

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Tema: “CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES
CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL”

Trabajo de Investigación, previo a la obtención del grado Académico de Especialista en
Medicina Familiar y Comunitaria.

Autora: Médica Gabriela Patricia Carrillo Bayas.

Director: Doctor Edwin Patricio Llerena Guachambala, Esp.

Ambato – Ecuador

Abril 2021

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud.

El Tribunal receptor del Trabajo de Investigación presidido por la Licenciada Miriam Ivonne Fernández Nieto Magister Presidente(a) y Miembro del tribunal de defensa, delegada mediante memorando UTA-FCS-2021-1013-M de fecha 5 de abril de 2021 suscrito por el Doctor Jesús Chicaiza Tayupanta Especialista, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud y señores: Médico Paola Alejandra Silva Gutiérrez Especialista; Médico Rosa Serafina Velastegui Paredes Especialista, Miembros del Tribunal de Defensa del Trabajo de Titulación, designados por la Unidad Académica de Titulación, de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el Trabajo de Investigación con el tema: “CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL”, elaborado y presentado por la señora, Médico Gabriela Patricia Carrillo Bayas, para optar por el Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Investigación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la Universidad Técnica de Ambato.



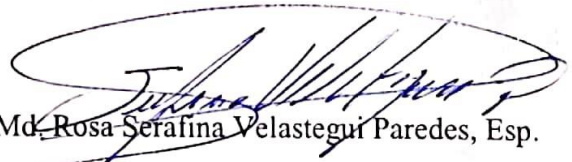
Lic. Miriam Ivonne Fernández Nieto Mgs.

Presidente y Miembro del Tribunal de Defensa



Md. Paola Alejandra Silva Gutiérrez, Esp.

Miembro del Tribunal de Defensa



Md. Rosa Serafina Velastegui Paredes, Esp.

Miembro del Tribunal de Defensa

AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Investigación presentado con el tema: “CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL”, le corresponde exclusivamente a la: Médico Gabriela Patricia Carrillo Bayas, Autora bajo la Dirección del Doctor Edwin Patricio Llerena Guachambala, Especialista, Director del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.



Md. Gabriela Patricia Carrillo Bayas

C.C. 1804511903

AUTORA



Dr. Edwin Patricio Llerena Guachambala, Esp.

C.C. 1802318681

DIRECTOR

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Investigación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi trabajo, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad.



Md. Gabriela Patricia Carrillo Bayas

C.C. 1804511903

INDICE GENERAL DE CONTENIDOS

Portada.....	i
A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud.	ii
Autoría del Trabajo de Investigación.....	iii
Derechos de Autor.....	iv
Índice General de Contenidos.....	v
Índice de Tablas.....	viii
Índice de Gráficos.....	viii
Agradecimiento.....	ix
Dedicatoria.....	x
Resumen Ejecutivo.....	xi
Executive Summary.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO 1 EL PROBLEMA

1.1 Tema de Investigación.....	2
1.2 Planteamiento del problema.....	2
1.2.1 Contextualización del problema.....	2
1.2.2 Análisis Crítico.....	3
1.2.3 Prognosis.....	4
1.2.4 Formulación del problema.....	5
1.2.5 Interrogantes.....	5
1.2.6 Delimitación del problema de investigación.....	5
1.3 Justificación.....	5
1.4 Objetivos.....	7
1.4.1 Objetivo General.....	7
1.4.2 Objetivos Específicos.....	7

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes investigativos	8
2.2 Fundamentación Filosófica	8
2.3 Fundamentación legal	9
2.4 Categorías Fundamentales	10

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

3.1 Enfoque	35
3.2 Modalidad Básica de la Investigación.....	35
3.3 Nivel de Investigación.....	35
3.4 Área de Estudio	35
3.5 Población y Muestra.....	35
3.6 Criterio Ético.....	36
3.7 Recolección y fuente de la información.....	37
3.7.1 Plan de procesamiento y análisis.....	37

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados	38
4.1.1 Concepto de Calidad de Vida.....	49
4.1.2 Estado de Salud.....	50
4.1.3 Calidad de vida en cuanto al tratamiento de Hipertensión Arterial.....	50
4.1.4 Afectación familiar por la salud física y emocional.....	51
4.1.5 Adherencia al Tratamiento.....	52
4.1.6 Apoyo familiar en la adherencia al tratamiento	54
4.1.7 Actividad Física para mejorar su calidad de vida.....	55

CAPÍTULO 5
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones	56
5.2 Recomendaciones.....	57

CAPÍTULO 6
PROPUESTA

6.1 Tema.....	58
6.2 Antecedentes de la propuesta	58
6.3 Justificación.....	59
6.4 Factibilidad.....	59
6.5 Objetivos	60
6.5.1 Objetivo General	60
6.5.2 Objetivos Específicos.....	60
6.6 Apoyo familiar en la adherencia terapéutica y estilos saludables	60
6.7 Plan operativo.....	61
6.8 Administración de la Propuesta.....	63
6.9 Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta	63
BIBLIOGRAFÍA.....	64
ANEXOS.....	69
Anexo N° 1 Consentimiento Informado.....	69
Anexo N° 2 APGAR Familiar	70
Anexo N° 2 Cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (MINICHAL)...	71
Anexo N° 3 Entrevista Calidad de Vida y Funcionalidad Familiar en personas con Hipertensión Arterial pertenecientes al Cantón Quero.....	72

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1 Clasificación de la Presión Arterial.....	13
Tabla No. 2 Resumen de las recomendaciones de JNC 8 sobre las cifras meta de presión arterial	17
Tabla No. 3 Resumen de las recomendaciones de JNC 8 sobre la escogencia del fármaco antihipertensivo	18
Tabla No. 4 Estrategias para dosificar las drogas antihipertensivas	18
Tabla No. 5 Clasificación de las familias según la 1º Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud.	27
Tabla No. 6 Caracterización de Adulta Media hipertensa.....	38
Tabla No. 7 Caracterización del sexo de la población según su ciclo vital	39
Tabla No. 8 Caracterización del estado civil de la población según su ciclo vital.....	40
Tabla No. 9 Caracterización de la ocupación de la población según su ciclo vital.....	41
Tabla No. 10 Caracterización del nivel de instrucción de la población	42
Tabla No. 11 Caracterización de los tipos de familia en la población	43
Tabla No. 12 Cumplimiento de las indicaciones médico dietéticas de la hipertensión arterial en la población según su ciclo vital.....	44
Tabla No. 13 Tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial en la población	45
Tabla No. 14 Nivel de Funcionalidad Familiar de la población según su ciclo vital.....	46
Tabla No. 15 Nivel de calidad de vida de la población según su ciclo vital	48
Tabla No. 16 Plan Operativo.....	61
Tabla No. 17 Actividades Propuestas	62

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No. 1 Categorías fundamentales	10
Gráfico No. 2 Administración de la Propuesta	63

AGRADECIMIENTO

Agradezco a DIOS en primer lugar por darme la vida, por bendecirme en todo momento y cuidar de mí y mi familia, por permitirme llegar hasta donde he llegado gracias a su infinito amor y su misericordia. A mi Esposo, quien me ha brindado su apoyo incondicional durante todo el proceso en las buenas y en las malas como prometimos alguna vez, gracias por dedicarte a nuestro hijo cuando yo no pude, gracias por comprender cada momento en que no estuve ahí contigo por lograr mis objetivos y llegar a ser lo que hoy soy. A mis padres que me alentaron a seguir esta noble profesión y me animaron a seguir adelante cada día, enviándome siempre sus bendiciones.

A la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO por darme la oportunidad de seguir estudiando para alcanzar el título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Agradezco a todos los docentes que formaron parte de mi formación en estos 3 años de especialización, por compartir la ciencia de la Medicina y Salud Familiar y por los momentos gratos que hemos compartido. A mis compañeros de clase y amigas incondicionales quienes sin esperar nada a cambio compartieron sus conocimientos, alegrías y tristezas y a todas aquellas personas que estuvieron estos tres años a mi lado apoyándome y lograron que este sueño se haga realidad. Gracias por formar parte de mí vida profesional, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Que Dios los bendiga.

DEDICATORIA

El presente trabajo de tesis lo dedico a mi esposo Javier Defaz por su apoyo incondicional en todo momento para alcanzar esta meta. A mis amados hijos Abdiel y él bebe que está en camino por ser mi fuente de motivación e inspiración para superarme cada día y así poder luchar por mis metas sin rendirme. A mis queridos padres Fausto y Mariana que sin dudar me alentaron a cumplir con mis ideales, y me enseñaron a perseverar. A mis hermanos Andrés y Michelle quienes con sus palabras me animaron a seguir adelante.

A todos gracias sin ustedes no lo hubiera logrado.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD / CENTRO DE POSGRADOS
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL

AUTOR: Médico Cirujano Gabriela Patricia Carrillo Bayas.

DIRECTOR: Doctor Edwin Patricio Llerena Guachambala, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

- Atención Integral en Salud

FECHA: 22 de febrero de 2021.

RESUMEN EJECUTIVO

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica, poligénica y multifactorial, que se define como no controlada si las cifras tensionales son $\geq 140/90$ mmHg en todos los pacientes entre 18 y 60 años y si la presión arterial sistólica es ≥ 150 mmHg en pacientes >60 años. Debido a que existen pacientes hipertensos que no cumplen los objetivos de presión arterial y por lo tanto tienen mayor riesgo de complicaciones, mediante investigaciones previas se ha determinado que cuando una persona padece algún tipo de enfermedad crónica, la evolución y respuesta al tratamiento depende del funcionamiento familiar, nos hemos visto en la necesidad de investigar dicha asociación. Al hablar de salud tenemos que considerarla como un proceso donde es necesaria la participación activa del individuo, la familia y la comunidad. En 1976 un grupo de expertos de la OMS, definió la salud familiar como la salud del conjunto de los miembros en términos de funcionamiento efectivo de la familia. La comunicación, la afectividad, el desarrollo, la adaptabilidad, el apoyo emocional, económico y de información, son funciones esenciales que tienen un efecto positivo en la recuperación de la salud.

Palabras Claves: Calidad de Vida, Funcionalidad Familiar, Hipertensión Arterial.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD / CENTRO DE POSGRADOS
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

THEME:

QUALITY OF LIFE AND FAMILY FUNCTIONALITY IN PATIENTS WITH
ARTERIAL HYPERTENSION

AUTHOR: Doctor Gabriela Patricia Carrillo Bayas.

DIRECTED BY: Doctor Edwin Patricio Llerena Guachambala, Family and Community
Medicine Specialist.

LINE OF RESEARCH:

- Comprehensive Health Care.

DATE: February 22, 2021.

EXECUTIVE SUMMARY

Hypertension is a chronic, polygenic and multifactorial disease, which is defined as uncontrolled if the blood pressure values are $\geq 140/90$ mmHg in all patients between 18 and 60 years and if the systolic blood pressure is ≥ 150 mmHg in patients > 60 years. Because there are hypertensive patients who do not meet the blood pressure goals and therefore have a higher risk of complications, previous research has determined that when a person suffers from some type of chronic disease, the evolution and response to treatment depends on the functioning family, we have seen the need to investigate this association. When talking about health we have to consider it as a process where the active participation of the individual, the family and the community is necessary. In 1976 a group of WHO experts defined family health as the health of all members in terms of effective family functioning. Communication, affectivity, development, adaptability, emotional, financial and information support are essential functions that have a positive effect on health recovery.

Key Words: Quality of Life, Family Functionality, Arterial Hypertension.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles son en la actualidad la principal causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, nacional y local, uno de los mayores retos para el sistema de salud primaria (1). Estas, constituyen un reto para la medicina y la sociedad por su influencia en la calidad de vida de las personas, por su potencial para generar discapacidades, y aumentar los gastos sanitarios (2). El costo económico que estas patologías representan para proporcionar salud física y emocional es alto por lo que se debe intervenir tempranamente en su prevención (3).

La OMS la considera como una pandemia ya que su prevalencia ha ido en aumento tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo (2). El cambio en los hábitos que se han presentado en los últimos años han producido variaciones demográficas, económicas y sociales; las cuales son causantes a la vez del incremento de la obesidad, tabaquismo, alcoholismo, además la falta de actividad física la disminución del número de horas de sueño, además de factores fisiológicos (metabólicos), la falta de compromiso en el tratamiento son los condicionantes para el desarrollo de la Hipertensión Arterial (4).

Esto incide en la calidad de vida de las personas, la familia y la comunidad representando un desafío para los sistemas de salud en todo el mundo (2). Las enfermedades crónicas se caracterizan por su aparición insidiosa en ocasiones asintomática, tratamiento prolongado sin obtener resolución muchas de las veces, como resultado consecuencias negativas que va progresando a un estado de deterioro y de discapacidad desarrollando complicaciones que pueden llevar a la muerte. Para prevenir dicho desenlace de la enfermedad se debe realizar un diagnóstico temprano para modificar los estilos de vida oportunamente, corrigiendo su nutrición, proporcionando los fármacos necesarios mejorando su calidad de vida (2)

EL PROBLEMA

1.1 Tema de Investigación

CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Contextualización del problema

La Hipertensión Arterial que se connota como el principal factor de riesgo para presentar enfermedades cardiovasculares (5). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a las enfermedades crónicas no transmisibles como "enfermedades de larga duración y de progresión lenta", son el principal problema de salud a nivel mundial, ocasionando un mayor gasto en los sistemas sanitarios en todos los países (1). La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas no transmisibles más frecuentes que afectan al 30% de la población mundial, siendo un problema de salud pública (2).

Calidad de vida es un término que engloba varios conocimientos por lo que elaborar un concepto ha implicado situaciones económicas, políticas, sociales, psicológicas y médicas; que al pasar los años han ido evolucionando. Para Platón y Aristóteles, la felicidad significa vivir y tener éxito, como resultado una calidad de vida satisfactoria, sin embargo, esta calidad de vida se ve afectada cada vez más por la persistencia de las enfermedades crónicas y discapacitantes (6).

La Real Academia de la Lengua Española, define la calidad de vida como un conjunto de condiciones que van a contribuir para una vida valiosa y agradable, esta se encuentra formada por 2 componentes: la habilidad para realizar actividades diarias sin dificultad y la satisfacción del control de la enfermedad o el tratamiento (7).

Definir calidad de vida es muy importante aún más el conocer cómo es la vida desde el punto de vista de cada individuo para tener un enfoque universal ya que el valor que se le da a la calidad de vida es diferente para cada persona (8). Si se separa los dos términos calidad y vida, la palabra calidad se refiere a una condición satisfactoria y la vida engloba a todas las necesidades del ser humano, la cual está relacionada con la salud de las

personas a partir de las experiencias subjetivas de su salud en forma general (9). Para poder evaluar la calidad de vida debemos reconocer sus múltiples dimensiones incluyendolo físico, psicológico y social, cada dimensión se puede dividir en objetiva y subjetiva según la percepción de cada persona, por lo tanto, se puede decir que dos personas diferentes con el mismo estado de salud en las mismas condiciones socio ambientales pueden tener una calidad de vida distinta (7).

La literatura específica que está conformada por 2 componentes: la habilidad para desenvolverse en las actividades diarias y la satisfacción del funcionamiento adecuado con el control de la enfermedad y tratamiento. La OMS en 1966 define a la calidad de vida como a la percepción del individuo de la existencia como la cultura, el sistema, los valores en los que se desarrolla en relación con sus expectativas metas y normas. Concepto que está directamente relacionado con la salud, con el nivel de independencia, con las relaciones sociales y con el entorno (7).

Es así que una buena calidad de vida conlleva a mejorar el nivel de vida del individuo, la familia y la sociedad (10). Por lo cual la estudiaremos en conjunto con la funcionalidad familiar (11).

La falta de apoyo de los servicios sociales y de salud a la familia, además de la falta del autocuidado en las personas que padecen enfermedades crónicas no transmisibles se convierten en una amenaza para su bienestar generando una disfunción en la misma. Es fundamental considerar a la familia como núcleo de la sociedad, para la formación, cuidado y protección de sus miembros más vulnerables como son los niños, adolescentes, adultos mayores, personas con discapacidad y enfermos crónicos (11). La problemática del incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles que a lo largo del tiempo pueden generar deterioro funcional generando dependencia afectando su funcionalidad familiar (11).

1.2.2 Análisis Crítico

La hipertensión es un trastorno grave que incrementa de manera significativa el riesgo de sufrir cardiopatías, encefalopatías, nefropatías y otras enfermedades. Se estima que en el mundo hay 1130 millones de personas con hipertensión, y la mayoría de ellas vive en

países de ingresos bajos y medianos. En 2015, 1 de cada 4 hombres y 1 de cada 5 mujeres tenían hipertensión. Apenas 1 de cada 5 personas hipertensas tiene controlado el problema. La hipertensión es una de las causas principales de muerte prematura en el mundo. Una de las metas mundiales para las enfermedades no transmisibles es reducir la prevalencia de la hipertensión en un 25% para 2025.

Por lo que es importante estudiar la funcionalidad familiar en pacientes con hipertensión Arterial pertenecientes al cantón Quero Provincia de Tungurahua donde se registra la mayor incidencia de casos de Hipertensión Arterial específicamente en la comunidad de Llimpe Grande, Llimpe Chico y Zona Libre, siendo este estudio un pilar fundamental para una mejor calidad de vida de la población que padece esta enfermedad. La familia es el principal apoyo en estos casos y se ha evidenciado que su interacción disminuye los síntomas del paciente, en especial las afecciones psicológicas y el comportamiento social, por lo cual es primordial identificar el nivel de funcionamiento familiar. Por lo cual en Medicina Familiar es importante el diagnóstico de salud de las familias en cuanto a su funcionalidad familiar para fomentar autorresponsabilidad de cada uno de sus miembros para evitar complicaciones de la enfermedad y mejorar su calidad de vida.

1.2.3 Prognosis

La importancia de la realización de esta investigación radica en la elevada prevalencia de casos de pacientes hipertensos sin un adecuado control de su presión arterial que los lleva a presentar complicaciones discapacitantes que modifican su calidad de vida, por lo que mediante de este estudio vamos a constatar las causas del inadecuado control de la presión arterial, la calidad de vida que tienen estas personas y cómo influye esto en su funcionamiento familiar si existe una relación entre ellas para generar en el futuro estrategias para un adecuado control de la presión arterial, para prevenir enfermedades discapacitantes incluso la muerte de esa manera mejorar la calidad de vida de estas personas por ende la mejora del ambiente familiar.

1.2.4 Formulación del problema

Problema Científico

¿Cómo influye la funcionalidad familiar en la calidad de vida de los pacientes hipertensos en Quero?

1.2.5 Interrogantes

¿Cuál es el nivel de calidad de vida que tienen las personas que padecen de hipertensión arterial?

¿Cuál es el nivel de funcionalidad familiar que tienen las personas con hipertensión arterial?

¿Cuáles son las causas o factores que impiden un adecuado control de la presión arterial?

1.2.6 Delimitación del problema de investigación

Campo: Medicina Social

Área: Medicina Familiar

Aspecto: Factores que influyen en un inadecuado control de la presión arterial, determinación de la calidad de vida y funcionalidad familiar.

Delimitación geográfica: La investigación se realizó en la comunidad de Llimpe Grande, Llimpe Chico y Zona Libre pertenecientes al cantón Quero.

Delimitación temporal: La investigación se realizó, entre noviembre de 2019 a noviembre de 2020.

Línea de investigación: Atención integral en salud.

1.3 Justificación

La realización de este estudio es trascendental ya que está dirigido a investigar a un grupo vulnerable de personas, que representa una problemática en nuestro país ya que genera gastos sanitarios; además no se ha estudiado la calidad de vida en relación con la funcionalidad familiar que llevan las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en este caso estudiaremos la que causa mayor morbi mortalidad en el país: la Hipertensión Arterial (12,13)

De igual manera, es importante conocer el entorno socio familiar mediante la valoración de la calidad de vida y por ser un grupo vulnerable con enfermedades crónicas no transmisibles (14,15) al estudiar la calidad de vida nos permitirá realizar una planificación de la asistencia médica según los resultados de la investigación (16).

A nivel mundial las enfermedades crónicas no transmisibles como la Hipertensión Arterial son un problema de salud pública (17), ya que es la segunda causa de disminución en los años de vida ligada a la discapacidad y se le atribuye el 19% de las muertes que representa a 7,5 millones de habitantes a nivel mundial seguida de la obesidad y la diabetes mellitus (18,19,20). Según la prevalencia e incidencia de casos que se han incrementado se estima que este tipo de enfermedades en el 2030 llegará hasta un número de 39,9 millones de casos en Norteamérica que será del 35% al igual que al Sur de Asia y en la Región de África aumentará el 46% (17,21).

La OMS indica que el 80% de la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles se da en países en desarrollo y que el 20% se presenta en países desarrollados, siendo menor los países en desarrollo (17,13). Las enfermedades crónicas no transmisibles son responsables del 75% de la mortalidad a nivel de América Latina (22). En el Ecuador, las enfermedades crónicas no transmisibles han aumentado su prevalencia por el incremento de factores de riesgo asociados (17). La Federación Internacional de Diabetes anuncia que la Diabetes Mellitus tipo 2 y la Hipertensión Arterial, son patologías que afectan a todo el mundo aproximadamente a 371 millones de personas lo que causa una mortalidad de 4,8 millones del total de la población mundial (23).

Se ha observado que en Ecuador ha aumentado la incidencia de casos de Hipertensión Arterial en la última década de 256 casos a 1084 por cada mil habitantes por lo que es fundamental su estudio (24).

El total de muertes ocasionadas por las enfermedades crónicas no transmisibles son 2 veces más que la mortalidad materna y perinatal, enfermedades transmisibles y por desnutrición en conjunto (25). Las enfermedades crónicas durante los últimos años se han presentado en edades tempranas por lo que se ha alargado el periodo del tratamiento ocasionando el aumento de la discapacidad y mortalidad (26).

Este proyecto es de gran interés investigativo y sensible para trabajar como indicador para la valoración de la calidad de vida de las personas con Hipertensión Arterial en relación con la funcionalidad familiar (27). Según lo mencionado anteriormente, la realización de este estudio permitirá dar respuesta a la necesidad de información, mediante el reconocimiento de aspectos relevantes que podrán servir como base a futuras intervenciones e investigaciones en el marco de la política pública. En la actualidad, no se cuenta con información sobre las características de las personas diagnosticadas con Hipertensión Arterial del Cantón Quero, dicha falta de información dificulta la prestación de servicios sanitarios a este tipo de usuarios (28).

En conclusión, esta investigación nos permitirá conocer de mejor forma la vivencia de las personas con este tipo de patologías, su interacción familiar, y de esta forma trabajar en mejorar su calidad de vida favoreciendo la funcionalidad familiar, dando así una alternativa de solución a autoridades Nacionales, Provinciales y locales, en base al conocimiento del resultado de la evaluación de la calidad de vida en relación con la funcionalidad familiar, para una mejor toma de decisiones y medidas, presentando alternativas para mejorar la precaria situación en la que se desenvuelven (29).

1.4 Objetivos:

1.4.1 Objetivo General:

Analizar la influencia del nivel de funcionalidad familiar en la calidad de vida en personas diagnosticadas con Hipertensión Arterial pertenecientes al cantón Quero.

1.4.2 Objetivos Específicos:

1. Evidenciar la Calidad de Vida de las personas con Hipertensión Arterial.
2. Determinar el tipo de Funcionalidad familiar que presentan los pacientes hipertensos.
3. Identificar las causas que impiden un adecuado control de la Presión Arterial.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes investigativos

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 2013, establece que la Hipertensión Arterial es la segunda causa de muerte en nuestro país. (3) De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) del año 2012, en el Ecuador, la prevalencia de pre hipertensión arterial en la población de 10 a 17 años es de 14.2% y en la de 18 a 59 años, de 37.2%; por otro lado, la prevalencia de HTA en la población de 18 a 59 años es de 9.3%; siendo más frecuente en hombres que en mujeres (11.2% vs.7.5%). (18).

La revisión documental de Muñoz y Vargas (23), donde seleccionaron 16 artículos originales, encontrando una correlación positiva entre las variables hipertensión arterial, funcionalidad familiar, calidad de vida, que indican que, a mayor grado de disfuncionalidad, menor nivel calidad de vida, el 83% indicó de un buen funcionamiento de la familia, pero el 7,5% y el 8% tenía disfunción moderada y alta respectivamente. El porcentaje de disfuncionalidad familiar se incrementó hasta un 20% entre los ancianos que vivían solos.

2.2 Fundamentación Filosófica

La presente investigación, tuvo como finalidad buscar el bienestar de la población que sufre de hipertensión arterial, mediante la identificación de los factores que influyen en un inadecuado control de la presión arterial para prevenir complicaciones discapacitantes. Fue importante relacionar la calidad de vida que tienen estas personas con la funcionalidad familiar que estas poseen, además de construir el conocimiento científico en este grupo poblacional, permitieron desarrollar una estrategia educativa dirigida a modificar los estilos de vida poco saludables y así prevenir las complicaciones de esta enfermedad por ende mejorar su calidad de vida.

2.3 Fundamentación legal

Constitución Política de la República del Ecuador 2008.

Capítulo segundo

Derechos del Buen Vivir.

Sección séptima. Salud.

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos derecho al agua, alimentación, educación, cultura física, recreación, trabajo, seguridad social, ambientes sanos, y otros que sustenten el Buen Vivir. (30)

Capítulo III

De las enfermedades crónicas no transmisibles.

Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico - degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto. Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludables, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos. Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables (30).

Capítulo III-A

De las enfermedades catastróficas y raras o huérfanas

Art. ...(1).- El Estado ecuatoriano reconocerá de interés nacional a las enfermedades catastróficas y raras o huérfanas; y, a través de la autoridad sanitaria nacional, implementará las acciones necesarias para la atención en salud de las y los enfermos que las padezcan, con el fin de mejorar su calidad y expectativa de vida, bajo los principios de disponibilidad, accesibilidad, calidad y calidez; y, estándares de calidad, en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, habilitación y curación. Las personas que sufran estas enfermedades serán consideradas en condiciones de doble vulnerabilidad.

2.4 Categorías Fundamentales

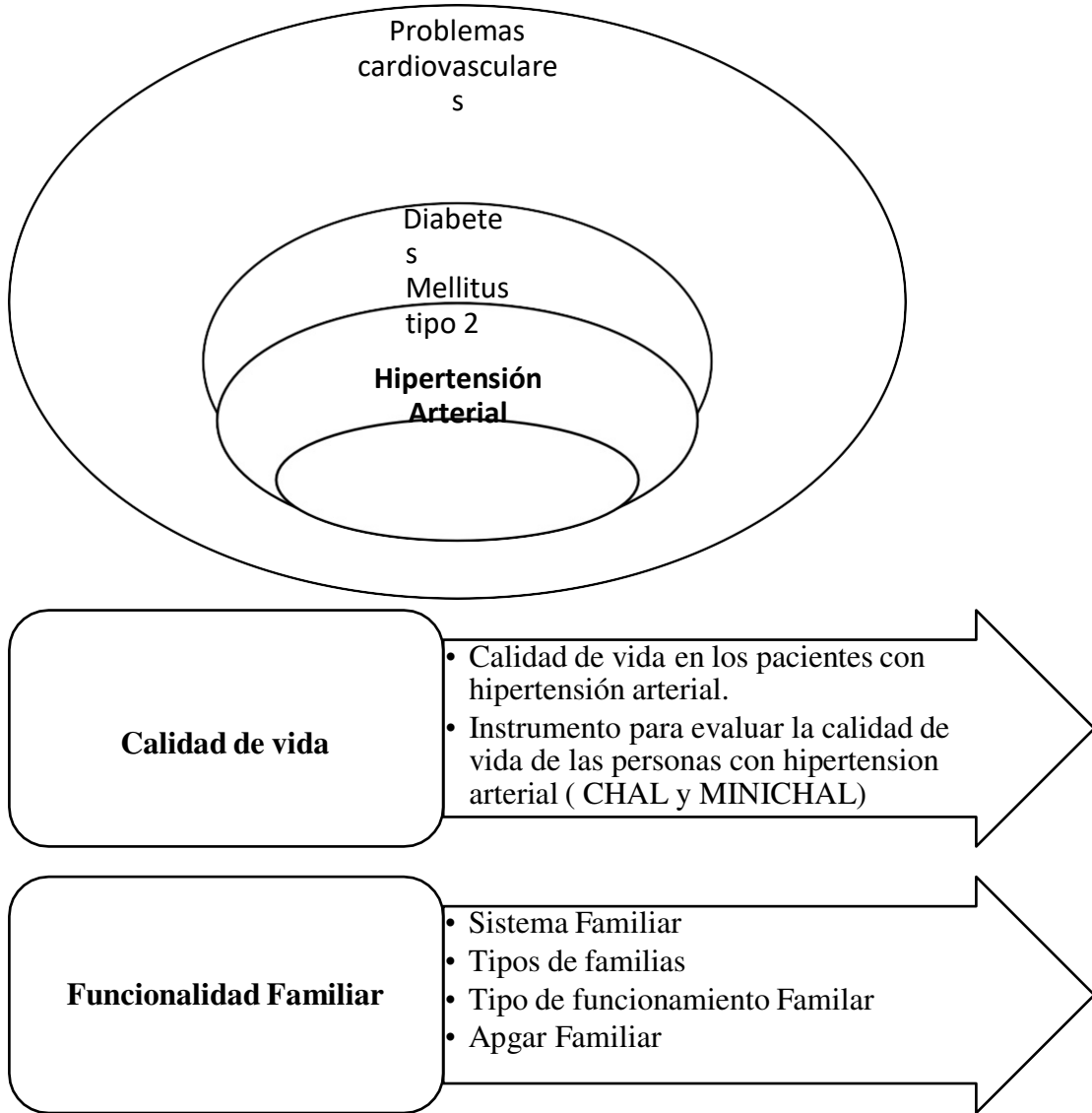


Gráfico No. 1 Categorías fundamentales

Elaborado por: Dra. Gabriela Carrillo

Conceptualización

Enfermedades Crónicas no Transmisibles

Se les denomina enfermedades crónicas no transmisibles por tener características insidiosas de larga duración, no se conoce un agente causal, ni se resuelve espontáneamente, lo cual genera cambios en la vida diaria del individuo que se necesita del apoyo familiar. Las enfermedades crónicas no transmisibles conforman un gran número de patologías; como son las enfermedades cardiovasculares dentro de esta se encuentra la Hipertensión Arterial, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer en general, la obesidad, la Diabetes Mellitus tipo 1 y 2, enfermedades respiratorias y pulmonares, osteoarticulares y enfermedades renales. En este estudio solo serán motivo de investigación las personas que padezcan Hipertensión Arterial, que está dentro de las principales causas de morbilidad a nivel mundial (31).

Estilos de vida en las Enfermedades Crónicas No Transmisibles:

En presencia de estas enfermedades se presentan cambios en los estilos de vida que involucran actividades de la vida diaria, hábitos alimenticios, funcionamiento familiar, economía, trabajo y actividades de recreación. El incremento de estas patologías ha hecho que los sistemas de salud modifiquen los tiempos de atención, aumentando gastos al tener la visita de los especialistas para poder cumplir con las necesidades sanitarias de los pacientes. En cuanto al estado emocional y a la crisis de ansiedad que padece este grupo vulnerable por diferentes circunstancias como las hospitalizaciones, presencia de enfermedades o síntomas asociados y el deterioro de la salud (32).

Lo que lleva a la persona a una falta de concentración, disminuyendo su motivación para el autocuidado, llevando de una manera inadecuada su tratamiento, presentando desmotivación para realizar actividad física por lo cual incrementa el riesgo de desarrollar discapacidades (32).

Hipertensión Arterial

Definición

La hipertensión arterial es el aumento de la presión ejercida en las paredes de las arterias mientras el corazón bombea sangre a todo el organismo. Es una enfermedad silenciosa y lentamente progresiva que se puede presentar en cualquier edad siendo más frecuente su aparición de 30 y 50 años, generalmente asintomática que puede generar complicaciones graves como el daño de un órgano blanco por eso es valiosa su detección temprana para evitar posibles complicaciones (32). Las arterias son las primeras en afectarse ya que al incrementar la presión se vuelven duras y gruesas dificultando el paso del flujo sanguíneo. Esta se mide en milímetros de mercurio (mmHg), es normal cuando su valor es por debajo de 120/80 mmHg (33).

La Presión Arterial se divide en 2 componentes (31):

- a) **Sistólica.** – Es la presión máxima alcanzada en la sístole cuando el corazón se contrae y depende de la volemia, el débito sistólico y la elasticidad de las grandes arterias (31).
- b) **Diastólica.** – Es la presión ejercida en los vasos sanguíneos durante la diástole, depende de la resistencia periférica (34).

El débito cardiaco depende de la capacidad del miocardio de contraerse y el volumen circulante intra-torácico (35).

Clasificación

Según el grado de hipertensión

Las nuevas categorías de PA son: 1) normal (<120 sistólica y <80 mm Hg diastólica), 2) elevada (120-129 sistólica y <80 mm Hg diastólica), 3) hipertensión en estadio 1 (130-139 sistólica o 80-89 mm Hg diastólica) e hipertensión en estadio 2 (\geq 140 sistólica o \geq 90 mm Hg diastólica). Estas categorías no deben basarse en lecturas de la presión arterial (PA) en un solo punto en el tiempo, sino que deben ser confirmadas por dos o más lecturas (promediadas) realizadas en al menos dos ocasiones distintas. Los individuos se clasifican según su categoría de PA sistólica o diastólica más alta. También deben obtenerse lecturas de PA fuera del consultorio (monitorización de la PA en el hogar o ambulatoria) para

compararlas con las lecturas de PA en el consultorio. La categoría de PA de prehipertensión ya no se utiliza.

Tabla No. 1 Clasificación de la Presión Arterial

Categoría	Cifras de presión arterial (mmHg)
Normal	< 120/80
Elevada	120-129/< 80
Hipertensión estadio 1	130-139/80-89
Hipertensión estadio 2	≥ 140/90

Fuente: Nuevas guías del American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension para el tratamiento de la hipertensión 2020 (36).

Etiología y factores de riesgo

La Hipertensión Primaria o Idiopática como su nombre lo dice no se conoce su causa; mientras que en la Hipertensión Arterial Esencial se han descrito varios factores que pueden estar implicados en su desarrollo, que pueden ser factores modificables como el sobrepeso, la obesidad, sensibilidad al sodio, consumo de alcohol, uso de anticonceptivos orales y el sedentarismo y no modificables como la herencia, sexo, edad y la raza (33).

- a) **Herencia:** Transmisión de padres a hijos. Se desconoce su mecanismo, pero la experiencia de años ha determinado que las personas que tienen un padre y madre hipertensos o solo uno de ellos tiene la enfermedad, presenta el doble de probabilidad de desarrollar Hipertensión Arterial, que las que sus padres no padecen de esta enfermedad (33) .
- b) **Sexo:** Se presenta más en hombres que en mujeres, ya que las mujeres tienen como protector a los estrógenos, estos van a disminuir en la menopausia aumentando el riesgo de presentación de la enfermedad; sin embargo, en la mujer en edad fértil que consume píldoras anticonceptivas tiene mayor riesgo de desarrollar la enfermedad (33).

- c) **Edad y Raza:** La edad es un riesgo no modificable que va aumentando con los años de la persona. Según la raza la más propensa para presentar Hipertensión Arterial con mal pronóstico es la raza negra (33).
- d) **Sobrepeso:** Las personas con sobrepeso son más propensas a aumentar su presión a medida que va incrementando el peso lo que es más notable en personas menores de 40 años y en las mujeres. Por ende, si existe pérdida de peso disminuirá la presión arterial.
- e) **Factores Genéticos:** El conocimiento de los genes implicados en el desarrollo de hipertensión arterial es muy escaso. Ello es debido a que la hipertensión arterial, presenta una genética compleja con la participación de un gran número de genes candidatos. Sin embargo, parece claro que los determinantes genéticos pueden verse modificados por otros ambientales, de forma que la PA o el fenotipo resultante depende de la interacción de ambos factores.

Se puede generar una presión alta también a causa de varias enfermedades como la dislipidemia, la diabetes mellitus tipo 2, la obesidad y sobrepeso, también provocada por medicamentos, drogas o toxinas, a la cual se le denomina **Hipertensión Arterial Secundaria** (33).

Cuadro Clínico

La hipertensión Arterial en su mayor parte no presenta sintomatología alguna, casualmente se la detecta en la consulta médica durante el examen físico, por lo que existen personas con afección renal y cardíaca sin saber que tenían presión arterial elevada. (33).

En las crisis y emergencias hipertensivas se pueden presentar los siguientes síntomas (38):

- Cefalea.
- Náusea o vómito.
- Confusión.
- Sangrado Nasal.
- Cambios en la visión.

Criterios Diagnósticos

La hipertensión se diagnostica cuando la presión arterial es constantemente ≥ 130 y / o ≥ 80 mm Hg. El profesional de la salud debe medir la presión varias veces antes de diagnosticar de Hipertensión Arterial, ya que puede variar según la hora, el día o estado emocional de la persona (33). Se dice que la persona padece de Hipertensión Arterial cuando en la primera consulta presenta (39): Presión Arterial Sistólica > 180 mmHg y o la Presión Arterial Diastólica > 110 mmHg, en emergencia hipertensiva o daño de órgano blanco (35).

Si el hallazgo de la presión es $> 140/90$ se recomienda lo siguiente (39):

- a) Medición de la Presión Arterial MAPA
- b) Control mensual.

Si la presión arterial en la segunda visita es $> 160/100$ mmHg se realiza el diagnóstico de hipertensión arterial (35).

Medición de la Presión Arterial en consulta

La primera medición de la presión arterial debe realizarse en los dos brazos por la variación que hay el uno del otro, para evaluaciones posteriores se elige el brazo con la presión arterial más elevada. El paciente debe encontrarse en reposo de al menos 5 minutos de haber llegado a la consulta, con la vejiga vacía, no haber realizado ejercicio físico 30 minutos antes, no haber fumado, bebido café o alcohol. Se recomienda tomar la presión al final de la consulta donde el paciente se encuentra más relajado (35).

Para la medición de la presión arterial se coloca el brazalete en la mitad del brazo desnudo a la altura del corazón dejando el borde inferior del brazalete aproximadamente 2 a 3 cm del pliegue cubital ya que por cada centímetro de diferencia varia 1 mmHg en la medición (40). El brazo apoyado en la mesa o colgado relajado a un lado del cuerpo evitando que se contraiga para no tener datos falsos de la medición. La vejiga de goma inflable que va dentro del brazalete debe fijarse sobre la arteria braquial que presione el 80% de la circunferencia del brazo (35).

Se debe realizar un examen físico exhaustivo para detectar signos de cardiopatías, daños vasculares y renales, realizando exámenes de laboratorio e imágenes específicamente de

función renal, perfil lipídico, uroanálisis, ecocardiograma, electrocardiograma y un ultrasonido renal (33).

Estilo de vida y terapia dietética

Solo se deben prescribir modificaciones en la dieta y el estilo de vida para las personas con hipertensión de bata blanca, presión arterial elevada e hipertensión en etapa 1 que no califiquen para la terapia inicial con medicamentos antihipertensivos. Se recomendaron las siguientes modificaciones en la dieta y el estilo de vida:

- 1) restricción de sodio a <1500 mg/d o una reducción mínima absoluta de al menos 1000 mg/d,
- 2) aumento de la ingesta de potasio en la dieta (3500-5000 mg/d),
- 3) pérdida de peso en caso de sobrepeso/obesidad (peso corporal ideal objetivo o, alternativamente, pérdida de peso de al menos 1 kg),
- 4) prescripción adecuada de actividad física (resistencia aeróbica o dinámica 90-150 min/semana o resistencia isométrica 3 sesiones / semana),
- 5) moderación de la ingesta de alcohol (≤ 2 bebidas por día en hombres, ≤ 1 por día en mujeres) y
- 6) una dieta saludable tipo DASH rica en frutas, verduras.

Tratamiento

Es importante destacar que, aunque el diagnóstico de hipertensión se ha confirmado en el umbral de 130/80 mm Hg, la mayoría de los pacientes con hipertensión en estadio 1 no califican para la terapia farmacológica inmediata. Sin embargo, una vez que una persona con hipertensión califica para el tratamiento farmacológico, se recomienda que la prescripción de la terapia con medicamentos provenga de una de cuatro clases de medicamentos (terapia habitual de primera línea): diuréticos tiazídicos, antagonistas del calcio, enzima convertidora de angiotensina) inhibidores o bloqueadores de los receptores de angiotensina (ARA), a menos que exista una consideración de comorbilidad que favorezca el uso de una clase de fármaco diferente

La JNC8 realiza varias recomendaciones (41):

1. Las personas mayores de 60 años, la presión sistólica debe mantenerse por debajo de 150 mmHg y la diastólica a menos de 90 mmHg (42).
2. En menores de 60 años, disminuir la presión diastólica a menos de 90 mmHg y la sistólica por debajo de 140 mmHg (38)
3. En mayores de 18 años con enfermedad renal crónica o diabéticos se debe mantener la presión igual que en los menores de 60 años (38).
4. En personas en general incluyendo a las personas que padecen diabetes, menos en pacientes de raza negra, el tratamiento inicial un diurético tiazida, un bloqueador de los canales de calcio, un inhibidor de enzima conversión o un bloqueador de angiotensina.
5. En pacientes con raza negra con la asociación de diabetes o no, la terapia inicial debe incluir un diurético tiazida, o un bloqueador de los canales de calcio (38).
6. En personas mayores de los 18 años con enfermedad renal crónica, el tratamiento inicial debe ser con un inhibidor de enzima conversión o un bloqueador de angiotensina para mejorar su función renal (38).

Tabla No. 2 Resumen de las recomendaciones de JNC 8 sobre las cifras meta de presión arterial

Grupo poblacional	Inicio de terapia farmacológica antihipertensiva	Cifra meta de presión arterial	Grado de recomendación
Población general, ≥ 60 años	PA ≥ 150/90 mm Hg	< 150/90 mm Hg	Fuerte, grado A
Población general, < 60 años	PAD ≥ 90 mm Hg	PAD < 90 mm Hg	Fuerte, grado A para edades entre 30 y 59 años Opinión de expertos, grado E para edades entre 18 y 29 años
Población general, < 60 años	PAS ≥ 140 mm Hg	PAS < 140 mm Hg	Opinión de expertos, grado E para edades entre 18 y 29 años
Población general, ≥ 18 años, con enfermedad renal crónica	PA ≥ 140/90 mm Hg	< 140/90 mm Hg	Opinión de expertos, grado E
Población general, ≥ 18 años, con diabetes	PA ≥ 140/90 mm Hg	< 140/90 mm Hg	Opinión de expertos, grado E

Fuente: Guías basadas en la evidencia para el manejo de la presión arterial elevada en los adultos 2014

(JNC 8)

El objetivo es mantener las cifras bajas si no se alcanza la meta debemos aumentar la dosis de los medicamentos o utilizar combinaciones de 2 o 3 medicamentos (41).

Tabla No. 3 Resumen de las recomendaciones de JNC 8 sobre la escogencia del fármaco antihipertensivo

Grupo poblacional	Terapia farmacológica antihipertensiva inicial	Grado de recomendación
Población general, no negros, incluidos los diabéticos	Diurético tipo tiazida, BCC, IECA o ARA	Moderada, grado B
Población general de negros, incluidos los diabéticos	Debe incluir una tiazida o un BCC	Moderada, grado B, para la población negra en general. Débil, grado C para los negros con diabetes
Población ≥ 18 años con enfermedad renal crónica e hipertensión	Debe incluir un IECA o un ARA para mejorar los eventos renales	Moderada, grado B

Fuente: Guías basadas en la evidencia para el manejo de la presión arterial elevada en los adultos 2014

(JNC 8)

Tabla No. 4 Estrategias para dosificar las drogas antihipertensivas

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

Fuente: Guías basadas en la evidencia para el manejo de la presión arterial elevada en los adultos 2014

(JNC 8)

Monitoreo de pacientes

Las personas con lecturas de PA normales, así como las personas con hipertensión de bata blanca, deben volver a controlarse anualmente; Debe medirse la PA domiciliaria o la monitorización ambulatoria diurna de la PA junto con la PA en el consultorio. La hipertensión de bata blanca se convierte en hipertensión sostenida en 1 a 5% de los pacientes con esta afección cada año. Aquellos con PA elevada deben tener mediciones repetidas de PA cada 3 a 6 meses. Las personas con hipertensión en etapa 1 que no califican inicialmente para la terapia con medicamentos también deben tener un seguimiento cada tres a seis meses. Los pacientes que inician la terapia con medicamentos deben recibir un seguimiento aproximadamente una vez al mes para la titulación del medicamento hasta que su PA esté controlada (42)

Complicaciones

Las complicaciones que se dan en la hipertensión arterial son el riesgo de padecer un infarto si no es tratado adecuadamente, la posibilidad de morir por un infarto 10 veces más que una persona normotensa. Además, puede generar trombos y rupturas arteriales generando accidentes cerebrovasculares. Otras complicaciones son el daño renal y la pérdida de la visión por la hemorragia de los pequeños vasos que se produce (41). La asociación de esta enfermedad con la obesidad es frecuente en la población norteamericana que es mayor en la población adulta joven, ya que el aumento de peso genera un incremento en la presión arterial es por eso que hay que educar a las familias en realizar actividad física y cambiar sus hábitos nutricionales (43).

Prevención

La práctica de hábitos correctos es fundamental para la prevención de la Hipertensión Arterial (44). El ejercicio o actividad física es beneficioso para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares no solo previniendo la hipertensión si no la obesidad, la diabetes mellitus y las dislipidemias. Evitar el consumo de alcohol ya que en exceso produce elevación de la presión arterial. Si la hipertensión se asocia con diabetes se debe

eliminar por completo el consumo de alcohol ya que tiene un alto contenido de calorías (41).

Calidad de Vida

La calidad de vida es un concepto vago, que no tiene una definición específica bien aceptada, la Real Academia de la Lengua Española define a la calidad de vida como la unión de varias condiciones que van a convertir a la vida valiosa y agradable, es decir, a satisfacer sus necesidades básicas (45), esta definición comprende tanto el ámbito personal como familiar que tiene como fin varios propósitos como la evaluación de sus necesidades para la implementación de políticas sanitarias (46).

Según su terminología proviene del latín *qualitas*, *atis* que significa la propiedad innata de algo, la cual permite juzgar su valor y proporciona una cualidad de supremacía de la persona (47). La Calidad de vida implica también la sostenibilidad y las aspiraciones del ser humano como un derecho (48). En la actualidad es primordial para cada persona su abordaje y debe ser en el ámbito individual, familiar y laboral en la forma que la vida se disfrute día a día (14).

La (OMS) ha definido la calidad de vida como “la percepción por parte de una persona de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores”, destacando la multidimensionalidad (49). Hablamos de bienestar óptimo cuando hablamos de calidad de vida que engloba las 5 esferas (física, mental, emocional, social y espiritual), así como a la participación comunitaria y familiar (50). Existen seis puntos principales que demuestran el concepto: El bienestar físico, psicológico, material, social, el entorno y el nivel de independencia (49). Otros dominios específicos se dirigen a determinadas poblaciones o personas que viven en situación vulnerable y/o aquellas que padecen enfermedades crónicas son la espiritualidad, creencias y la religiosidad (49).

Bienestar emocional: Se refiere al estar tranquilo y seguro. Se valora mediante los indicadores de: satisfacción, autoestima, ausencia de estrés sin sentimientos negativos (51).

Relaciones interpersonales: relacionarse con diferentes grupos de personas. Se mide con los siguientes indicadores: relaciones sociales, familiares y de pareja (51).

Bienestar Material: tener un trabajo estable con un salario para vivir cómodamente. Los indicadores evaluados son: vivienda, trabajo, sueldo, bienes, ahorros (51).

Desarrollo personal: la realización personal se mide con los indicadores: limitaciones, capacidades, acceso a la tecnología, oportunidad de aprendizaje y sus habilidades (51).

Bienestar físico: gozar de buena salud, estar en forma, tener hábitos saludables. Incluye los indicadores: atención sanitaria, horas de sueño, poder realizar actividades de la vida diaria (51).

Autodeterminación: tener autonomía en sus decisiones. Los indicadores con los que se evalúa son: proyección de metas y preferencias personales (51).

Inclusión social: Participar en las actividades de la sociedad como uno más. Evaluado por los indicadores: integración, participación y apoyo (51).

Derechos: Ser considerado como el resto de personas. Los indicadores utilizados para evaluar esta dimensión son: intimidad y respeto (51).

Sabiendo que las actividades de la persona en la vida real varían, de igual modo sus expectativas se modifican (49). Cuanto mayor es la diferencia entre la expectativa y la realidad, menor es la calidad de vida de las personas (49). El concepto de calidad de vida aparece en un medio socio laboral donde era relacionado como un índice de rendimiento, para aumentar la calidad del producto (49). Luego se toma el término en medicina para valorar las condiciones de vida de las personas desde diferentes ámbitos en relación al costo, beneficio que este implica (49).

Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL)

El interés actual sobre la medición de la calidad de vida (CVRS) en medicina tiene su origen tanto en la preocupación por el proceso de atención sanitaria como en la voluntad de controlar los resultados de la atención y las intervenciones realizadas. Este interés no sólo se ha centrado en disciplinas donde la supervivencia de los pacientes es el factor más importante, como por ejemplo la oncología, sino también en el seguimiento de enfermedades crónicas y factores de riesgo como la hipertensión arterial (50).

La reducción de la morbimortalidad asociada a este factor de riesgo ha sido, y es, el objetivo principal de la intervención terapéutica. La minimización de los efectos secundarios asociados al tratamiento y la mejora global de la calidad de vida del paciente

hipertenso se han convertido en la actualidad en uno de los resultados principales en la evaluación de estos pacientes (50).

Una prueba del creciente interés en el tema de la calidad de vida es el notable incremento de las publicaciones que hacen referencia a esta temática.

Para poder evaluar la CVRS de forma rigurosa se necesitan instrumentos de medida de la salud y de la CVRS relacionada con la salud. Los cuestionarios son los instrumentos habitualmente utilizados para la medición de la CVRS (50).

Descripción del cuestionario

El cuestionario de salud para la HTA fue desarrollado y validado preliminarmente por Roca-Cusachs et al e incluía ítems obtenidos de la revisión de escalas de calidad de vida de la HTA y de escalas psicológicas de evaluación de la ansiedad y la depresión. De la revisión de los datos de su estudio se excluyeron algunos ítems que se consideraron poco sensibles y se volvieron a redactar otros, con la finalidad de aumentar la validez de contenido. Se obtuvo finalmente una versión de 55 ítems (anexo 1) agrupados en 2 dimensiones: estado de ánimo (EA), constituido por 36 ítems, y manifestaciones somáticas (MS), constituidas por 19 ítems, con un marco temporal de referencia de 15 días (50).

Evaluación de las propiedades de medición del cuestionario

Para validar el cuestionario CHAL se realizó un estudio en el que se evaluó una muestra de 269 pacientes hipertensos no controlados, de ambos sexos, mayores de 17 años, provenientes de 92 centros de atención primaria (CAP) de España. Los pacientes se incluyeron consecutivamente entre las edades de (18-44 años, 45-64 años y más de 64 años) y sexo, con el fin de obtener una muestra representativa de la población española con HTA. Además, la muestra del estudio se estratificó en función de la afectación orgánica de la HTA.

Por otro lado, como grupo control se incluyeron 106 individuos normotensos (PAS < 140/90 mmHg), mayores de 17 años, seleccionados de forma consecutiva entre los individuos que acudieron a los mismos CAP por alguna enfermedad leve que no necesitara tratamiento (por ejemplo, revisiones rutinarias) o que acudieran al CAP por algún otro

motivo (por ejemplo, vacunaciones, cuestiones administrativas o acompañantes de pacientes) (50).

En conclusión, el CHAL es el primer cuestionario de calidad de vida específico para la HTA. Los resultados del estudio mostraron que el CHAL es válido, fiable y sensible al cambio en el tratamiento antihipertensivo, para ser utilizado en la investigación y en condiciones de práctica clínica habitual. Sin embargo, el elevado tiempo de administración del cuestionario, alrededor de 30 minutos cuando el cuestionario era auto administrado y de 25 cuando el cuestionario era administrado por el entrevistador (casi en la mitad de los casos), implica una limitación importante para su uso habitual en la práctica clínica cotidiana, por esto la validación de una versión abreviada de cuestionario (MINICHAL), puede ofrecer ventajas para su uso en atención primaria.

Mini cuestionario de Calidad de Vida en la Hipertensión Arterial (MINICHAL)

Fue utilizada la versión adaptada para la lengua portuguesa de Brasil, la cual consiste en la versión abreviada del cuestionario Calidad de Vida en la Hipertensión Arterial CHAL, desarrollado y validado en España. Se trata de instrumento auto-administrado, compuesto por 16 ítems divididos en dos dimensiones:

Estado Mental compuesto por 10 ítems (preguntas 1 a 10) y **Manifestaciones Somáticas** que incluye seis ítems (preguntas 11 a 16), y una pregunta general de CV que no consta en ninguna de las dimensiones, la cual ha sido utilizada para evaluar la responsividad del instrumento, con cuatro posibilidades de respuesta en escala tipo Likert de cuatro puntos: 0 (No, absolutamente), 1 (Si, poco), 2 (Si, bastante), y 3 (Si, mucho). La respuesta a cada uno de los ítems se refiere a los últimos siete días. El puntaje total es obtenido por medio de la suma de todos los ítems y puede variar entre cero (mejor nivel de salud) y 48 (peor nivel de salud) (52). Anexo 3.

Funcionalidad Familiar

Concepto

La funcionalidad familiar es el ambiente donde la familia se desenvuelve, convive, cumple sus metas personales y espirituales que se convierte en el soporte del individuo (52).

La Familia es la célula de la sociedad está conformada por un grupo de personas unidos por diferentes lazos matrimoniales, consanguíneos o por adopción (52).

Sistema Familiar

Se podría definir a la familia como un sistema constituido por sus miembros sujetas a un comportamiento, reglas y funciones, siendo esta dinámica y constante con la sociedad, desempeñando un papel importante en la generación no solo de salud si no de la rehabilitación (53). En familias que existe algún tipo de disfunción, pueden ocurrir conductas equivocadas en las que el equipo de salud tiene que intervenir. La familia es un sistema activo que con la presencia de algún tipo de tensión puede afectar el funcionamiento familiar. El funcionamiento familiar es la unión de características que hacen que la familia un sistema operativo y fundamental para el ser humano (23).

Comunicación Familiar

La comunicación familiar influye directamente en la calidad de vida de la familia ya que es un ente de información entre los miembros, por ello se lo puede denominar un indicador para identificar la funcionalidad familiar. Una comunicación incorrecta o negativa obstaculiza el desarrollo de la familia, mientras una comunicación positiva permite resolver con mayor facilidad cualquier problemática que se presente. Es determinante saber el tipo de familia según su potencial y las describiremos a continuación (23):

- Tipo I: Familias Potenciadoras:** aquellas que tienen comunicación y un funcionamiento satisfactorio.
- Tipo II Y III: Familia Parcialmente Potenciadoras:** el tipo II tiene una comunicación positiva pero una escasa vinculación, el tipo III tiene una comunicación problemática, pero con una vinculación familiar.
- Tipo IV: Familias Obstructoras:** no existe comunicación ni vinculación familiar

Clasificación de Familia:

Existen diferentes formas de organización familiar ya que sus miembros atraviesan por varias situaciones de adaptabilidad. La transformación de estas familias es a causa de la

cultura, contextos sociales etc. Esta puede estar vinculada por afinidad o filialmente a continuación describiremos los tipos de familia (54):

Según su estructura y composición:

- a) **Nuclear:** Es aquella que predomina y está conformada por padre, madre e hijos.
- b) **Extensa:** Es una familia nuclear a la cual se pueden unir abuelos, tíos, primos, etc.
- c) **Monoparental:** Puede ser nuclear o extensa pero solo tiene un progenitor (padre o madre), por alguna causa de abandono, separación o muerte.
- d) **Compuesta:** Conformada por miembros que no tienen ningún tipo de relación filial o matrimonial (entre amigos) (55).

Según el desarrollo de la familia:

- **Familia Moderna:** Tiene elementos de desarrollo que, de una y otra manera, nos plantean la idea de un esquema social al cual representa y que la podemos encontrar con frecuencia en niveles socioeconómicos altos. Se refiere a la familia en la que la madre trabaja en iguales condiciones que el padre o aquella sin figura paterna donde la madre trabaja para sostener la familia.
- **Familia Tradicional:** Representada por las familias de clase media y que son, las más numerosas. Tienen como rasgo fundamental la transmisión de modelos socioculturales como son las tradiciones familiares, los valores sociales y de vida que predeterminan la perpetuación de estas características a través del desarrollo de nuevas familias. Es aquella en la que el padre es el único proveedor de sustento para la familia y la madre se dedica al hogar y a los hijos.
- **Familia Arcaica o Primitiva:** También está predeterminada por factores socioculturales y demográficos, además de los elementos de identificación cultural; este tipo de familias cuenta con menos oportunidad de acceso a los niveles de satisfactores individuales (familias indígenas). Su prototipo es la familia campesina que se sostiene con los productos de la tierra que trabajan.

Según la demografía de la familia:

- Familia Rural:** Habita en el campo y no cuenta con todos los servicios intradomiciliarios (agua potable, luz eléctrica, drenaje, etc.).
- Suburbana:** Tiene las características del medio rural, pero está ubicada dentro de medio urbano.
- Urbana:** Se encuentra en una población grande y cuenta con todos los servicios.

Según la integración de la familia:

- Integrada:** Ambos conyugues viven en la misma casa y cumplen con sus funciones respectivas.
- Semi integrada:** ambos conyugues viven en la misma casa, pero no cumplen adecuadamente sus funciones.
- Desintegrada:** Los conyugues se encuentran separados.

Según la ocupación de la familia:

- Este tipo de familia se refiere a la ocupación del padre o del jefe de familia, puede definirse como campesina, obrera, comerciante, empleada, etc.

Según sus complicaciones:

- Interrumpida:** Aquella en la que la unión conyugal se disuelve ya sea por separación o divorcio.
- Contraída:** Cuando fallece uno de los padres.
- Reconstruida:** Se aplica a la familia en la que uno o ambos conyugues tuvo una pareja previa.

Como un elemento integrador de estas clasificaciones y con el propósito de facilitar la clasificación de las familias, surge la 1º Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud, efectuada en junio 2005. En dicho consenso se hizo la clasificación con base a cinco ejes fundamentales que son:

1. El parentesco
2. La presencia física en el hogar o la convivencia en el mismo

3. Los medios de subsistencia
4. El nivel económico
5. Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios familiares.

Tabla No. 5 Clasificación de las familias según la 1º Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud.

Con parentesco	Características
Nuclear	Hombre y mujer sin hijos
Nuclear simple	Padre y madre con 1 a 3 hijos
Nuclear numerosa	Padre y madre con 4 hijos o más
Reconstruida (binuclear)	Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior
Monoparental	Padre o madre con hijos
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco
Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
Extensa	Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
No parental	Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera)
Sin parentesco	Características
Monoparental extendida sin parentesco	Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco
Grupos similares a familias	Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares. Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etcétera
Presencia física en el hogar	Características
Núcleo integrado	Presencia de ambos padres en el hogar
Núcleo no integrado	No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar
Extensa ascendente	Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres
Extensa descendente	Padres que viven en la casa de alguno de los hijos
Extensa colateral	Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos,
Tipo	Características
Persona que vive sola	Sin familiar alguno, independientemente de su estado civil o etapa de ciclo vital
Matrimonios o parejas de homosexuales	Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal sin hijos
Matrimonios o parejas de homosexuales con hijos adoptivos	Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos
Familia grupal	Unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo
Familia comunal	Conjunto de parejas monógamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente, compartiendo todo, excepto las relaciones sexuales
Poligamia	Incluye la poliandria y la poliginia

Fuente: 1º Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud.

Funciones de la Familia

La familia tiene diferentes funciones para cada uno de sus miembros y para la sociedad las que describiremos a continuación (52):

- **Función Biológica o Procreadora.** – Esta función se encarga de la perpetuación de la especie humana a través de la procreación de los seres humanos, por lo que existe el deber de proteger a cada uno de sus miembros en salud, seguridad y educación. (52) (55).
- **Función Psicológica.** – Se basa en el ámbito emocional de la persona y la familia, en su relación entre sí y con la sociedad, lo que hace que tengan un equilibrio en su personalidad desarrollando un comportamiento adecuado (52).
- **Función Protectora.** - Se refiere a la prosperidad y al cuidado de cada uno de ellos frente a varias necesidades dándoles seguridad (55).
- **Función Económica.** - Esta función es la encargada de proveer lo necesario para la subsistencia de los miembros de la familia, en cuanto a la provisión alimenticia, la vestimenta. Función que se relaciona con el trabajo que desarrolla la familia que puede ser en el ámbito agrícola, industrial, artesanal, comercial, etc. Esta va a influir en la posesión de bienes de cada familia por ende en la economía del país (52).
- **Función Cultural.** – Función encargada de transmitir la cultura conocida por los progenitores a su descendencia, lo cual implica la enseñanza de sus creencias, religión, hábitos de higiene y alimenticios y el respeto a cada individuo por su descendencia (52).

- **Función Social o Educativa.** – Se refiere a la inclusión a la sociedad de los miembros de la familia, aprender a desenvolverse en ella, formando su personalidad (55).

Rol Familiar

Cada miembro de la familia ocupa un lugar específico y un rol que desempeñar para un funcionamiento familiar adecuado es así como (55):

- a) **Padre:** Desempeña el papel primordial al tomar decisiones, en el cuidado, y al ser el principal proveedor.
- b) **Madre:** En los últimos años también la mujer ha tomado el rol de proveedora y de la toma de decisiones junto a su pareja; sin embargo, todavía se la incluye en un rol solo de maternidad y de atención del hogar.
- c) **Hijos:** Su papel es estudiar y ayudar en los quehaceres del hogar, según su edad.

Tipos de Funcionamiento Familiar

- a) **Familia Funcional:** Se refiere al equilibrio en la adaptación, en el cumplimiento de roles y funciones que les permite un adecuado desarrollo tanto familiar como personal (55).
- b) **Familia moderadamente funcional:** Está entre la familia funcional y disfuncional.
- c) **Familia Disfuncional:** Se la denomina disfuncional ya que no existe una funcionalidad total por varios factores pueden ser por comportamiento, estresores del ciclo de vida, incapacidad de realizar tareas o simplemente la falta de afinidad (55).
- d) **Familia severamente disfuncional:** Igual que en la disfuncional pero en un punto extremo (55).

Los instrumentos de atención integral a la familia ofrecen una apreciación gráfica y esquemática de la familia y sus relaciones, permite desarrollar una visión integrada de las interacciones actuales, los puntos débiles y fuertes de la familia, así como su desarrollo histórico, son un elemento importante de diagnóstico para el médico familiar.

Promueven el interés o expresión de sentimientos entre el informante que es el paciente y el profesional de salud, permitiendo la comprensión del entorno y el contexto de su familia para buscar el mejor modo de ayuda que se puede brindar a la persona como un todo. Permite identificar en qué medida la familia cumple con sus funciones básicas, y cuales el rol que puede estar jugando la funcionalidad familiar en el proceso salud-enfermedad, por lo que representan elementos indispensables en la práctica ambulatoria del primer nivel y en la atención primaria de salud en general. Los instrumentos que el médico familiar tiene a su disposición son amplios, debiendo ser usados según la necesidad del paciente y el ambiente que el especialista detecte en la consulta cotidiana, en este caso hablaremos del Apgar Familiar.

Apgar Familiar

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil (56).

Es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. El registro de esta percepción es particularmente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común que los pacientes o usuarios manifiesten directamente sus problemas familiares, y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas cuando este los detecta en la conversación durante la consulta. Este instrumento también sirve para favorecer una relación médico paciente en toda su extensión (56).

Con este instrumento los integrantes del equipo APS pueden conseguir una primera aproximación para la identificación de aquellas familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles seguimiento y orientación; el médico familiar cuenta con la preparación para ejecutar dicha ayuda a sus pacientes, ya que no solo realiza la parte clínica sino la psicosocial en la consulta diaria; sabemos que no toda patología se debe a un mal orgánico en su totalidad, puede deberse a crisis familiares que puedan estar cursando las familias, ocasionando una patología (56).

Se ha utilizado el APGAR familiar como instrumento de evaluación de la función familiar, en diferentes circunstancias tales como el embarazo, depresión del postparto, condiciones

alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de familias. Así ha sido posible observar que el instrumento es de gran utilidad y de fácil aplicación, particularmente cuando el especialista está dispuesto a realizarlo en todos sus pacientes (56).

Antecedentes

Este es un instrumento de origen reciente, habiendo sido diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), quien basándose en su experiencia como Médico de Familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar. Este test se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos (56).

Este test fue denominado «APGAR familiar» por ser una palabra fácil de recordar a nivel de los médicos, dada su familiaridad con el test de uso casi universal en la evaluación de recién nacidos propuesto por la doctora Virginia Apgar, y porque denota una evaluación rápida y de fácil aplicación. El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que busca evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia.

¿Qué evalúa el Apgar familiar y con cuanta precisión?

El APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia considerada las más importantes por el autor: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, y Recursos, cuyas características son las siguientes (56):

- Funciona como un acróstico, en la que cada letra de APGAR, se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada.
- La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index).

- Posteriormente, el APGAR familiar se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades.

La última modificación del PAGAR FAMILIAR fue realizada por la Dra. Liliana Arias, en la que se incluye a los amigos; estas respuestas son útiles para ver si existe este recurso al cual podemos acudir en caso de que el paciente viva lejos de su familia o haya gran disfuncionalidad. De acuerdo con los estudios de Cobb Cohen y Smilkstein, lo fundamental es contar con una persona hacia la cual se pueda recurrir en caso necesario.

Componentes del Apgar familiar

Los componentes de este instrumento son 5 elementos que se evalúan para evaluar la funcionalidad de la familia. Esto es (56):

- **Adaptación:** es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.
- **Participación:** o cooperación, es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.
- **Gradiente de recursos:** es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.
- **Afectividad:** es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia.
- **Recursos o capacidad resolutiva:** es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios. Estos cinco elementos son muy importantes, considerando su presencia en toda la tipología de los diferentes tipos de familia, pudiendo ser en base a su estructura, desarrollo, integración o en base a su demografía.

Cuando aplicar el Apgar familiar

En servicios orientados hacia la Medicina Familiar, el APGAR, se usa rutinariamente en todos los pacientes o usuarios en la segunda cita, para ya tener un panorama completo del paciente a quien vamos a cuidar. En otro tipo de establecimientos, es muy importante que sea usado por lo menos en los siguientes casos (56):

- Pacientes polisintomáticos, en los cuales se perciba un componente predominantemente psicosocial de las dolencias, particularmente en la ansiedad o depresión.
- En Grupos familiares o pacientes crónicos.
- Cuando es necesaria la participación de la familia en el cuidado de un paciente.
- A los integrantes de una familia que atraviesa una crisis del diario vivir.
- A los miembros de familias problemáticas
- Cuando hay escasa o ninguna respuesta a tratamientos recomendados, particularmente en enfermedades crónicas.
- En los casos en que otros instrumentos de atención a la familia describan algún evento problemático.

Como se aplica el Apgar familiar

Para el registro de los datos el APGAR familiar se (Anexo 2) muestra un formato. El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal. Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación (57):

- 0: Nunca
- 1: Casi nunca
- 2: Algunas veces
- 3: Casi siempre
- 4: Siempre.

Interpretación del puntaje:

- ✓ Normal: 17-20 puntos
- ✓ Disfunción leve: 16-13 puntos.
- ✓ Disfunción moderada: 12-10 puntos
- ✓ Disfunción severa: menor o igual a 9

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

3.1 Enfoque

El presente estudio se desarrolló a partir de un enfoque cualitativo basado en la teoría fundamentada, por lo tanto, es subjetiva e interpretativa usando la hermenéutica. No hay una medición de variables o un sistema de hipótesis definido, existe la pregunta de investigación, es descriptivo, en un periodo de tiempo (transversal), tomando en cuenta la naturaleza social e individual de los investigados, por ello, es el método de investigación social más relevante por excelencia. Además, no hay una medición de variables o un sistema de hipótesis definido (58).

Asimismo, el investigador tiene un contacto directo con el investigado o actores sociales, por ello la investigación cualitativa toma en cuenta las cualidades, sentimientos y pensamientos del sujeto, por lo tanto, es un método muy subjetivo, analítico e interpretativo de la realidad que se presenta en dicho momento (58).

3.2 Modalidad Básica de la Investigación

La investigación fue de campo, mediante la visita domiciliaria a personas con hipertensión arterial, se les aplicó una entrevista, el test de apgar familiar y el cuestionario de calidad de vida para personas con hipertensión arterial (MINICHAL).

3.3 Nivel de Investigación

Fue una investigación de campo, observacional y transversal.

3.4 Área de Estudio

El siguiente estudio se realizó mediante la visita domiciliaria a pacientes con hipertensión arterial que pertenecen al cantón Quero, provincia de Tungurahua.

3.5 Población y Muestra:

La población está representada por las personas diagnosticadas con Hipertensión Arterial pertenecientes a la comunidad de Llimpe Grande, Llimpe Chico, Zona Libre

pertenecientes al cantón Quero que son un número de 90 personas. El tipo de muestra se determinó durante y después de la inmersión inicial, por lo que participaron en la investigación 30 personas.

Para la realización del estudio los participantes debieron cumplir con los siguientes criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión

- ✓ Personas con diagnóstico de Hipertensión Arterial.
- ✓ Pacientes de cualquier tipo de género.
- ✓ Mayores de 25 años.
- ✓ Que residan en el Cantón Quero o que sean atendidos en el Centro de Salud Tipo C Quero.
- ✓ Pacientes que acepten participar en la investigación, por medio del consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

- ✓ Personas que padezcan de Hipertensión Arterial y enfermedad oncológica.
- ✓ Pacientes con enfermedades neurológicas.
- ✓ Personas que no pertenezcan al área de estudio.
- ✓ Personas que no deseen participar en el estudio.

3.6 Criterio Ético

El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber (59,30).

El propósito principal de la investigación médica es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades, en este caso mediante el principio de beneficencia estudiaremos la calidad de vida de las personas con Hipertensión Arterial en relación con la funcionalidad familiar para mejorar la calidad de vida de estas personas (60,31).

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano (29).

Se tendrá en cuenta el anonimato de la población sujeto de estudio y la aceptación de su participación voluntaria será un requisito fundamental, el mismo que se obtendrá mediante la firma del consentimiento informado, respetando el principio de autonomía y confidencialidad (31).

Se explicará a todos los participantes el tipo de investigación y se garantizará la confidencialidad de la información proporcionada durante y después de la investigación.

3.7 Recolección y fuente de la información

La técnica empleada para la recolección de datos es la observación directa realizada en la visita domiciliaria a pacientes con hipertensión arterial que cumplieron con los criterios de inclusión, previa a la socialización y firma del consentimiento informado (Anexo 1). Bajo la autorización del participante se procederá a determinar el nivel de funcionalidad familiar mediante el Apgar Familiar (Anexo 2), y el Cuestionario (MINICHAL) (Anexo 3) (61), el cual mide la calidad de vida de las personas que padecen de Hipertensión Arterial, que ha sido validado en diferentes países como España y Colombia.

A través de estos resultados se empleará una entrevista semiestructurada (Anexo 4) realizada mediante 20 preguntas abiertas que comprenden datos sociodemográficos, antecedentes de Hipertensión Arterial, preguntas dirigidas a investigar la influencia del nivel de funcionalidad familiar con la calidad de vida que tiene el paciente, la cual nos permite responder la pregunta de investigación y los objetivos planteados.

3.7.1 Plan de procesamiento y análisis

Una vez recolectada la información, se utilizó una base de datos del programa Excel, para la caracterización de los participantes y su posterior comparación.

Las entrevistas fueron transcritas en Word **para** realizar comentarios y comparaciones, posteriormente se extrajo los comentarios para su análisis cualitativo.

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

El estudio se efectuó con 30 personas que cumplieron con los criterios de inclusión. A continuación, se detalla la caracterización de la población según su ciclo vital individual. Dentro del estudio se captó a una persona adulta media femenina de 40 años de edad con las siguientes características.

Tabla No. 6 Caracterización de Adulta Media hipertensa.

Caracterización	
Ciclo vital individual	Adulta Media
Sexo	Femenino
Estado Civil	Divorciada
Ocupación	Artesana
Nivel de Instrucción	Secundaria
Tipo de familia	Monoparental
Cumple indicaciones médico dietéticas	Si
Tiempo de diagnóstico	< a 1 año
APGAR Familiar	Disfunción Leve
Calidad de Vida	Alta

Elaborado por: Md. Gabriela Carrillo

Fuente: Entrevista, Apgar Familiar, Cuestionario MINICHAL

Análisis y Discusión

Paciente adulta media con un nivel de instrucción secundaria el cual es un factor protector para el entendimiento y cumplimiento de la terapéutica para la hipertensión arterial, su tiempo de diagnóstico de la enfermedad es menor a un año, por lo que ha comenzado a disminuir el consumo de sal, lo que se ve reflejada en un nivel alto de calidad de vida, pese a su disfunción familiar la cual es leve, lo que se corrobora al comparar con la investigación realizada por Quezada y col (64), en Cañar 2015, se estudió la funcionalidad familiar a 78 participantes con hipertensión arterial crónica donde se determinó que la sola

presencia de la enfermedad en la persona modifica el nivel de funcionalidad familiar en esa familia. De igual manera un estudio realizado en el Hospital Enrique Garcés por Corral y Gonzales (52) con 240 participantes, se encontró que el 25,4% y 33,8% de los pacientes con funcionalidad familiar funcional y moderadamente funcional controlan su presión arterial, por ende tienen una buena calidad de vida.

Tabla No. 7 Caracterización del sexo de la población según su ciclo vital

SEXO		
Adultos Maduros 50 a 64 años	#	%
Masculino	3	10
Femenino	9	30
Adultos Mayores (edad temprana) 65 a 75 años		
Masculino	3	10
Femenino	6	20
Adultos Mayores (edad avanzada) 76 a 89 años		
Masculino	5	16,7
Femenino	2	6,7
Longevos 90 a 99 años		
Masculino	1	3,3
Femenino	1	3,3
Total	30	100

Elaborado por: Md. Gabriela Carrillo

Fuente: Entrevista

Análisis y Discusión

La población estudiada en su gran mayoría pertenece al sexo femenino en el 60%, donde los adultos maduros predominan en un 30% de la población, sin embargo en el adulto mayor de edad avanzada predomina el sexo masculino, siendo en el grupo de longevos el predominio del sexo por igual (Tabla 5), en comparación con el estudio de Corral y González (52), realizado en el Hospital Enrique Garcés, con 240 participantes se evidencia un predominio del sexo femenino, En la investigación realizada por Pérez (65) donde se estudia la funcionalidad familiar del paciente hipertenso, con 311 participantes a los cuales

se les aplico el Apgar familiar encontramos una similitud en los resultados en donde el sexo femenino predomina en un 61%.

Tabla No. 8 Caracterización del estado civil de la población según su ciclo vital

ESTADO CIVIL		
Adultos Maduros 50 a 64 años	#	%
Soltero	1	3,3
Casado	8	26,6
Divorciado	2	6,7
Unión Libre	1	3,3
Adultos Mayores (edad temprana) 65 a 75 años		
Casado	6	20
Divorciado	2	6,7
Viudo	2	6,7
Adultos Mayores (edad avanzada) 76 a 89 años		
Casado	3	10
Divorciado	1	3,3
Viudo	2	6,7
Longevos 90 a 99 años		
Viudo	2	6,7
Total	30	100

Elaborado por: Md. Gabriela Carrillo

Fuente: Entrevista

Análisis y Discusión

La población estudiada en su gran mayoría son casados en un 56,6%, donde existe un predominio en los adultos maduros en un 26,6%, además se puede observar que en el adulto mayor ya existe un estado de viudez al igual que en los longevos la viudez son los 100% (Tabla 6). Al igual que en la investigación realizada por Pérez (65) donde se estudia la funcionalidad familiar del paciente hipertenso, con 311 participantes a los cuales se les aplico el Apgar familiar encontramos una similitud en los resultados en donde el estado civil que predomina es el casado en un 65,9%.

Tabla No. 9 Caracterización de la ocupación de la población según su ciclo vital

OCUPACIÓN		
Adultos Maduros 50 a 64 años	#	%
Agricultor	2	6,7
Ama de casa	6	20
Costurera	1	3,3
Comerciante	2	6,7
Cuidadora	1	3,3
Adultos Mayores (edad temprana) 65 a 75 años		
Agricultor	2	6,7
Ama de casa	5	16,7
Chofer	1	3,3
Jubilado	1	3,3
Adultos Mayores (edad avanzada) 76 a 89 años		
Agricultor	1	3,3
Ama de casa	2	6,7
Ninguna	4	13,3
Longevos 90 a 99 años		
Ninguna	2	6,7
Total	30	100

Elaborado por: Md. Gabriela Carrillo

Fuente: Entrevista

Análisis y Discusión

La población estudiada en su gran mayoría son amas de casa en un 43,4%, donde existe un predominio en los adultos maduros en un 20%, además se puede observar que en el adulto mayor de edad avanzada existe un predominio de no realizar ninguna ocupación al igual que en los longevos no realizan ninguna actividad en el 100% (Tabla 7), en comparación con la investigación realizada por Pérez (65) donde se estudia la funcionalidad familiar del paciente hipertenso, con 311 participantes a los cuales se les aplicó el Apgar familiar encontramos una similitud en los resultados en donde se observa que el 40,8 % de la población se dedica al hogar.

Tabla No. 10 Caracterización del nivel de instrucción de la población

NIVEL DE INSTRUCCIÓN		
Adultos Maduros 50 a 64 años	#	%
Primaria	11	36,6
Secundaria	2	6,7
Adultos Mayores (edad temprana) 65 a 75 años		
Ninguna	2	6,7
Primaria	6	20
Secundaria	1	3,3
Adultos Mayores (edad avanzada) 76 a 89 años		
Ninguna	4	13,3
Primaria	2	6,7
Longevos 90 a 99 años		
Ninguna	2	6,7
Total	30	100

Elaborado por: Md. Gabriela Carrillo

Fuente: Entrevista

Análisis y Discusión

La población estudiada en su gran mayoría tiene una instrucción primaria en un 56,6%, donde existe un predominio en los adultos maduros en un 36,6 %, además se puede observar que en el adulto mayor de edad avanzada existe un predominio de analfabetismo al no tener ninguna instrucción al igual que en los longevos no tienen ningún nivel de instrucción escolar en un 100% (Tabla 8), en comparación con el estudio de Corral y Gonzáles (52), realizado en el Hospital Enrique Garcés, con 240 participantes se evidencia la prevalencia de instrucción primaria.

Tabla No. 11 Caracterización de los tipos de familia en la población

TIPOS DE FAMILIAS		
Adultos Maduros 50 a 64 años	#	%
Nuclear Simple	7	23,3
Nuclear	2	6,7
Monoparental	1	3,3
Persona que vive sola	2	6,7
Adultos Mayores (edad temprana) 65 a 75 años		
Extensa	2	6,7
Nuclear Simple	2	6,7
Nuclear	3	10
Monoparental	3	10
Adultos Mayores (edad avanzada) 76 a 89 años		
Extensa	1	3,3
Nuclear	3	10
Persona que vive sola	2	6,7
Longevos 90 a 99 años		
Extensa	1	3,3
Monoparental	1	3,3
Total	30	100

Elaborado por: Md. Gabriela Carrillo

Fuente: Entrevista

Análisis y Discusión

La población estudiada está conformada en su gran mayoría por familias nucleares simples en un 30%, donde existe un predominio en los adultos maduros en un 23,3 %, además se puede observar que en el adulto mayor de edad temprana como en los de edad avanzada un predominio de familias nucleares, en cambio en la población longeva está conformado por familias extensas y monoparentales por el apoyo familiar que estos requieren (Tabla 9), en comparación con el estudio realizado por Mara dos Santos (67), desarrollado con 460 ancianos de la zona rural del Municipio de Uberada, reporto un predominó de parejas que viven solas es decir el tipo de familia que predomino es la nuclear simple.

Tabla No. 12 Cumplimiento de las indicaciones médico dietéticas de la hipertensión arterial en la población según su ciclo vital

CUMPLE LAS INDICACIONES MÉDICO DIETÉTICAS		
Adultos Maduros 50 a 64 años	#	%
Si	7	23,3
No	5	16,7
Adultos Mayores (edad temprana) 65 a 75 años		
Si	6	20
No	3	10
Adultos Mayores (edad avanzada) 76 a 89 años		
Si	5	16,7
No	2	6,7
Longevos 90 a 99 años		
Si	1	3,3
No	1	3,3
Total	30	100

Elaborado por: Md. Gabriela Carrillo

Fuente: Entrevista

Análisis y Discusión

La población estudiada en su gran mayoría menciona cumplir con las indicaciones médico dietéticas en un 63,3% de los casos, donde existe un predominio en los adultos maduros en un 23,3 % (Tabla 10), en comparación con la investigación realizada por Pomares y cols. (68) en el policlínico área 2, Cecilio Ruíz de Zárate, de la provincia Cienfuegos. Se realizó un muestreo aleatorio simple de quienes tenían este padecimiento, por lo tanto, la muestra quedó conformada por 27 pacientes, se excluyeron aquellos con alteraciones de la esfera cognoscitiva y con enfermedades psíquicas severas que no permitieran una adecuada comprensión de la técnica aplicada, y los que no dieron su consentimiento para participar en el estudio donde el (66,7 %) de los participantes cumplieron las indicaciones médico dietéticas de manera parcial.

Tabla No. 13 Tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial en la población

TIEMPO DE DIAGNÓSTICO		
Adultos Maduros 50 a 64 años	#	%
< a 1 año	1	3,3
1 a 5 años	6	20
6 a 10 años	5	16,7
Adultos Mayores (edad temprana) 65 a 75 años		
1 a 5 años	3	10
6 a 10 años	4	13,3
> 10 años	2	6,7
Adultos Mayores (edad avanzada) 76 a 89 años		
1 a 5 años	1	3,3
6 a 10 años	1	3,3
> 10 años	5	16,7
Longevos 90 a 99 años		
> 10 años	2	6,7
Total	30	100

Elaborado por: Md. Gabriela Carrillo

Fuente: Entrevista

Análisis y Discusión

La población estudiada en su gran mayoría tiene un tiempo de diagnóstico de 1 a 5 años en un 33,3%, donde existe un predominio en los adultos maduros en un 20 %, además se puede observar que en el adulto mayor de edad temprana se evidencia un tiempo de diagnóstico de 6 a 10 años, en cambio en el adulto mayor de edad avanzada y los longevos donde el tiempo de diagnóstico son más de 10 años (Tabla 11), en comparación con el estudio de Corral y Gonzáles (52), realizado en el Hospital Enrique Garcés, con 240 participantes se evidencia un predominio del sexo femenino, la prevalencia de instrucción primaria, en cuanto al tiempo de diagnóstico el más frecuente fue de 0-5 años (52), en otro estudio realizado por Mara dos Santos (67), desarrollado con 460 ancianos de la zona rural del Municipio de Uberada, reporto un predominó el sexo femenino, entre 60 y 70 años, casados, con 4 a 8 años de estudio, que viven con pareja, el tiempo de diagnóstico se asoció a menor calidad de vida en el dominio físico.

Tabla No. 14 Nivel de Funcionalidad Familiar de la población según su ciclo vital

APGAR FAMILIAR		
Adultos Maduros 50 a 64 años	#	%
Normal	3	10
Disfunción Leve	5	16,7
Disfunción Moderada	2	6,7
Disfunción Severa	2	6,7
Adultos Mayores (edad temprana) 65 a 75 años		
Normal	4	13,3
Disfunción Leve	3	10
Disfunción Moderada	1	3,3
Disfunción Severa	2	6,7
Adultos Mayores (edad avanzada) 76 a 89 años		
Normal	3	10
Disfunción Leve	1	3,3
Disfunción Moderada	2	6,7
Longevos 90 a 99 años		
Normal	2	6,7
Total	30	100

Elaborado por: Md. Gabriela Carrillo

Fuente: APGAR Familiar

Análisis y Discusión

La población estudiada en su gran mayoría tiene una disfunción familiar leve en un 30%, donde existe un predominio en los adultos maduros de un 16,7%, además se puede observar que, en el adulto mayor de edad temprana, avanzada y en los longevos una funcionalidad normal ya que se ha visto en ellos la unión y el apoyo familiar (Tabla 12). En relación con el estudio de Corral y Gonzáles (52), realizado en el Hospital Enrique Garcés, con 240 participantes se evidencia un predominio del sexo femenino, la prevalencia de instrucción primaria, el tipo de funcionalidad familiar más frecuente fue una disfunción leve en este grupo de adultos maduros.

En la investigación realizada por Pérez (65) donde se estudia la funcionalidad familiar del paciente hipertenso, con 311 participantes a los cuales se les aplico el Apgar familiar encontramos una similitud en los resultados en donde el sexo femenino predomina en un 61%, casados en un 65,9%, con una ocupación al hogar del 40,8 %, con una percepción funcional familiar del 82%.

Lo que confirma la investigación de Quezada y col (64), investigación realizada en la Comunidad Coyoctor del Cantón El Tambo, en el año 2015; con 78 participantes, un estudio analítico transversal, en el cual se trabajó con dos grupos de familias; el primer grupo expuestos tenía a su cuidado adultos mayores con HTA crónica y el otro grupo familiar no expuestos estaba constituido con adultos mayores sin patología hipertensiva; al iniciar el estudio mostraron que las familias expuestas al factor de riesgo tenían mayor presencia de disfuncionalidad, mientras que los no expuestos la disfuncionalidad estuvo presente en menor grado.

En comparación con el análisis de Vargas y col (66), realizado en el 83% indicó de un buen funcionamiento de la familia, pero el 7,5% y el 8% tenía disfunción moderada y alta respectivamente. El porcentaje de disfuncionalidad familiar se incrementó hasta un 20% entre los ancianos que vivían solos. Lo que se confirma en la presente investigación ya que los pacientes hipertensos que viven solos tienen una disfuncionalidad familiar moderada provocando una disminución en su calidad de vida.

El estudio realizado por Figueroa (68), realizada con 104 pacientes con distribución de 83 de género femenino y 21 de género masculino, con edades que oscilan de los 27 años a los 87 años, con una media de 63 años, con una mayor incidencia en edades que comprenden de los 50 a los 79 años. En lo que respecta a la Tipología familiar se observa el predominio de la familia extensa compuesta con un 35%, en cuanto a la Ocupación: la de empleada doméstica es la que predomina.

Las familias con disfuncionalidad familiar se encuentran con una incidencia de 2 a 1 en el diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica en personas ancianas con hipertensión arterial.

Tabla No. 15 Nivel de calidad de vida de la población según su ciclo vital

CALIDAD DE VIDA		
Adultos Maduros 50 a 64 años	#	%
Alta	7	23,3
Media	4	13,3
Baja	1	3,3
Adultos Mayores (edad temprana) 65 a 75 años		
Alta	5	16,7
Media	3	10
Baja	1	3,3
Adultos Mayores (edad avanzada) 76 a 89 años		
Alta	4	13,3
Media	3	10
Longevos 90 a 99 años		
Alta	1	3,3
Media	1	3,3
Total	30	100

Elaborado por: Md. Gabriela Carrillo

Fuente: Cuestionario MINICHAL

Análisis y Discusión

La población estudiada en su gran mayoría tiene una disfunción familiar leve en un 30%, donde existe un predominio en los adultos maduros de un 16,7%, además se puede observar que, en el adulto mayor de edad temprana, avanzada y en los longevos una funcionalidad normal ya que se ha visto en ellos la unión y el apoyo familiar (Tabla 13). En otra investigación de revisión documental Muñoz y Vargas (66), seleccionaron 16 artículos originales, encontrando una correlación positiva entre las variables funcionalidad familiar y calidad de vida, que indican que, a mayor grado de disfuncionalidad, menor nivel calidad de vida.

Al igual que la investigación de Quezada y col (64), “los resultados mostraron que el tener una persona de edad avanzada en casa y con una patología crónica, requiere la

participación de la familia en el proceso de atención” lo que hace que la participación de la familia sea fundamental en la calidad de vida del paciente.

A continuación, se describe los aportes de la investigación recolectadas mediante la entrevista.

4.1.1 Concepto de Calidad de Vida

El concepto de calidad de vida está basado en el estado de salud que goza la persona en cuanto al poder movilizarse, el estar orientado y recordar su ubicación para no perderse, el poder ver a su familia y pasar momentos gratos en unión familiar.

“Es pasar bonito, llegar a donde quiera, donde mis hijos que viven lejos, voy no más, no me pierdo nada. Yo digo, no me pierdo todavía no me pierdo” FJ74Q1

Además de contar con una buena condición física para desarrollar todas sus actividades sin ninguna molestia, el estar en paz y armonía consigo misma.

“Yo creo que es estar bien haciendo todos mis trabajitos tranquila” ES64Q2

También es el poder disfrutar de la naturaleza, el poder ver los grandes paisajes que tiene el hermoso cantón de Quero, el poder escuchar el canto de las aves, el poder oler la fragancia de sus frutas y flores, el poder sentir el frío de la montaña, es sentirse vivo.

“Es vivir en el campo, disfrutar de él” AM80Q

Para tener una buena calidad de vida es importante estar sanos, así no se cuente con los recursos económicos necesarios, basta que se tenga para poder alimentarse de una manera adecuada la persona se siente bien.

“Una buena calidad de vida es tener la salud, yo creo que la salud debe ser lo más importante del mundo, así no tengamos para nada, y alimentarse bien” CB78Q22

Una buena calidad de vida está basada también en la armonía familiar, el llevarse bien como pareja, en la unión de padres e hijos, en tener una buena comunicación.

“Respetarme y respetar a mi esposo, respetar a mis hijos dialogando comunicándonos”

RT70Q24

4.1.2 Estado de Salud

La percepción de la salud está basada en el padecer algún tipo de dolor, si no presenta dolor considera que su salud está bien, sin embargo, existen varias patologías que no causan dolor alguno y que afectan la salud considerablemente, las personas que padecen de hipertensión arterial según el grado de control de la misma puede generar cefalea o no como en algunos casos se ha visto presiones elevadas sin ninguna sintomatología.

“Antes estoy bien, no me duele nada, mi mujer muchos dolores tiene de las manitos”

FJ74Q1

Consideran también que, a mayor edad, mayores problemas de salud.

“Ya estoy viejita, ya no es como antes, pero hay sigo” MC91Q11

Además, sienten una incertidumbre de no saber que les está sucediendo por dentro, o en que parte de su organismo está siendo afectado por esta enfermedad.

“Por el momento si estoy bien, pero por dentro no se sabe” BF66Q14

4.1.3 Calidad de vida en cuanto al tratamiento de Hipertensión Arterial

Se considera que el tratamiento de hipertensión arterial ha mejorado su calidad de vida al comparar las actividades que no podía desempeñar antes cuando no había sido tratado de su padecimiento y las que puede desempeñar ahora que está siendo tratado.

“Si antes no estaba bien, pero me fui donde el doctorcito con la medicación ya me siento mejor ahora hago lo que avanzo” FJ74Q1

Ha mejorado su ánimo y bienestar para desarrollar sus actividades.

“No mejor me da ganas de hacer cualquier cosa así coger hierbitas, si me da ánimo de hacer” ES64Q2

Como también existen personas que consideran que el tratamiento les afecta, no tienen una buena adherencia terapéutica, consideran que les está causando daño, provocando caídas a causa del mareo que siente al iniciar el tratamiento.

“Me sentí mareada a lo que empecé a tomar, vera lo que me paso me olvido de tomar la medicación y me regreso a tomar la pastilla y en esas me caigo por culpa de la pastilla jajaja” RM65Q3

Sin embargo, existe un mínimo de personas que conocen que sus molestias, cefalea y mareos son a causa del olvido en la toma de la medicación no tienen un control adecuado de su presión arterial lo que causa este tipo de sintomatología.

“Cuando no me tomo la tableta me afecta la cabeza, se desmaya el cuerpo un poquito”

SR68Q16

El solo hecho de saber que tiene que tomar medicación diaria está afectando su salud emocional por ende afecta su calidad de vida.

“Me afecta porque tengo que tomar las pastillas diarias” AL85Q25

La persona piensa que se ha visto afectada su calidad de vida ya que considera que si cumple el tratamiento no debería subirle la presión cuando está preocupada por algún motivo.

“Si un poco porque hay a veces que me asusto en algo o tengo alguna preocupación y me sube la presión sobre el medicamento que tomo” GC57Q28

4.1.4 Afectación familiar por la salud física y emocional

Se ha visto afectada la relación familiar en cuanto al desarrollo de las actividades en familia al no poder compartir con ellos o visitarlos por sentirse enfermos y decaídos.

“Si me afecta un poco” “Paso enferma y bastante decaída” RP73Q5

Sin embargo, se evidencia que esta afectación puede mejorar con una terapéutica oportuna de la hipertensión arterial disminuyendo la sintomatología y patologías discapacitantes que esta puede generar.

“Antes si me afectaba no podía hacer nada porque dolía la cabeza si me afectaba, antes ahora ya perdió el dolor” FJ74Q1

Además, existe una afectación emocional en la persona que padece hipertensión arterial cuando su familia la sobreprotege al no permitirle realizar sus actividades con normalidad

por temor a que se lastime al caer por el mareo que presenta, haciéndola sentir una persona inútil a causa de su enfermedad.

“Si porque mi esposo no me deja hacer nada casi, por miedo de que me caiga nuevamente creo yo” RM65Q3

En este caso la persona se siente mal en no poder realizar sus actividades diarias, como lo hacía antes de enfermar, se siente inútil al solo poder cocinar para su familia y no poder ayudar en la limpieza del hogar o en la agricultura, se considera una niña pequeña a la que tienen que cuidar, su estado de salud no lo permite realizar ciertas actividades ya que presenta una discapacidad física provocada por un mal control de la presión arterial.

“Vivo como una guagua tierna ya no puedo hacer nada, lo que avanzo es a cocinar” “Yo no puedo hacer nada mi esposo me apoya él hace todo” MF57Q8

4.1.5 Adherencia al Tratamiento

Se ha visto que la adherencia al tratamiento también ha sido afectada por tratar de cumplir las indicaciones tal como las prescribe el médico, al pie de la letra, el cual indica que la medicación debe tomarse en ayunas, por lo que si se olvidó de tomar el medicamento antes de desayunar ya no se la toma.

“Hoy no tome la verdad, diciendo que ya tomo cafecito no tomé, porque el doctorcito me manda diciendo antes del cafecito que tome, por eso no tome ahora” FJ74Q1

Unos de los factores principales que afectan al estado de salud al no tener un adecuado control de la presión arterial, es el olvido en la toma de la medicación, a pesar de tener la accesibilidad gratuita al medicamento por parte de la Unidad de Salud, el olvido de la toma de la medicación es la causa para que no exista un buen control de la enfermedad provocando mareos.

“Como le diría no ve que me olvido de tomar la pastilla y es un problema porque no puedo estar bien me siento mareada” RM65Q3

El abandono del tratamiento en algunas personas está vinculado al sentirse bien y no tener ningún tipo de molestias, por este motivo dejan de tomar la medicación porque consideran que ya no la necesitan al ver la mejoría de su estado de salud.

“Ya no tomo las pastillas, porque estoy normal” AM80Q6

Sin embargo, también existen personas que cumplen con la terapéutica a pesar de la creencia de que el medicamento le produce mareo.

“El Losartán de 100 me da mareos, pero no he dejado de tomar, todos los días tomo”
CB89Q12

Otro motivo para la suspensión del tratamiento es que la persona hipertensa tiene temor de acercarse a la Unidad de Salud para retirar el medicamento, por miedo a contagiarse, ya que en la actualidad se está viviendo la pandemia de Covid – 19 consideran un riesgo el estar cerca de la unidad de salud.

“No tome la medicina Diosito lindo que no pase nada, ya se me a cabo hace un mes, tome marzo y abril, mayo ya no tome, como usted sabe dicen que no salga de casa si me da miedo yo no salgo de casa solo voy al campo” ML58Q13

Pero también existen personas que buscan otra alternativa para adquirir la medicación, comprándola en la farmacia para no acudir al centro de salud por temor a contagiarse, sin embargo, sus ingresos económicos son bajos y no les permite realizar ese gasto por mucho tiempo por lo que abandonan el tratamiento por esta causa.

“La verdad desde que nos encerramos por la pandemia, he tenido temor de ir al centro de salud, he estado comprando el medicamento, pero me sale mucho y deje de comprar por la situación económica” ALL51Q15

También se ha visto la recomendación de los familiares hacia la persona hipertensa que debe dejar el tratamiento aduciendo que el ser hipertenso lo hace vulnerable a contraer el virus SARS-COV2 y que la medicación le causaría un daño.

“La verdad que deje de tomar las pastillas para la presión, como dijeron unos familiares que era malo para el virus que estamos pasando” MB51Q19

Aceptan los consejos de la familia por temor a que el medicamento que toma le cause un daño ahora que se está viviendo la pandemia, consideran que es mejor tomar medicina natural, la cual es una solución para ellos para no descuidar el tratamiento.

“Un familiar me dijo que es mejor tomar medicina natural en estos tiempos y que la medicina de la presión hace mal para el coronavirus, por eso deje de tomar” RT70Q24

Donde yo trabajo visita mucho una chica terapeuta y entonces ella me ha dicho que mi medicamento que yo tomo es como un imán a esta enfermedad del coronavirus, pero estamos en las manos de Dios y hay que tener mucha precaución.

4.1.6 Apoyo familiar en la adherencia al tratamiento

La familia se preocupa por la salud de sus integrantes he insisten en la toma de medicación, para un mejor control de la presión arterial de esta manera mejorar su calidad de vida.

“Si mi esposa me sabe decir a veces que tome la pastilla” FJ74Q1

“Mi esposo me da de tomar la medicación” MF57Q8

El Adulto mayor con Hipertensión Arterial depende de sus familiares completamente para la toma de la medicación por lo que es importante que exista el apoyo y el interés de sus familiares para controlar su salud por ende mejorar su calidad de vida.

“Mis hijos se encargan de llevarme a control a darme la medicación, pero yo me olvido de tomar ese el problema” EB64Q2

En la familia los hijos son los que más se preocupan por la salud de sus padres al estar pendiente del cumplimiento de la terapéutica.

“La Pastilla, me dio ayer mijito, ahora también” GF83Q4

“Él toma solito o cuando está el hijo él le da, le ve que tome la medicación ya que se sabe olvidar” SC94Q7

Sin embargo, existen otro tipo de familias que no se interesan si su familiar está cumpliendo o no con el tratamiento, asumiendo que la persona enferma se hará responsable en cumplir con la toma de la medicación.

“Regularmente poco no se interesan si tomo o no la medicación” RP73Q5

En otros casos la persona hipertensa se hace responsable de su medicación cumpliendo con las indicaciones del médico, por la mejoría que esta ha generado y por los años que lleva con la terapéutica.

“Yo sola tomo la medicación tomo a las 6 de la mañana en ayunas, hace más de 20 años” RL75Q10

“No yo sola tomo la mediación, ya más de 20 años” MC91Q11

4.1.7 Actividad Física para mejorar su calidad de vida

Se considera que la agricultura es mejor que realizar deporte, que realizar ese tipo de trabajo es cansado, y no necesitan de otra actividad física extra.

“No la verdad nadie hacemos deporte la verdad, ya con la agriculturita para que más si es cansado” FJ74Q1

La percepción de que el deporte solo lo realizan las personas jóvenes.

“No eso ya no es para mí es para los jóvenes ahora pues” EB64Q2

La actividad física que realizan es la caminata ya que su condición física no es buena para realizar otro tipo de deporte.

“No eso de deporte yo no, mi hijo mi nuera ellos hacen deporte yo no, pero si camino largo hasta cuando avance siquiera” RM65.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- La hipertensión arterial es una enfermedad crónica que afecta a muchas personas a nivel mundial razón por la cual es necesario el conocimiento del funcionamiento familiar para realizar intervenciones en áreas que pueden ser modificadas y de esta manera ayudar en el control de la presión arterial mejorando su calidad de vida.
- Se determinó que la población adulta mayor es la más afectadas, siendo en su mayoría de sexo femenino, amas de casa con una instrucción primaria.
- En su mayoría son familias conformadas por Familias nucleares simples y familias nucleares, lo cual se demostró que los hijos son los que más se preocupan de sus padres hipertensos brindado el apoyo para la adherencia al tratamiento dietético y farmacéutico por lo que la dificultad en la adhesión y el desinterés por el tratamiento aumentan cuando no hay participación de la familia en el cuidado diario con el enfermo y las relaciones entre sus miembros es conflictiva. Sin embargo, cuando la familia asume su papel de cuidador, se percibe una respuesta satisfactoria en el control de la enfermedad.
- Se ha evidenciado que la participación familiar puede afectar de una manera positiva o negativa en la calidad de vida del paciente, de ahí nace la importancia de como médicos de familia llevar la terapéutica del paciente conjuntamente con la familia para que tengan un mejor conocimiento de la enfermedad, convirtiendo a la familia en un factor protector del paciente hipertenso para mejorar su calidad de vida.
- En cuanto a la funcionalidad familiar esta influye o tiene una estrecha relación con la calidad de vida del paciente hipertenso, a mayor calidad de vida, mejor funcionalidad tiene la familia.
- El tipo de funcionalidad familiar más frecuente en los pacientes que cumplen los objetivos de control de la presión arterial y que no presentan refractariedad al

manejo son las familias moderadamente funcionales seguidas por las familias funcionales.

- Los resultados demostraron que la funcionalidad familiar afecta al manejo de la hipertensión arterial y se evidenció que los pacientes con familias disfuncionales y severamente disfuncionales tienen mayor probabilidad de no cumplir los objetivos de manejo de HTA.
- En cuanto a los factores que influyen para no tener un adecuado control de la presión arterial son el olvido de la toma de medicación o falta de entendimiento de las instrucciones medicas por lo que se necesita del apoyo familiar para el cumplimiento adecuado de la terapéutica. Esto se debe a que la mayoría de los usuarios estudiados tienen un nivel básico de educación, lo cual representa una barrera para el entendimiento de las indicaciones médicas, además en cuanto a la accesibilidad del medicamento, se ha visto el temor de las personas que no acuden a las unidades de salud a retirar su medicacion por miedo del contagio con el virus SARS COV 2, lo que ha incrementado el descontrol de la enfermedad.
- Otros de los factores que se ha visto es la falta de conocimiento en los beneficios del tratamiento antihipertensivo, ya que dejan de tomar la medicación al sentirse mejor, y en la actualidad han abandonado el tratamiento por recomendaciones de familiares al tener una gran desinformación sobre la enfermedad Covid 19 y la terapéutica antihipertensiva deduciendo que la medicación hará que agrave su enfermedad.

5.2 Recomendaciones

- Intervenir de manera multidisciplinaria en el manejo de los pacientes con hipertensión arterial.
- Valorar el control de presión arterial de los pacientes mediante técnicas más confiables como son el Monitoreo Ambulatorio de la Presión Arterial (MAPA).
- Realizar estudios que valoren diferentes componentes familiares que afectan el control de la presión arterial de las personas que padecen Hipertensión Arterial.
- Educar al paciente, a la familia y a la comunidad sobre los beneficios del tratamiento de hipertensión arterial en el contexto de la pandemia de Covid 19.

CAPÍTULO 6

PROPUESTA

6.1 Tema

Apoyo familiar como una herramienta en la terapéutica del paciente que padece de hipertensión arterial, que acuden al Centro de Salud Tipo C Quero para mejorar su calidad de vida.

Autora: Dra. Gabriela Patricia Carrillo Bayas

C.I. 1804511903

Dirección: Ambato, Av. Marcos Montalvo y Francisco Sevilla.

Teléfonos: celular 0995405786

e-mail: gabi.carrillo7@gmail.com

Tutor: Dr. Edwin Patricio Llerena Guachambala.

6.2 Antecedentes de la propuesta

Una vez finalizada la investigación, se identificó que la funcionalidad familiar influye directamente en la calidad de vida de la persona con hipertensión, ya que al tener una familia funcional que brinda su apoyo en el apego a la terapéutica del paciente en diferentes formas por ejemplo en la compra o retiro de la medicación, en el recordar al paciente la toma del medicamento, en compartir un estilo saludable de vida en fin, se ve reflejado en un paciente sin complicaciones con un nivel alto de calidad de vida.

La presencia de la familia junto al enfermo es capaz de transmitirle tranquilidad, fuerza y coraje, lo que lo hace sentirse seguro y amparado en la convivencia con la enfermedad. Dentro de las enfermedades crónicas la hipertensión arterial es un factor de riesgo relevante, cuyo descontrol inciden diversos factores, como: falta de apoyo familiar, desconocimiento por la familia de aspectos de la enfermedad, no adherencia al tratamiento, inasistencia a consulta, escasa promoción de salud, tratamiento incorrecto y enfermedad concomitante.

6.3 Justificación

El trabajo de investigación, aporó datos relevantes de las personas con hipertensión arterial que acude al Centro de salud tipo C de Quero, donde obtuvimos datos sociodemográficos importantes, así como el tipo de alimentación, su tipo de familia, funcionalidad familiar, apoyo familiar en la terapéutica de la enfermedad y la calidad de vida que esta presenta, en la mayoría se trata de adultos mayores que están rodeados de un familiar que se preocupa por el cumplimiento del tratamiento por lo que se refleja en una buena calidad de vida, sin embargo, existen personas con familias disfuncionales o que no tienen un apego adecuado a la terapéutica.

Por tal motivo, surge la necesidad de implementar una propuesta de intervención educativa, para fomentar el apoyo familiar en la terapéutica del paciente, además de la práctica de actividad física regular, reducción de actividades sedentarias para mejorar la adherencia al tratamiento por ende mejorar la calidad de vida de estas personas.

La supresión o disminución de la dieta habitual de algunos alimentos y condimentos como el consumo de sal, la práctica de ejercicio cotidiano y la ingesta diaria de la medicación, se hace difícil su cumplimiento en un paciente que no está consciente de su enfermedad y no existe una participación del enfermo y su familia, ya que la terapéutica implica modificaciones del estilo de vida que sin la intervención de la familia no se puede lograr.

6.4 Factibilidad

Es factible realizar la presente propuesta ya que se cuenta con el apoyo incondicional de los profesionales del Centro de Salud tipo C Quero, docentes, y la disposición de los pacientes para realizar un cambio para mejorar su salud. La implementación de esta propuesta no implicaría gastos económicos adicionales, puesto que las acciones educativas entrarían como responsabilidades propias de los profesionales de la salud y educación como servidores públicos, sin perjuicio de su jornada laboral.

6.5 Objetivos

6.5.1 Objetivo General

Diseñar una estrategia educativa para promocionar la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial con la participación familiar en los pacientes hipertensos que acuden al Centro de salud tipo C Quero.

6.5.2 Objetivos Específicos

- 6.5.2.1 Socializar los resultados obtenidos en la investigación a las autoridades de salud y a la comunidad para la decisión de intervenciones comunitarias.
- 6.5.2.2 Dar a conocer los beneficios del apego al tratamiento terapéutico y los estilos de vida saludables en las personas con hipertensión arterial mediante la participación familiar o redes de apoyo.
- 6.5.2.3 Aplicar el cuestionario de calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial después de realizar la intervención con el paciente y la familia para verificar su impacto.

6.6 Apoyo familiar en la adherencia terapéutica y estilos saludables.

Es fundamental la participación de la familia y el compromiso del paciente ante la terapéutica de la enfermedad donde se comparte dicha responsabilidad. El médico debe intervenir en la educación del paciente en un momento determinado en la consulta médica sobre las características de la enfermedad, sus manifestaciones clínicas, las complicaciones por un inadecuado control de la presión arterial y la terapéutica a seguir.

La educación del paciente y su red de apoyo familiar y social es primordial para lograr mejores resultados en el control de la hipertensión arterial y disminuir los costos vinculados a una mala adherencia al tratamiento.

El apoyo social se ha asociado a beneficios en salud en distintos niveles. Se compone de cuatro dimensiones:

1. Apoyo instrumental que implica provisión de ayuda tangible y servicios

2. Apoyo informativo, provisión de información, consejo o sugerencias útiles para resolver problemas,
3. Apoyo valorativo, entrega de información a otro que es útil para autoevaluación
4. Apoyo emocional, que implica expresión de empatía, amor, confianza y preocupación.

Además, el apoyo social puede ser dotado por una institución o persona obteniendo una relación favorable con efectos en salud. Es decir, no es suficiente con entregar apoyo a una persona, sino que este apoyo debe ser experimentado como valioso y necesario para el enfermo y así poder tener cambios positivos en su salud.

6.7 Plan operativo

Tabla No. 16 Plan Operativo

FASES	METAS	ACTIVIDADES	TIEMPO	RESPONSABLE	RESULTADOS
SOCIALIZACIÓN	Difundir los resultados obtenidos en la investigación las autoridades de salud y a la comunidad.	Informar los resultados de la investigación	En el mes de Marzo del 2021	Investigadora EAIS	Concientizar a las autoridades de salud y a la comunidad.
EDUCAR	Sobre la importancia del apego terapéutico y las modificaciones del estilo de vida Generar responsabilidad en el paciente y su familia en el desarrollo del plan terapéutico.	Coordinación entre las instituciones de salud y educación para la implementación de la propuesta.	En el mes de abril a junio del 2021	Investigadora EAIS	Manejo adecuado de las cifras tensionales, mejor calidad de vida del paciente
EVALUACIÓN	Aplicar el cuestionario sobre la calidad de vida del paciente con hipertensión arterial y comparar los resultados pre y pos cuestionario, y así medir su impacto	Aplicación del cuestionario	En los meses de julio y agosto del 2021	Investigadora EAIS	Adherencia al tratamiento y mejora de la calidad de vida

Elaborado por: Md. Gabriela Patricia Carrillo Bayas

ACTIVIDADES PROPUESTAS

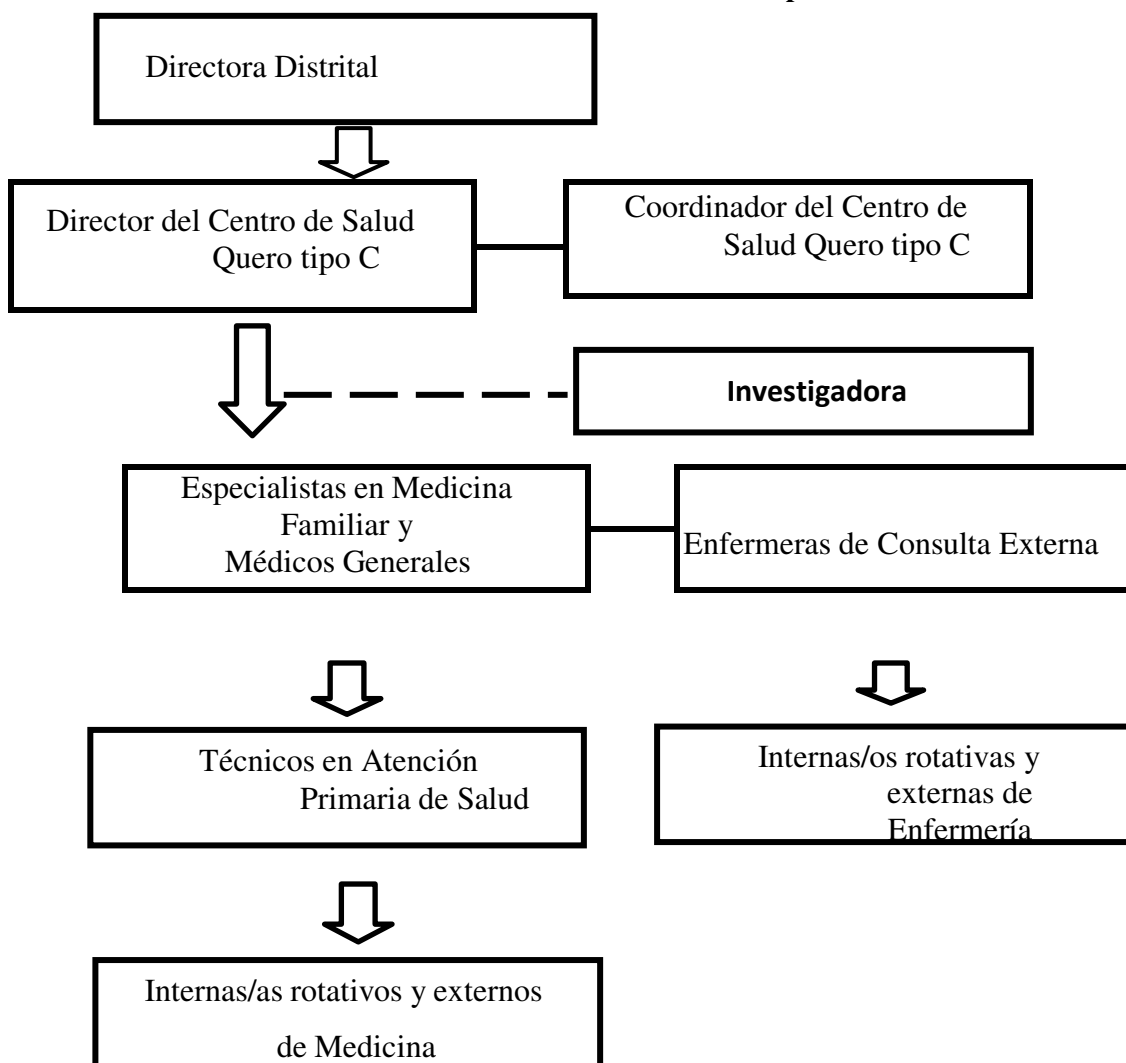
Tabla No. 17 Actividades Propuestas

TEMA	METAS	ACTIVIDADES	TIEMPO	LUGAR	RESPONSABLE
ALIMENTACIÓN	Orientación sobre alimentación saludable a la comunidad educativa	Talleres interactivos	Dos horas	Comunidad	Investigadora EAIS
ACTIVIDAD FÍSICA	Incentivar la práctica de actividad física regular con la participación del docente de cultura física de la Institución 17 de Abril	Caminatas Bailoterapia Aprendiendo en movimiento	Una hora	Comunidad	Investigadora EAIS
SEDENTARISMO	Fomentar actividades recreativas	Rescatar juegos tradicionales recreativos	De media hora a una hora	Comunidad	Investigadora EAIS
APOYO FAMILIAR	Explicar los beneficios de la intervención familiar en la terapéutica del paciente	Videoconferencias Charlas educativas Árbol problema Cara a cara	Una hora	Comunidad Visitas Domiciliarias Consulta Médica	Investigadora EAIS

Elaborado por: Md. Gabriela Patricia Carrillo Bayas

6.8 Administración de la Propuesta

Gráfico No. 2 Administración de la Propuesta



Elaborado por: Md. Gabriela Patricia Carrillo Bayas.

6.9 Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta

El monitoreo se realizará mediante la aplicación del cuestionario de calidad de vida en personas con hipertensión arterial, que fue aplicado al inicio de la investigación y se aplicara al final de igual manera, durante los controles de seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ángel M, Valdés S, Serra M, Marleny R, García V. Las enfermedades crónicas no transmisibles : magnitud actual y tendencias futuras Non Transmissible Chronic Diseases : Current Magnitude and. 2019;140–8.
2. Veliz-Rojas L, Saavedra AB. Acompañamiento y cuidado holístico de enfermería en personas con enfermedades crónicas no adherentes al tratamiento 1. Rev Enfermería Actual. 2017;32:1409–4568.
3. Stanley DC. Plan Nacional de Prevención y Control de la Hipertensión Arterial. 2019;1–12.
4. World Health Organization. Hábitos y estilos de vida saludables : asesoramiento para los pacientes.
5. Miembros A, Bryan DT, Esc D, Unido R, Mancía G, Italia ESH, et al. Guía ESC / ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Society of Hypertension (ESH) sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Vol. 72. 2019.
6. Lopera-v JP. Calidad de vida relacionada con la salud : exclusión de la subjetividad Health-related quality of life : Exclusion of subjectivity. 2017;693–702.
7. Residente E, Robles-espinoza AI, Rubio-jurado B, Rosa-galván EV De, Nava-zavala AH. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. 2016;120–5.
8. Barmaimon. E. - libro calidad de vida - -. 2017;
9. Sandra V. Relación entre calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adultos de cuenca, ecuador. 2019;(29):0–3.
10. Bonilla MAG. ¿Que Es Calidad De Vida?
11. Velásquez G VF, Barreto Y. Efecto de un programa de atención primaria en salud sobre la funcionalidad familiar desde abuelos y nietos, Guapi - Cauca. Univ y Salud. 2016;18(3):514.
12. Castañeda Hernández ÁH. Calidad de vida y adherencia al tratamiento de personas con enfermedad crónica oncológica. Rev Cuid. 2015;6(1):906.
13. Barrera Ortiz L, Vargas Rosero E, Cendales PA. Encuesta de caracterización para el cuidado de una persona con enfermedad crónica. Investig en Enfermería Imagen y

- Desarro. 2014;17(1).
14. Gasset D. Calidad de Vida Comunicación : Instrumentos para la evaluación de la calidad de vida y la autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual . Un acercamiento.
 15. Paredes C. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Rev Cuba Salud Pública*. 2002;(c):1–6.
 16. Digestivos F. *En Atención Primaria*. 2004;27(Supl 3):49–55.
 17. Panam R, Publica S, Dec W, Santisteban S, Mockus I, Durán-Varela BR, et al. Aspectos epidemiológicos y genéticos de la diabetes mellitus en la población peruana. *Scielo*. 2002;7(1):5.
 18. Jorge B. Hipertensión arterial sistémica en el primer. 2017;1–51.
 19. Roberto J. Redalyc.Comportamiento epidemiológico de la hipertensión arterial en individuos adultos del municipio San Cristóbal del estado Táchira - Venezuela. 2015;
 20. Viego, V.N.; Temporelli KL. Determinantes socioeconómicos y ambientales de la hipertensión arterial en población adulta de Argentina. *Rev Cuba Salud Pública*. 2016;42(1):27–36.
 21. Delucchi AM, Majul CR, Vicario A, Cerezo GH, Fábregues Co-Autores G, et al. Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemio- lógicas de la hipertensión arterial en Argentina. Estudio Renata 2. National Registry of Hypertension. Epidemiological Characteristics of Hypertensionin Argentina. Renata 2 Study. *Rev Fed Arg Cardiol Rev Fed Arg Cardiol*. 2017;46(462):62–6.
 22. Rodríguez M, Puchulu F. Conocimiento y actitudes hacia la diabetes mellitus en la Argentina. *Med (Buenos Aires)*. 2015;353–66.
 23. Valencia U de. Funcionamiento Familiar: Evaluación de los Potenciadores y Obstructores (I) El sistema familiar. *Br Med J*. 2010;(I):78.
 24. Ortiz-Benavides RE, Torres-Valdez M, Sigüencia-Cruz W, Añez-Ramos R, Salazar-Vílchez J, Rojas-Quintero J, et al. Factores de riesgo para hipertensión arterial en población adulta de una región urbana de Ecuador. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(2):248.
 25. Monge Rosales G, Flores Aburto S. Enfermedades Crónicas no transmisibles: obesidad. 2016;73.
 26. Rodríguez-López MR, Varela A MT, Rincón-Hoyos H, Velasco P MM, Caicedo B

- DM, Méndez P F, et al. Prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes en servicios de baja complejidad. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2015;33(2).
27. Ortiz B, González C, Mabel G, Díaz C, Herrera LS, Rosero BV, et al. Construct validity and reliability of quality of life instrument family version in spanish Validez de constructo y confiabilidad del instrumento calidad de vida versión familiar en with care being a very demanding task . 2015;239–49.
 28. Universidad técnica de ambato facultad de ciencias de la salud carrera de laboratorio clínico. 2015;
 29. López S, Israel A. Nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial en adultos mayores del dispensario de seguro social campesino de puñachisag. 2017;
 30. Orozco Gómez AM, Castiblanco Orozco L. Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas No Transmisibles. *Rev Colomb Psicol*. 2015;24(1):203–17.
 31. Serrano SW. La hiperreactividad cardiovascular como factor predictivo de la hipertensión arterial en la mujer Cardiovascular Hyperreactivity as a Predictor of Hypertension in. 2016;269–79.
 32. García-Castaneda NJ. Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión.
 33. Mucha CJ. Hipertensión e hipotensión arterial. *REDVET Rev Electrónica Vet*. 2007;VIII(7):1–6.
 34. Londoño JG, Diego J, Duque L, Mauricio A, Valdivieso H, Gallego J, et al. Diseño de un dispositivo portátil e inalámbrico para el monitoreo ambulatorio de la presión arterial no invasiva. 2010;121–31.
 35. Rodrigo T. ARTERIAL. *Rev Medica Clin Condes*. 2018;29(1):12–20.
 36. Association AH. Hypertension Highlights 2017. 2017;1–2.
 37. Rubio-guerra AF, Rubio-guerra AF. Nuevas guías del American College of Cardiology / American Heart Association Hypertension para el tratamiento de la hipertensión . ¿ Un salto en la dirección correcta ? New guides of American College of Cardiology / American Heart Association Hypertension for the treatment of high blood pressure . A jump in the right direction ? 2018;34(2):299–303.
 38. Elena L. Redalyc.Hipertensión arterial sistémica en el niño y adolescente. 2016;
 39. Silvia C. En pacientes con hipertensión arterial como primer diagnóstico. The

- significance of serum creatinine in the estimation of glomerular filtration rate in patients with hypertension as. 2012;
40. Morales S. Técnica para una correcta toma de la presión arterial en el paciente ambulatorio. 2016;59:49–55.
 41. Barba Cosials J. Hipertensión Arterial. Clínica Univ Navarra. 2015;8–9.
 42. Andrade Carlos. Hipertensión arterial primaria : tratamiento farmacológico basado en la evidencia Primary hypertension : evidence-based pharmacotherapy. 2015;191–5.
 43. Alberto M. Archivo Histórico. Arch Histórico. 2007;1.
 44. Pedro GM. Diferencia de tensión arterial en ambos brazos como medio para identificar pacientes con riesgo cardiovascular. 2016;147–55.
 45. Espinosa F. Aproximación teórica al concepto de calidad de vida. Rev Antropol Exp. 2014;23(23):331–47.
 46. Fari F. Calidad de vida, bienestar y salud. 2010;(December 2015).
 47. De C, Conceptos De Calidad V. Calidad de vida del adulto mayor. 2001;191–238.
 48. Urbano MA. Calidad de vida. :30–5.
 49. Castañeda de la Lanza C, O’Shea C. GJ, Narváez Tamayo MA, Lozano Herrera J, Castañeda Peña G, Castañeda de la Lanza JJ. Calidad de vida y control de síntomas en el paciente oncológico. Gac Mex Oncol. 2015;14(3):150–6.
 50. Lopategui E. Conceptos Generales de Salud. Saludmed. 2014;1–34.
 51. Verdugo Alonso MÁ, Arias Martínez B, Gómez Sánchez LE, Schalock RL. Manual de aplicación de la Escala de GENCAT de calidad de vida. 2009. 80 p.
 52. Corral X, Gonzalez N. Funcionalidad Familiar en pacientes con diagnostico de Hipertension arterial esencial controlada y no controlada de consulta externa y hospitalizacion del servicio de medicina interna y consulta externa de nefrologia y cardiologia del Hospital general Enr. 2015;
 53. Arias L, Herrera J. El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. Vol. 25, Colombia Médica. 1994. p. 26–8.
 54. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. Plan nacional de fortalecimiento a las familias 2016 - 2021. 2016. p. 144.
 55. Lesly T. Arequipa. Tesis Funcionamiento Fam y Consum Alcohol En Estud Secund Inst Educ Inmacul Concepción Arequipa 2017. 2017;90.
 56. Domingas M, Vissupe C, Gallo ILA, Guerra IIVM. Estructura factorial ,

- confiabilidad y validez de la prueba de percepción del funcionamiento familiar en adultos angolanos Factor-related structure , reliability and validity of the perception test of family functioning in Angolan adults. 2016;32(4):1–8.
57. Díaz-Narváez V., Calzadilla-Núñez A. A. Artículos científicos, tipos de investigación y productividad científica en las Ciencias de la Salud. Ciencias la Salud. 2016;14(1):115–21.
 58. Corona J. Apuntes sobre métodos de investigación. Medisur. 2016;14:81–3.
 59. Hamui Sutton A. La pregunta de investigación en los estudios cualitativos. Investig en Educ Médica. 2016;5(17):49–54.
 60. Páramo D. La teoría fundamentada, metodología cualitativa de investigación científica. Pensam Gestión. 2015;(39):119–46.
 61. Dalfó Baqué A, Badia Llach X, Roca-Cusachs A. Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL). Aten Primaria. 2002;29(2):116–21.
 62. Fuentes A. Validación de un instrumento de funcionalidad familiar. 2014;247–83.
 63. Velasco M. Los Comités de Bioética. 1999;17–21.
 64. Quezada P, Ricardo F, Cordero P, Torres S. Redalyc.Funcionalidad familiar asociado al cuidado del adulto mayor con hipertensión arterial crónica; Comunidad Coyocto, 2015. 2017;
 65. Perez I, Seguro D, Medicina U De, No F. “ percepción de la funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial de la umf no 21 en el 2012 ”. 2013.
 66. Vargas L y Muñoz M. Funcionalidad y calidad de vida del adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado. 2019;
 67. Mara D, Paiva M, Diniz M, Paula N, Martins F. Artículo Original Características sociodemográficas y calidad de vida de ancianos con hipertensión arterial sistémica que viven en la zona rural : importancia del Métodos. 2013;21(2).
 68. Figueroa H. Funcion familiar como factor asociado para el control de la hipertension arterial sistemica en pacientes del centro de salud “Emiliano Zapata” del municipio. De ecatepec, 2012. 2012;1–52.

ANEXOS

Anexo N° 1 Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MEDICA

Objetivo de la Investigación

El propósito de este estudio es evaluar el nivel de funcionalidad familiar en relación con la calidad de vida de las personas diagnosticadas de Hipertensión Arterial, por lo que se le hace partícipe de esta investigación.

Procedimiento

Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas sobre el estudio. Si usted desea participar en la investigación le realizará una serie de preguntas con respecto a la percepción del funcionamiento familiar y calidad de vida con la utilización de una encuesta.

Aclaraciones

Su decisión de participar en este estudio es libre y voluntaria. No habrá ninguna consecuencia desfavorable hacia usted en caso de no participar. Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento de la calidad de vida y funcionalidad familiar en las personas con Hipertensión Arterial.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

Derechos del Paciente

Tenga la absoluta certeza que guardaremos su información con confidencialidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en esta investigación. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

CONSENTIMIENTO

Yo, _____, después de haber entendido el objetivo de este estudio y la forma en cómo se llevará a cabo acepto voluntariamente formar parte de este y que la información que yo proporcione sea utilizada para la realización de este estudio.

Firma del paciente:

Lugar y Fecha:

Anexo N° 2 APGAR Familiar

APGAR FAMILIAR - ADULTOS					
Función	Nunca (0 Puntos)	Casi Nunca (1 punto)	Algunas veces (2 puntos)	Casi siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos b) los espacios de la casa, c) el dinero					
PUNTAJE PARCIAL					

Puntaje Total

Puntuación de 17 – 20: Sugiere una Función Familiar Normal

Puntuación de 16 – 13: Sugiere una Difusión familiar leve

Puntuación de 12 – 10: Sugiere una Difusión familiar Moderada

Puntuación de 9 o menos: Sugiere una Difusión familiar Severa

Anexo N° 2 Cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (MINICHAL)

En los últimos 7 días	No, en todos (0)	Si, un poco (1)	Si, bastante (2)	Sí, mucho (3)
1. Está durmiendo mal				
2. Ha tenido dificultades para mantener sus relaciones sociales habituales.				
3. Ha tenido dificultades para relacionarse con la gente.				
4. Usted siente que no está jugando un papel útil con su vida.				
5. Se siente o ha sentido incapaz de tomar decisiones e iniciar cosas nuevas.				
6. Se ha sentido constantemente en dificultades y tenso				
7. Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua				
8. Se siente o se ha sentido incapaz de ejercer sus actividades				
9. Se siente o ha sentido cansado sin fuerzas				
10. Se siente o ha sentido la sensación de estar enfermo				
11. Ha notado una dificultad para respirar y falta de aire sin causa aparente				
12. Ha tenido hinchazón en los tobillos				
13. Se dio cuenta que ha orinado con más frecuencia				
14. Ha sentido la boca seca				
15. Ha sentido dolor en el pecho sin realizar esfuerzo alguna.				
16. Diría que el tratamiento de la hipertensión y esto ha afectado su calidad de vida				
SUMA TOTAL				

**Anexo N° 3 Entrevista Calidad de Vida y Funcionalidad Familiar en
personas con Hipertensión Arterial pertenecientes al Cantón
Quero**

Instrucciones: Por favor conteste las siguientes preguntas que le formularé a continuación de la forma más sincera posible, en caso de alguna duda tenga la libertad de preguntar.

A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- 1) ¿A qué género pertenece?
- 2) ¿Qué edad tiene?
- 3) ¿Cuál es su estado civil?
- 4) ¿A qué se dedica actualmente?
- 5) ¿Hasta qué grado, curso o nivel estudio?
- 6) ¿Con quién vive actualmente?
- 7) ¿Usted bebe alcohol?
- 8) ¿Usted Fuma o utiliza otras drogas?
- 9) ¿Describa cómo es su alimentación diaria? En cuanto al consumo de sal.
- 10) ¿Hace cuánto tiempo el médico le dijo que usted padece de Hipertensión Arterial? 10 años
- 11) ¿Qué medicación toma para el control de Presión Arterial? Losartán 100 mg y Amlodipino de 5 mg
- 12) Usted cumple el tratamiento tal como le indico el médico Si / no Por qué?

B. CALIDAD DE VIDA

- 13) ¿Qué es calidad de vida para usted?
- 14) ¿Cómo diría usted que está su salud?
- 15) ¿Diría que el tratamiento de la hipertensión ha afectado su calidad de vida?
¿Porque?
- 16) En la actualidad se está viviendo la pandemia Covid-19, en relación a esto ¿Piensa usted que el tratamiento para la hipertensión Arterial lo hace propenso a tener un mal pronóstico de la enfermedad?

C. FUNCIONALIDAD FAMILIAR

- 17) ¿Su familia acepta los consejos del médico para mejorar su salud? SI
- 18) ¿Su familia se ayuda cuando un integrante está enfermo? ¿Cómo?
- 19) ¿La salud es un valor importante en su familia? ¿Porque?
- 20) ¿Su familia realiza deporte y cuida de su alimentación?

Gracias por su colaboración