del Castill, M. (s.f.). *El índice cintura cadera. Revisión.CMD. Centro de Medicina Deportiva*. Obtenido de www.madrid.org:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DREVISION+INDICE+CINTURA+CADERA+DEL+CMD.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352869811902&ssbinary=true>
127. Quiroga de Michelena, M. (2010). Hipertensión arterial - Aspectos genéticos. *An Fac med*, 71(4):231-5.
128. Quiroz, C. (2018). *Definición de Familia*. Obtenido de [Médicosfamiliares.com](http://www.medicosfamiliares.com):
<http://www.medicosfamiliares.com/familia/definicion-de-familia.html>

129. Quiroz, C. (Noviembre de 2018). *La familia como sistema: Teoría General de los Sistemas*. Obtenido de MEDICOSFAMILIARES.COM: <http://www.medicosfamiliares.com/familia/la-familia-como-sistema-teoria-general-de-los-sistemas.html>
130. RAE. (2018). *Diccionario de la lengua española*. Obtenido de Edición del Tricentenario - Actualización 2017: <http://dle.rae.es/?id=HZnZiow>
131. Redondo-Sendino, A., Guallar-Castillón, P., Banegas, J., & Rodríguez-Artalejo, F. (2005). Relación entre la red social y la hipertensión arterial en los ancianos españoles. *Rev Esp Cardiol.*, 58(11):1294-301.
132. Rivera, L. (2018). Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del Centro de Salud Nro. 1 de Loja. (R. d. <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/20716/1/TESIS%20LUZ%20RIVERA.pdf>, Ed.) Loja-Ecuador: UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA-FACULTAD DE LA SALUD HUMANA.
133. Rivera, L. G. (2016). *ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL CENTRO DE SALUD Nro. 1 DE LOJA*. (R. d. <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/20716/1/TESIS%20LUZ%20RIVERA.pdf>, Ed.) Loja-Ecuador: UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA-FACULTAD DE LA SALUD HUMANA.

134. Roure, R., Reig, A., & Vidal, J. (2002). Percepción del apoyo social en pacientes hospitalizados. . *Rev Mult Gerontol*, 12(2):79-85.
135. Ruiz-Dioses, L., Campos-León, M., & Peña, N. (2008). SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR, VALORACIÓN FUNCIONAL Y ENFERMEDADES PREVALENTES DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, CALLAO 2006. *Revista Peru Med Exp Salud Publica*, 25(4): 374-79.
136. S. Erskine, R. M. (2010). Socioeconomic deprivation, urban-rural location and alcohol-related mortality in England and Wales. *BMC Public Health*, 99.
137. Sabio, R. (2018). Hipertensión arterial y adherencia al tratamiento: la brecha entre ensayos clínicos y realidad. *Revista Cubana de Salud Pública.*, 44(3).
138. Salazar-Cáceres, P., Rotta-Rotta, A., & Otiniano-Costa, F. (2016). Hipertensión en el adulto mayor. *Rev Med Hered.* 2016; 27. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v27n1/a10v27n1.pdf>, 60-66.
139. Sanjoaquín, A., Fernández, E., & Mesa, P. (s.f.). Valoración geriátrica integral. En *Tratado de Geriátrica para residentes* (pág. 68).
140. SEH-LELHA. (21 de Noviembre de 2016). *El número de hipertensos a nivel mundial se duplica en 40 años* . Obtenido de

Servimedia Comunicación: http://seh-lilha.org/wp-content/uploads/2017/03/hipertensons_duplican_40anos_2016.pdf

141. Serafini, M., Bugianesi, R., Maiani, G., Valtuena, S., De Santis, S., & Crozier, A. (2003). Plasma antioxidants from chocolate. *Nature*, 424:1013.
142. Serrano, M. (2005). *The metabolic syndrome at the beginning of the XXI century*. España : Elsevier.
143. Shires, D. y. (1983). *Medicina Familiar, guía práctica*. México: McGraw-Hill.
144. Siani, A., & al., e. (2002). The Relationship of Waist Circumference to Blood Pressure: The Olivetti Heart Study. *American Journal of Hypertension*, Volume 15, Issue 9, Pages 780–786.
145. Simbaña, L. (2018). *CARACTERÍSTICAS DEL MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA POBLACIÓN CON DIAGNÓSTICO PREVIO EN CONOCOTO 2015-2016*. Obtenido de Repositorio PUCE: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/15411/Tesis%20final-Lizeth%20Simba%C3%B1a.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
146. Sociedad Murciana de Hipertensión y riesgo cardiovascular. (2008). *Recomendaciones dietéticas en patologías crónicas*. Obtenido de FICHAS HTA: <http://www.cofrm.com/web/Noticias.nsf/44943c3d3fa3d52ac1256b590>

03b3187/8dc045c0a9b2d92dc12574340033c131/\$FILE/FICHAS%20HTA.pdf

147. Soto, J. (2018). TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. *REV. MED. CLIN. CONDES - 2018; 29(1).*, 61-68.
148. Suarez Cuba, M. Á. (2011). Identificación y Utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. *Revista médica la paz.*
149. Tagle , R., & Acevedo, M. (2018). OBJETIVOS TERAPÉUTICOS EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL:METAS DE PRESIÓN ARTERIAL EN LOS DIVERSOS SUBGRUPOS DE HIPERTENSOS. *REV. MED. CLIN. CONDES - 2018; 29(1)*, 21-32.
150. Tagle, R. (2018). DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. *REV. MED. CLIN. CONDES - 2018; 29(1)*, 12-20.
151. Taubert D, B. R. (2003). Chocolate and blood pressure in elderly individuals with isolated systolic hypertension. *JAMA* , 290:1029-30.
152. Twinamasiko, B., & al., e. (2018). Sedentary Lifestyle and Hypertension in a Periurban Area of Mbarara, South Western Uganda: A Population Based Cross Sectional Survey. *International Journal of Hypertension.*

153. Vera, F. (2018). Puntos clave sobre el APGA familiar. *Medicina Clínica y Social*, 2(2):99-101.
154. Villarreal Amarís, G., & Month Arrieta, E. (2012). Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). *Revista Científica Salud Uninorte*, Vol 28, No 1.
155. Viquez, A. (2017). Recuperado el 16 de Julio de 2018, de Cuando una enfermedad llega a la familia: <https://www.enfoquealafamilia.com/single-post/2017/10/20/Cuando-una-enfermedad-llega-a-la-familia>
156. Zhang R, R. E. (2000). Obesity-hypertension: the effects on cardiovascular and renal systems. *MEDLINE*.
157. Zilberman, J. M., & Del Sueldo, M. (2016). Hipertensión arterial en la mujer ¿Sólo cuestión de género? *Revista de la Federación Argentina de Cardiología*.
158. Zunzunequi MV, K. A. (2004). Social networks and self-rated health in two French-speaking Canadian community dwelling populations over 65. *Soc Sci Med*, 58(10): 2069-81.

ANEXOS

ANEXO I. HERRAMIENTA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE APOYO SOCIO FAMILIAR DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LA CARGA DE MEDICAMENTOS NECESARIOS PARA SU CONTROL ÓPTIMO EN EL CENTRO DE SALUD CONOCOTO - QUITO EN EL MES DE OCTUBRE 2018

Esta encuesta es confidencial, con fines académicos; permitirá comprobar si hay o no una relación entre el nivel de apoyo socio familiar de pacientes con hipertensión arterial y la carga de medicamentos necesarios para su control óptimo. Para realizar esta encuesta se cuenta con un consentimiento informado que será llenado previamente.

ENCUESTA

Sexo: _____

Edad: _____

1. Tratamiento para control de la Hipertensión arterial (señale con una X)

a. Monoterapia (toma un solo medicamento) _____

b. Multiterapia (toma más de un medicamento) _____

Nombre del o de los medicamentos y dosis:

2. Marque con una X los cambios que ha realizado dentro de su vida diaria para control de la presión arterial

a) Control de peso, en los últimos tres meses usted:

Ha disminuido de peso _____ Mantiene su peso _____

Ha aumentado _____

b) Actividad física (realiza 30 minutos diarios por 3 o más días a la semana) Sí _____ No _____

c) Alimentación, usted consume:

Dieta baja en sal y balanceada _____

Dieta baja en sal pero no balanceada _____

Dieta balanceada pero no ha disminuido el consumo de sal

Dieta no balanceada _____

3. Número de veces acude a control a Medicina Familiar durante el año

4. Cifra de presión arterial en este momento

_____ mmHg

5. Cifra de presión arterial en el último control en Medicina Familiar

_____ mmHg

6. Marque con una X la variable que considere adecuada dentro de la siguiente escala (Escala de Valoración Socio-Familiar de Gijón)

	VARIABLE	PUNTAJE
SITUACIÓN FAMILIAR		
	Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
	Vive solo con cónyuge de similar edad, sin dependencia físico/psíquica	2
	Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
	Vive solo y tiene hijos próximos	4
	Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
SITUACIÓN ECONÓMICA		
	Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
	Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo	2
	Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva (jubilado)	3
	Pensión no contributiva (bonos solidarios)	4
	Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	5
VIVIENDA		
	Adecuada a necesidades (adaptada para persona de tercera edad)	1
	Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (vivienda completa, pero no se han realizado adecuaciones especiales)	2
	Vivienda con equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción), pero cuenta con servicios básicos	3
	Ausencia de servicios básicos	4
	Vivienda inadecuada (ausencia de equipamientos mínimos), vivienda sin terminar	5
RELACIONES SOCIALES		
	Relaciones sociales (amigos, grupos de tercera edad)	1
	Relación social sólo con familia y vecinos	2
	Relación social solo con familia o vecinos	3
	No sale del domicilio pero recibe visitas	4

	No sale del domicilio y no recibe visitas	5
APOYO DE LA RED SOCIAL		
	Con apoyo familiar y vecinal	1
	Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
	No tiene apoyo	3
	Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
	Tiene cuidados permanentes (ingresado en residencia geriátrica)	5

Total del puntaje de la escala _____

7. Señale con una X si además de Hipertensión Arterial padece otra enfermedad

a. Diabetes _____

b. Insuficiencia Renal _____

c. Otra _____ Especifique _____

ANEXO II. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTES

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE APOYO SOCIO FAMILIAR DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LA CARGA DE MEDICAMENTOS NECESARIOS PARA SU CONTROL ÓPTIMO EN EL CENTRO DE SALUD CONOCOTO - QUITO EN EL MES DE OCTUBRE 2018

Propósito

Consentimiento informado dirigido a hombres y mujeres con Hipertensión arterial que son atendidos en consulta externa de Medicina Familiar en el mes de Octubre 2018 en el Centro de Salud de Conocoto MSP Tipo C.

Se les invita a participar en el proyecto de investigación “Relación entre el nivel de apoyo socio familiar de pacientes con hipertensión arterial y la carga de medicamentos necesarios para su control óptimo en el Centro de Salud Conocoto - Quito en el mes de Octubre 2018”

Investigador principal

- Susana Alejandra Sntaxi Navarrete (Pregrado Medicina - Pontificia Universidad Católica del Ecuador-PUCE)

Organización

- Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Introducción

Siendo estudiante de la carrera de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, me encuentro investigando en los pacientes hipertensos la relación entre el nivel de apoyo socio familiar y la cantidad de medicamentos necesarios para su control óptimo; razón por la cual, invito a usted a participar en este estudio por cumplir los requisitos necesarios para este efecto. Se le proporcionará toda la información necesaria para ser parte de este proceso, su participación es totalmente voluntaria y está en la libertad de consultar con quién usted considere sobre la pertinencia de participar en el estudio.

Confidencialidad

La información que Usted proporcione solamente la revisaré yo, como investigadora. En la base de datos de este estudio usted tendrá un número asignado como participante, y NO CONSTARÁ SU NOMBRE NI SU CÉDULA DE CIUDADANÍA, para mantener su anonimato. La información será guardada en una computadora, asegurada con clave y codificada. Solo el equipo de investigación tendrá acceso a los datos del estudio. Las encuestas serán guardadas en un archivador bajo llave. El equipo de investigación hará todo lo posible para proteger su confidencialidad.

Componentes del estudio

Se le pedirá que conteste a la escala de valoración socio- familiar de Gijón que evaluará el nivel de apoyo socio familiar que tienen al momento, la cual consta de 5 áreas incluyendo valoración familiar, situación económica,

vivienda, relaciones y contactos sociales, apoyos de la red social y situación económica.

Usted puede decidir no contestar alguna de las preguntas o terminar la realización de la escala si desea. Los resultados estadísticos de esta investigación serán usados con fines académicos exclusivamente, y podrán verlos en los registros bibliotecarios de la Universidad Católica del Ecuador.

Riesgos sobre su Salud

El presente estudio no conlleva ningún riesgo para su salud e integridad.

Tiempo de Participación

Aplicación de Escala de Apoyo Socio-Familiar de Gijón: 10 minutos

Resultados

Los resultados de la investigación los informaremos al final del estudio, en Noviembre del 2018, a todos los interesados. La información sobre los resultados de este estudio será publicada, más NO sus datos personales.

Costos, incentivos y beneficios

Su participación en este estudio no tiene ningún costo y no recibirá ningún incentivo económico por participar en este estudio. El beneficio que Usted recibirá por su participación será conocer si su enfermedad, Hipertensión Arterial, se encuentra controlada adecuadamente con la carga de medicamentos en ese momento; además que ayudará a establecer un precedente investigativo.

Contacto

Si tiene dudas sobre cualquier aspecto puede ponerse en contacto con los médicos investigadores. Si tiene dudas sobre asuntos éticos en relación a esta investigación, puede ponerse en contacto con el Comité de Bioética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, que ha aprobado esta investigación. Alejandra Suntaxi Navarrete. Cel: 0999722812 Email: aleja23411@hotmail.com

FIRMA DEL CONSENTIMIENTO

He sido invitado a participar en la investigación sobre “RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE APOYO SOCIO FAMILIAR DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LA CARGA DE MEDICAMENTOS NECESARIOS PARA SU CONTROL ÓPTIMO EN EL CENTRO DE SALUD CONOCOTO - QUITO EN EL MES DE OCTUBRE 2018”. Comprendo que tomarán en cuenta a los pacientes con Hipertensión Arterial que sean controlados por Medicina Familiar en el Centro de Salud durante el mes de Octubre 2018, se me aplicará una escala para conocer el nivel de apoyo socio-familiar con el que cuento, además se revisará mi historia clínica del centro de salud para recolectar datos sobre los medicamentos administrados para el control de mi enfermedad, Hipertensión Arterial y en este momento se registrarán mis signos vitales. Entiendo además que este estudio no me dará ningún incentivo para participar, el beneficio directo que recibiré de esta participación es la

publicación de este estudio y el conocimiento del estado de mi enfermedad. Conozco el número de teléfono y el correo electrónico de las personas que me puede informar sobre las preguntas o inquietudes que pueda tener sobre la investigación. He leído (o me han leído) la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y me han contestado en forma sencilla y satisfactoria las preguntas que he tenido. Acepto voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de no participar si así fuese mi deseo.

Firmo, Acepto libre y voluntariamente participar en esta investigación. Firma (o huella dactilar): _____

Testigo(a): _____

Número de identificación: _____

Fecha _____

Quisiera ser informado de los resultados de este estudio. Si ____ No ____

En caso de desear ser informado de los resultados, favor de proporcionar los siguientes datos:

Número del teléfono celular: _____ casa:

Datos del Investigador que toma la muestra:

Nombre y apellidos: _____

Firma: _____