

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

TEMA:

Funcionalidad familiar y control de la hipertensión arterial en adultos de dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pascuales. Año 2021.

AUTOR:

Quiñónez Solórzano, Juan José

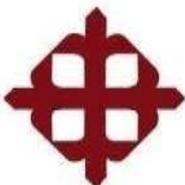
**Trabajo de investigación previo a la obtención del título de:
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria**

DIRECTOR:

Aranda Canosa, Sanny

GUAYAQUIL – ECUADOR

2021



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el Dr. Juan José Quiñónez Solórzano, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

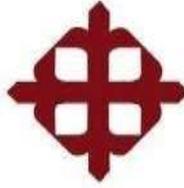
Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dra. Sanny Aranda Canosa

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Yo, Juan José Quiñónez Solórzano

DECLARO QUE:

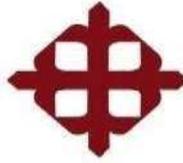
El Trabajo de investigación “Funcionalidad familiar y control de la hipertensión arterial en adultos de dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Pascuales. Año 2021.” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme a las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

Dr. Juan José Quiñónez Solórzano



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

AUTORIZACIÓN:

Yo, Juan José Quiñónez Solórzano

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: *“Funcionalidad familiar y control de la hipertensión arterial en adultos de dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Pascuales. Año 2021.”*, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

Dr. Juan José Quiñónez Solórzano

Document Information

Analyzed document	QUIÑONEZ SOLORZANO JUAN JOSE.pdf (D126460453)
Submitted	2022-01-28T21:14:00.0000000
Submitted by	
Submitter email	juan.quinonez@cu.ucsg.edu.ec
Similarity	0%
Analysis address	xavier.landivar.ucsg@analysis.orkund.com

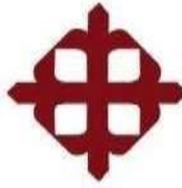
Sources included in the report

Agradecimiento

A Dios todo poderoso, porque sin el nada es posible, y por haberme dado siempre bendiciones en la vida permitiéndome terminar este proceso de formación profesional. Asimismo, agradezco sinceramente a mis docentes y en especial a mi tutora de tesis, quien ha sido como una segunda madre, convirtiéndose en un pilar fundamental en mi continuo proceso de aprendizaje durante los años de especialización, compartiendo con rectitud y vocación sus conocimientos con un alto nivel científico, acompañado de valores éticos y morales.

Dedicatoria

Todo el esfuerzo del presente trabajo está dedicado con todo cariño a mis padres Juan y Solanda y a mi esposa Diana, por haber sido mi apoyo a lo largo de la vida, en los momentos difíciles, alegres y tristes, brindándome incontables veces fuerzas para continuar con mis metas trazadas sin desfallecer, siendo la luz que guía mi camino.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

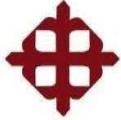
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO
DIRECTOR DEL POSGRADO

ARANDA CANOSA, SANNY
COORDINADORA DOCENTE

BATISTA PEREDA, YUBEL
OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
III COHORTE.
ACTA DE CALIFICACIÓN



TEMA: Funcionalidad familiar y control de la hipertensión arterial en adultos de dos consultorios de Medicina Familiar y comunitaria. Centro de salud Pascuales. Año 2021.
POSGRADISTA: Dr. Juan José Quiñónez Solórzano
FECHA:08/05/2021

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDIVAR VARAS.	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PERERA	OPONENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						

Observaciones: _____

Lo certifico

DR. XAVIER LANDIVAR VARAS
DIRECTOR DEL POSGRADO
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. YUBEL BATISTA PEREDA
OPONENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. SANNY ARANDA CANOSA
COORDINADORA DOCENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	VI
DEDICATORIA	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	VIII
ACTA DE CALIFICACIÓN	IX
ÍNDICE GENERAL.....	X
ÍNDICE DE TABLAS	XII
ÍNDICE DE ANEXOS	XIII
RESUMEN.....	XIV
ABSTRACT.....	XV
1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. EL PROBLEMA.....	4
2.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO	4
2.2 FORMULACIÓN.....	4
3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	5
3.1 GENERAL.....	5
3.2 ESPECÍFICOS	5
4. MARCO TEÓRICO	6
4.1 MARCO CONCEPTUAL	6
4.1.1 La funcionalidad familiar	6
4.1.2 El concepto de hipertensión arterial	7
4.1.3 Clasificación de hipertensión arterial	8
4.1.4 Tratamiento de la Hipertensión arterial.....	16
4.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	21
5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	31
6. MÉTODOS.....	32
6.1 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.....	32
6.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	32
6.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	32
6.4 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO	32
6.5 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	33
6.5.1 CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA O	

PARTICIPANTES DEL ESTUDIO	33
6.5.1.1 Criterios de inclusión.....	33
6.5.1.2 Criterios de exclusión	33
6.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	33
6.7 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	35
6.8 TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	35
6.9 VARIABLES	37
6.9.1 Operacionalización de variables.....	37
7 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	39
8 CONCLUSIONES.....	47
9 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
ANEXOS	56

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS HIPERTENSOS SEGÚN EDAD Y SEXO. CONSULTORIO 13/14. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021.	39
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LOS HIPERTENSOS SEGÚN AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y SEXO. CONSULTORIO 13/14. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021	40
TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE LOS HIPERTENSOS SEGÚN INGRESO ECONÓMICO Y SEXO. CONSULTORIO 13/14. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021	41
TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE LOS HIPERTENSOS SEGÚN ESCOLARIDAD Y SEXO. CONSULTORIO 13/14. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021	41
TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE LOS HIPERTENSOS SEGÚN OCUPACIÓN Y SEXO. CONSULTORIO 13/14. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021.....	43
TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE LOS HIPERTENSOS SEGÚN CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL. CONSULTORIO 13/14. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021	43
TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE LOS HIPERTENSOS SEGÚN FUNCIONALIDAD FAMILIAR. CONSULTORIO 13/14. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021	44
TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN RELACION ENTRE EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL. CONSULTORIO 13/14. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021	45

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	56
ANEXO 2. ENCUESTA.....	57

RESUMEN

Antecedentes: La hipertensión arterial (HTA) es un trastorno de vasos sanguíneos, tienen una tensión persistentemente alta $\geq 140/90$ mmHg. La funcionalidad familiar es la capacidad de la familia para satisfacer las necesidades de sus miembros, adaptarse a las situaciones de cambio y superar las crisis que atraviesa. El objetivo de esta investigación es determinar la posible asociación entre funcionalidad familiar y el control de la presión arterial. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional, prospectivo, longitudinal, analítico y relacional. El universo estuvo constituido por 102 hipertensos de dos consultorios del Centro de Salud Pascuales año 2021. Se recogió los datos a través de dos cuestionarios tipo test, dirigido a los pacientes, adicional se les realizó toma de la presión arterial, una vez al mes durante un trimestre, para identificar el nivel del control de la enfermedad siguiendo los criterios de la Guía de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial 2019 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. **Resultados:** Los datos obtenidos en la población de estudio indicaron que hubo un predominio en el sexo femenino con 66 (64,7%), el grupo etario de 50 a 59 años con 32 (31,4%), etnia mestiza con 92 (90,2%), ingreso económico inadecuado con 53 (52%), escolaridad secundaria terminada con 34 (33,3%), ocupación ama de casa con 48 (47,1%). Con respecto a la funcionalidad familiar existió: 33 (32,4%) funcionales, 41 (40,2%) moderadamente funcionales, 27 (26,5%) disfuncionales y 1 (1%) severamente disfuncional. En relación al control de la presión arterial se estableció: 64 (62,7%) hipertensos no controlados y 38 (37,3%) controlados. **Conclusiones:** En lo referente a la asociación entre la funcionalidad familiar y el control de la presión arterial, no se encontró una asociación estadísticamente significativa.

Palabras Clave: HIPERTENSION, FUNCIONALIDAD FAMILIAR, IMPACTO PSICOSOCIAL.

ABSTRACT

Background: Arterial hypertension (HTN) is a disorder in which the blood vessels have a persistently high blood pressure $\geq 140/90$ mmHg. Family functionality is the ability of the family to meet the needs of its members, adapt to changing situations and overcome the crises it is going through. The objective of this research is to determine the possible association between family functionality and blood pressure control. **Methods:** An observational, prospective, longitudinal, analytical and relational study was carried out. The universe consisted of 102 hypertensive patients from two offices of the Pascuales Health Center in 2021. Data was collected through two test-type questionnaires, addressed to patients, additionally, blood pressure was taken once a month during one trimester, to identify the level of disease control following the criteria of the 2019 Arterial Hypertension Clinical Practice Guide of the Ecuadorian Ministry of Public Health. **Results:** The data obtained in the study population indicated that there was a predominance in the female sex with 66 (64.7%), the age group from 50 to 59 years with 32 (31.4%), mixed ethnicity with 92 (90.2%), inadequate income with 53 (52%), secondary schooling completed with 34 (33.3%), housewife occupation with 48 (47.1 %). Regarding family functionality, there were: 33 (32.4%) functional, 41 (40.2%) moderately functional, 27 (26.5%) dysfunctional and 1 (1%) severely dysfunctional. Regarding the control of blood pressure, it was established: 64 (62.7%) uncontrolled hypertensive and 38 (37.3%) controlled. **Conclusions:** Regarding the association between family functionality and blood pressure control, no statistically significant association was found.

Keywords: HYPERTENSION, FAMILY FUNCTIONALITY, PSYCHOSOCIAL IMPACT.

1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en el planeta. La HTA, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta \geq 140/90 mmHg, lo que puede dañarlos. (1)

La HTA está identificada como un problema de salud a escala mundial por ser una de las primeras causas básicas de morbilidad y mortalidad en la población mayor de 15 años, además por su papel principal como factor de riesgo para el evento cerebro vascular (ECV) y la enfermedad coronaria. (2)

La aparición de la HTA conmociona todo el sistema familiar; crea una situación nueva e inesperada, ya que conlleva la carga emocional de la enfermedad que “no se cura” y que requiere tratamiento para el resto de la vida, además de que muchas medidas terapéuticas para su control exigen cambios en el estilo de vida. Por lo general, la primera reacción es un sentimiento de injusticia (¿por qué yo?) que, por supuesto se acompaña de angustia, miedo, y enojo, entre otras emociones. El impacto es fuerte, y la pregunta que pocas veces externa la persona que vive con las enfermedades, es: ¿qué hago yo con todo lo que siento?, por lo tanto, los determinantes de la salud van a influir de manera positiva o negativa al enfrentar la enfermedad. (3)

En el proceso salud enfermedad la funcionalidad familiar es una medida que representa el nivel de ajuste del paciente y la familia a los cambios que conlleva la enfermedad, procurando manejar el sufrimiento emocional derivado del diagnóstico y el tratamiento de esta. (4)

El presente estudio permitió asociar la funcionalidad familiar con el control de la HTA que se ven influidos por: la cohesión, la armonía, los roles, la comunicación, la permeabilidad, la afectividad y la adaptabilidad. Aunque se implemente el mejor esquema terapéutico en la HTA, el mismo puede perder efectividad, si la funcionalidad familiar no es la adecuada.

A través de la experiencia, los hipertensos, tienen un mejor control cuando existe una estabilidad en los ámbitos, tanto psicológicos, emocionales, y lo más importante en el cumplimiento de una alimentación saludable. (5)

En el centro de salud Pascuales no existen estudios previos que demuestren asociación de la funcionalidad familiar en pacientes hipertensos con el control terapéutico de la enfermedad.

A los pacientes hipertensos se les debe ofrecer educación continua, ordenada y sistematizada con objetivos claros al momento del diagnóstico y durante su evolución, con el fin de mantener controlada la enfermedad y prevenir complicaciones. (6) Los resultados obtenidos en este estudio pueden ayudar a desarrollar una intervención educativa que fortalezca estilos de vida saludables en los pacientes, creando una red de apoyo que permita que el paciente acepte y conlleve la enfermedad de la mejor manera posible. (7) Esta investigación está estructurada en nueve capítulos distribuidos, en resumen, índice, introducción, planteamiento del problema, objetivo general y específicos, marco teórico, metodología, presentación de los resultados, análisis y discusión de los resultados, conclusiones, valoración crítica y referencias bibliográficas acotadas según normas de Vancouver.

2. EL PROBLEMA

2.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

A nivel mundial, las enfermedades cardiovasculares son responsables de alrededor de 17 millones de muertes cada año, casi un tercio del total. Las complicaciones de la hipertensión son la causa de 9,4 millones de muertes al año. (8) La HTA es la causa de al menos el 51% de las muertes por enfermedad cardíaca y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular. (9) En América Latina, la HTA es causante de alrededor del 30% de fallecimientos, y se pronostica que aumentarán en un 14,5% a corto plazo. La prevalencia de esta enfermedad en Colombia es de un 23% y en Perú del 24%, siendo los menos afectados, mientras que en Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, México, Paraguay, Uruguay y Venezuela van desde el 25 al 35%; en el caso particular de Ecuador se encuentra en un 29% (10), donde tres de cada 10 personas son hipertensas. De ellas, el 40% está consciente de su enfermedad, y apenas el 7% está en tratamiento eficaz. (11) Estudios señalan que la meta terapéutica de cifras sistólicas < 130 mmHg y diastólicas < 80 mmHg reducen significativamente las complicaciones cardiovasculares. (12). Aunque se implemente el mejor esquema terapéutico en la HTA, el mismo puede perder efectividad, si la funcionalidad familiar no es la adecuada.

Las familias funcionales son aquellas cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica. En ellas los roles de todos los miembros están establecidos sin que existan puntos críticos de debilidades asumidas. En contra parte, las familias disfuncionales pueden manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes, existiendo una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades interpersonales y emocionales básicas de cada uno de sus miembros. (42)

2.2 Formulación

¿Existe asociación entre la funcionalidad familiar y el control de la enfermedad en pacientes adultos hipertensos pertenecientes a los consultorios 13 y 14 del centro de salud Pascuales, de enero a marzo del año 2021?

3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

3.1 General

Asociar la funcionalidad familiar con el control de la hipertensión arterial en pacientes adultos de dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales, de enero a marzo del año 2021.

3.2 Específicos

- 1.- Caracterizar la población de estudio según variables sociodemográficas.
- 2.- Identificar el control de la hipertensión arterial en la población de estudio.
- 3.- Categorizar el grado de funcionalidad familiar de los adultos hipertensos.
- 4.- Determinar la posible asociación de la funcionalidad familiar y el control de la hipertensión en la población de estudio.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Marco conceptual.

4.1.1 La funcionalidad familiar: es la capacidad que tiene la familia para promover el desarrollo integral de sus miembros, por el cual los individuos modifican sus patrones de comportamiento para ajustarse a las normas imperantes en el medio social, a fin de mantener el equilibrio físico, cognoscitivo, afectivo, interpersonal, motivacional y conductual funcional, adaptándose a las situaciones de cambio para superar las crisis que atraviesa. En el proceso salud enfermedad la funcionalidad familiar es una medida que representa el nivel de ajuste del paciente a los cambios que conlleva la enfermedad, procurando manejar el sufrimiento emocional derivado del diagnóstico y el tratamiento de esta. (4)

La respuesta a una enfermedad depende de la personalidad previa del paciente, de su reacción al estrés, lesión afectiva, de sus defensas y de sus relaciones interpersonales. Por lo que dos individuos con el mismo diagnóstico, con similar evolución clínica y gravedad, pueden presentar comportamientos diferentes. Es posible que el comportamiento del paciente ante esta situación sea una respuesta adaptativa a la disfunción en la salud, o por el contrario existir una desintegración de su comportamiento en general originando crisis paranormativas alterando su funcionalidad familiar.

Las enfermedades crónicas degenerativas como la HTA ponen en riesgo la vida de quienes la sufren, alterando su medio psicosocial, con modificaciones de las actividades diarias. Por lo que las redes de apoyo para el hipertenso, motivan con estrategias de afrontamiento. Sin embargo, si no existe una adecuada funcionalidad familiar a estos nuevos cambios, en el medio psicosocial pueden aparecer una serie de sentimientos ambivalentes, lo que en ocasiones conlleva a desbalances en los factores protectores de salud, conduciendo a los hipertensos a que se vuelven vulnerable física y emocionalmente.

La red social es fundamental por ser el conjunto y la naturaleza de las relaciones que establecen las personas entre sí. Adicional, es un indicador de integración en la estructura social, influyendo en el estado de salud. Una red social deficiente se asocia con niveles bajos de salud subjetiva y calidad de

vida.

La presión arterial (PA) se la define como la tensión en la pared que origina la sangre dentro de las arterias estando determinada por el producto de dos factores: el débito cardíaco y la resistencia periférica total. El valor máximo de la presión durante la sístole se conoce como PA sistólica (PAS), y el valor mínimo durante la diástole se conoce como PA diastólica (PAD). La PAS depende principalmente del débito cardíaco y la distensibilidad de la aorta y grandes arterias, esta última se expresa a través de la onda de pulso retrógrada. Por otra parte, la PAD depende principalmente de la resistencia periférica. (13)

En la HTA se ha sugerido que una pobre red social se asocia con valores más altos de PA, por lo que el aislamiento social puede limitar la recepción de apoyo social. De tal manera, un déficit en el apoyo social podría generar una menor adopción de comportamientos de vida saludables y un ineficiente cumplimiento de las recomendaciones médicas. Adicionalmente, una excelente red social puede mitigar la respuesta cardiovascular frente a situaciones de estrés y evitar la elevación de la PA acompañante.

4.1.2 El concepto de hipertensión arterial: ha evolucionado constantemente con diversos criterios diagnósticos por parte de instituciones sanitarias globales, debido a la influencia por la percepción clínica de la relación entre la presión sanguínea y los efectos derivados que afectan a diferentes órganos y sistemas del ser humano.

Según la OMS, la HTA también conocida como PA alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una presión persistentemente alta $\geq 140/90$ mmHg, lo que puede dañarlos progresivamente. (1)

La HTA es una enfermedad crónica multifactorial, donde intervienen diversos factores, algunos modificables y otros no, dentro de los que resaltan: (14)

- Genéticos con antecedentes familiares de 1er grado con HTA.
- Dieta no saludable.
- Hábitos de alcohol y tabaquismo.
- Diabetes mellitus tipo II: glicemia en ayunas \geq a 126mg/dL en al menos dos ocasiones o glicemia casual \geq a 200mg/dl asociada a síntomas clásicos.
- Edad y sexo: hombre \geq 45 años o mujer post-menopáusica.

- Etnia afrodescendiente.
- Sedentarismo: no realizar actividad física de intensidad moderada con una frecuencia de al menos tres veces a la semana, durante un mínimo de 30 minutos.
- Obesidad abdominal: con circunferencia de cintura ≥ 88 cm en la mujer o ≥ 102 cm en el hombre.
- Dislipidemias:
 - Colesterol total \geq a 200mg/dl.
 - Colesterol LDL \geq a 130mg/dl.
 - Colesterol HDL $<$ 40 mg/dl.
 - Triglicéridos \geq 150 mg/dl.

El hallazgo aislado de una cifra elevada de la PA tomada en el consultorio médico no es indicativo de HTA, sino que implica el requerimiento de encontrar valores elevados repetidos, salvo en casos de entidades clínicas como una urgencia hipertensiva.

Los principales signos y síntomas que se presentan en esta enfermedad son:

- Cefalea.
- Náuseas
- Vómitos.
- Acúfenos.
- Mareos.
- Sincope.
- Rigidez cervical.
- Visión borrosa.
- Palpitaciones.

4.1.3 Clasificación de hipertensión arterial.

En el año 1984 el Comité Nacional Conjunto sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial Alta (JNC) propuso un concepto que consideró como normales los valores de presión diastólica inferiores a 85 mmHg, mientras que los comprendidos entre 85 y 90 mmHg también son considerados normales, pero ya son indicativos de alarma. (14)

En el año 1997 el sexto Comité Nacional Conjunto sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial Alta (JNC 6)

estableció que el diagnóstico de HTA debe estar basado en el promedio de 2 o más visitas después de una inicial de tamizaje y que los registros adicionales deberían ser tomadas en cada visita si las 2 primeras difieren en $>5\text{mmHg}$ y clasifico a la PA de la siguiente manera: (13)

- PA optima: cifras de PAS $<120\text{ mmHg}$ y de PAD $<80\text{ mmHg}$.
- PA normal: cifras de PAS $<130\text{ mmHg}$ y de PAD $<85\text{ mmHg}$.
- PA normal alta: cifras de PAS ente $130\text{-}139\text{ mmHg}$ y de PAD $<85\text{-}89\text{ mmHg}$.
- HTA estadio I: cifras de PAS ente $140\text{-}159\text{ mmHg}$ y de PAD entre $90\text{-}99\text{ mmHg}$.
- HTA estadio II: cifras de PAS ente $160\text{-}179\text{ mmHg}$ y de PAD entre $100\text{-}109\text{ mmHg}$.
- HTA estadio III: cifras de PAS de $180\text{ o } >\text{ mmHg}$ y de PAD $100\text{ o } >\text{ mmHg}$.
- HTA sistólica aislada: cifras de PAS $120\text{ o } >\text{ mmHg}$ y de PAD 90 mmHg .

En el año 2003 el séptimo reporte del Comité Nacional Conjunto sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial Alta (JNC 7) en base a registros de dos o más tomas de PA clasifico los siguientes estadios clínicos: (12)

- PA normal: cifras de PAS $<120\text{ mmHg}$ y de PAD $< 80\text{ mmHg}$.
- Pre hipertensión: cifras de PAS entre $120 - 139\text{ mmHg}$ o PAD entre $80 - 89\text{ mmHg}$.
- HTA estadio I: cifras de PAS entre $140 - 159\text{ mmHg}$ o de PAD entre $90 - 99\text{ mmHg}$.
- HTA estadio II: cifras de PAS $> \text{ o igual } 160\text{ mmHg}$ o PAD $> \text{ o igual a } 100\text{mmHg}$.

La clasificación “pre hipertensión”, establecida en este informe, reconoce esta relación y señala la necesidad de incrementar la educación para la salud por el personal de salud y la población para disminuir los niveles de presión arterial y prevenir el desarrollo de HTA en la población general.

En el año 2014 el octavo reporte del Comité Nacional Conjunto sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial Alta (JNC 8), basándose en estudios clínicos aleatorios con un protocolo estandarizado; ya no incluyó a la pre hipertensión en su clasificación clínica.

(15)

La Asociación Americana del Corazón (AHA) y la Universidad Americana de Cardiología (ACC) señala que es mayor el poder predictivo de múltiples registros de la presión arterial que una sola medición en la consulta, por lo que frecuentemente el primer registro es el más alto, de tal manera recomienda un mínimo de 2 mediciones que deben realizarse a intervalos de al menos 1 minuto, y el promedio de estas cifras deben usarse para definir la presión arterial del paciente. Si hay una diferencia entre el primer y el segundo registro de más de 5 mmHg, se deben tomar 1 o 2 mediciones más, entonces se debe usar el promedio de estas múltiples lecturas. (13) Posteriormente ambas instituciones en noviembre del año 2017 clasificaron las PA de la siguiente manera: (16)

- PA normal: cifras de PAS <120 mmHg y de PAD < 80 mmHg.
- PA elevada: cifras de PAS entre 120-129 mmHg y de PAD < 80 mmHg.
- HTA estadio 1: cifras de PAS entre 130-139 mmHg y de PAD entre 80-89 mmHg.
- HTA estadio 2: cifras de PAS \geq 140 mmHg y de PAD \geq 90 mmHg.
- Emergencia hipertensiva: cifras de PAS \geq 180 mmHg y de PAD \geq 120 mmHg.

La guía de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC), la Sociedad Europea de Hipertensión publicadas en el año 2018 y la Guía de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial del Ministerio de Salud Pública del Ecuador publicada en el año 2019 clasifican las cifras de PA de la siguiente manera: (17)

- PA optima: cifras de PAS <120 mmHg y de PAD < 80 mmHg.
- PA normal: cifras de PAS 120 – 129 mmHg y/o de PAD < 80 – 84 mmHg.
- PA normal alta: cifras de PAS entre 130-139 mmHg y/o de PAD 85 – 89 mmHg.
- HTA estadio 1: cifras de PAS entre 140-159 mmHg y/o de PAD entre 90 – 99 mmHg.
- HTA estadio 2: cifras de PAS 160 – 179 mmHg y/o de PAD 100 – 109 mmHg.
- HTA grado 3: \geq 180 mmHg. y/o de PAD \geq 110 mmHg.
- Hipertensión sistólica aislada: cifras de PAS \geq 140 mmHg y de PAD < 90 mmHg.

Para la correcta toma de la PA deben cumplirse los siguientes procedimientos:

(17)

- Los instrumentos que se necesitan para la toma de la PA incluyen: estetoscopio y esfigmomanómetro (manómetro aneroide) o dispositivo automático, el mismo que necesitará una calibración y revisión técnica cada 6 meses.
- La toma se debe realizar en un espacio tranquilo sin ruidos y con temperatura ambiente agradable.
- El paciente debe estar relajado conservando posición correcta, sentado con la espalda apoyada y pies en el piso, durante 5 minutos.
- No debe haber ejecutado esfuerzo físico, ingerido alimentos ni bebidas (te, chocolate, café, energizantes), ni fumar en los últimos 30 minutos.
- Verificar que haya vaciado la vejiga.
- Ni el paciente ni el profesional de la salud deben hablar durante la exploración.
- El brazo en el que se medirá la PA debe estar al descubierto la manga de la ropa levantada y suelta, para que no interfiera con flujo sanguíneo o con la colocación adecuada del manguito de presión sanguínea. El brazo debe posicionarse al nivel del corazón. El manómetro debe ser posicionado al nivel de los ojos del personal sanitario.
- La medida de la circunferencia del brazo se la realiza en el punto medio entre el olecranon y el acromio.
- Se debe emplear el tamaño correcto del manguito, acorde a la circunferencia del brazo obtenida previamente, de modo que el manguito rodee el 80% del brazo.
- El manguito debe colocarse sobre un brazo desnudo, aproximadamente 2 cm por encima del pliegue del codo, con la línea media del manguito directamente sobre la arteria braquial. Debe quedar ajustado, pero aun así debe permitir dos dedos deslizarse debajo del manguito.
- Para determinar la presión de obliteración del pulso, palpe el pulso radial mientras infla rápidamente el manguito hasta aproximadamente 80 mmHg. Luego infle aproximadamente 10 mmHg cada 2 a 3 segundos, hasta que desaparezca el pulso. Después de que el pulso ha desaparecido, desinfe el manguito a velocidad de 2 mmHg por segundo, hasta que reaparezca el pulso que nos confirma la presión de obliteración.

- Una vez que se determina la presión de obliteración de pulso, inicie la medición de la presión arterial, inflando rápidamente el manguito a un nivel de 20 a 30 mmHg por encima de la presión de obliteración de pulso.
- Ubicar la campana del estetoscopio sobre la arteria braquial, con suficiente presión para brindar una buena transmisión de sonido sin comprimir la arteria. Para evitar cualquier ruido extraño durante el desinflado del manguito, asegúrese de que el estetoscopio no esté en contacto con la ropa del paciente o con el manguito. Luego desinflar el manguito a una velocidad de 2 mmHg por segundo mientras escucha los sonidos de Korotkoff.
- A medida que el manguito se desinfla, el flujo de sangre turbulento a través de la arteria braquial genera una serie de sonidos. Clásicamente, estos han sido descritos según cinco fases, el primero determina la presión arterial sistólica y el quinto la presión arterial diastólica.
- Obtener un mínimo de dos mediciones de presión sanguínea a intervalos de al menos 1 a 2 minutos. Si los valores son muy diferentes, se toma mediciones adicionales. Registrar el promedio de las mediciones como la presión sanguínea.
- En circunstancias especiales como las arritmias que pueden complicar la medida, se debe desinflar más lento y se debe hacer el promedio de varias medidas.
- Medir la PA en ambos brazos en la primera consulta para detectar posibles diferencias. Por lo que, de darse el caso, se deberá escoger la cifra del brazo con el valor más elevada.
- En la primera consulta, medir la PA 1 y 3 minutos después de que el paciente asuma la bipedestación, en caso de ancianos, diabéticos y otras entidades en que la hipotensión ortostática sea común o se presuma.
- Proporcionar lecturas de PA al paciente tanto la presión sistólica y diastólica de forma verbal y escrita.

El registro de la PA se la puede documentar mediante varios técnicos entre las principales se encuentran: (17)

- Medición de la presión arterial en la consulta: consiste en la toma de la PA por el personal sanitario, se precisan dos o más visitas con varias determinaciones en cada una de ellas, donde los valores diagnósticos

hacen referencia a la media de estas determinaciones, las desventajas es que no permite identificar la HTA enmascarada, la medición durante las horas de trabajo o detectar la variabilidad de la presión arterial.

- Auto medición de la presión arterial (AMPA): por lo general se la registra en el hogar, se recomiendan hacer tres mediciones consecutivas por la mañana y por la tarde durante un mínimo de 5 días y un máximo de 7 días, donde se tienen en cuenta todas las determinaciones, las principales ventajas es que permite conocer la respuesta al tratamiento hipertensivo y establece el diagnóstico diferencial entre HTA permanente e HTA de bata blanca.
- Monitorización ambulatoria de la PA (MAPA): es el registro de la PA durante las 24 horas, permite valorar la PA del paciente en actividad, descanso incluido el sueño, identifica la HTA enmascarada, su principal desventaja es limitación en la accesibilidad por el elevado costo.

Para el registro de calidad de la PA, las guías canadienses del año 2016 recomiendan los aparatos completamente automáticos como el método preferido para la medición. Estos aparatos permiten medir la PA sin ninguna interacción del personal de sanitario con el paciente, mientras éste descansa solo en un lugar tranquilo sin la presencia de personal de la salud. La ventaja de este enfoque es que elimina el riesgo de hablar durante la medición, reduce el riesgo de HTA de bata blanca y facilita múltiples mediciones por visita en el área de salud, y además algunos aparatos calculan automáticamente la primera medida promedio.. Las mediciones obtenidas utilizando esta modalidad son muy similares a la técnica de registro de presión arterial obtenidas mediante el (MAPA de 24 horas). (13)

Existen algunas variables clínicas en la relación a la HTA entre las cuales tenemos:

- **HTA esencial:** constituyen el 95% de los casos en la cual no se identifican causas evidentes. (17)
- **HTA secundaria:** es la menos frecuente en la cual existe una causa determinada principalmente por una manifestación de otra patología. Según la enfermedad, los trastornos que contribuyen a su patogenia varían desde efectos hormonales sobre la musculatura lisa vascular a cambios en la hemodinámica, entre sus principales causas se encuentran:

- Enfermedades del parénquima renal o estenosis de la arteria renal.
- Enfermedades endocrinometabólicas con alteración en la producción de hormonas como la estimulante de la tiroides, paratiroides, aldosterona, glucocorticoides o mineralocorticoides (hiperaldosteronismo primario, feocromocitoma, síndrome de Cushing). (17)
- **HTA de bata blanca:** esta forma de HTA es una elevación transitoria de la PA ante la presencia del médico y que cede en ausencia del mismo. Es un acontecimiento muy frecuente que se visualiza en un 20% a 30% de los casos de HTA diagnosticados sólo por registro de la PA en la consulta. En comparación al pronóstico, morbimortalidad, del hipertenso persistente el hipertenso de bata blanca es más favorable y la conducta a seguir consiste en modificar los estilos de vida del paciente con un monitoreo continuo por la alta tendencia en convertirse en hipertenso persistente. Los registros de PA para establecer esta entidad clínica son los siguientes: (13)
 - PA en la consulta médica repetidamente elevadas con PAS \geq 140 mmHg y PAD \geq 90mmHg.
 - PA cuantificada por medio del MAPA:
 - Día: PAS <135 mmHg y PAD < 85 mmHg.
 - Noche: PAS <120 mmHg y PAD < 70 mmHg.
 - En las 24h: PAS<130 mmHg y PAD <80 mmHg.
 - PA cuantificada con AMPA: PAS<135 mmHg y PAD < 85 mmHg.
- **La HTA refractaria:** también conocida como hipertensión resistente, es la entidad clínica presente en algunos pacientes hipertensos que, a pesar de instaurarse la estrategia farmacológica con 3 medicamentos antihipertensivos en dosis adecuadas, uno de los cuales es un diurético, sus valores de presión arterial persisten por encima de 140/90 mmHg. Estos pacientes constituyen un grupo particular de hipertensos en los cuales es necesario extremar las acciones terapéuticas pues están más propensos a sufrir alguna de las complicaciones secundarias. (18)
- **La HTA enmascarada:** se conceptualiza por valores de PA normales en la consulta médica, pero al realizar registros en el MAPA existen cifras elevadas. Constituyen una población difícil de pesquisar, estadísticamente conforman en alrededor del 10% de los casos y por lo general presentan

un pronóstico más reservado debido a la mayor incidencia de daño de órgano blanco. Los registros de PA para establecer esta entidad clínica son los siguientes: (13)

- PA en la consulta médica con PAS <140 mmHg y PAD < 90mmHg.
- PA cuantificada por medio del MAPA:
 - Día: PAS >135 mmHg y PAD >85 mmHg.
 - Noche: PAS >120 mmHg y PAD > 70 mmHg.
 - En las 24h: PAS>130 mmHg y PAD >80 mmHg.
- PA cuantificada con AMPA: PAS >135 mmHg y PAD >85 mmHg.

La OMS según el grado de repercusión visceral y al grado de actividad de renina plasmática estableció las siguientes clasificaciones con respecto a la HTA: (14)

- Fase I: sin aparente aparición de repercusión visceral.
- Fase II: debe estar presente uno o más de los siguientes signos (hipertrofia del ventrículo izquierdo, arterias de la retina con estrechez focal o generalizada, proteinuria y/o aumento de la concentración de creatinina plasmática).
- Fase III: aparecen signos y síntomas de afectación visceral severa como: insuficiencia ventricular izquierda o coronaria, hemorragia cerebral, trombosis y encefalopatía hipertensiva, fondo del ojo con hemorragias y exudados retinianos, insuficiencia renal y aneurisma disecante.

Según el grado de actividad de renina plasmática:

- HTA con actividad de renina plasmática baja.
- HTA con actividad de renina plasmática normal.
- HTA con actividad de renina plasmática elevada.

Múltiples factores están implicados en la fisiopatología de la HTA, entre los principales tenemos: (17)

- La disfunción endotelial.
- El desequilibrio entre los factores vasoconstrictores como las endotelinas y los vasodilatadores como óxido nítrico.
- Diversos factores hormonales y el síndrome anémico.

La evaluación inicial del paciente hipertenso debe incluir una historia clínica completa (anamnesis y examen físico), detectar causas de HTA secundaria, evaluar el riesgo cardiovascular, investigar la severidad de HTA y el

compromiso de órganos blanco en caso de estar presentes cuyas principales complicaciones son: (17)

- Corazón: hipertrofia ventricular izquierda, angina o infarto de miocardio primario, revascularización coronaria primaria, insuficiencia cardíaca.
- Cerebro: ictus, accidente isquémico transitorio.
- Riñón: enfermedad renal crónica.
- Arterias periféricas: enfermedad arterial periférica.
- Ojo: retinopatía.

Adicional al interrogatorio en la evaluación integral de los pacientes hipertensos, el objetivo de realizar exámenes complementarios es tener evidencia de factores de riesgo adicionales, investigar causas de HTA secundaria, establecer una línea de base para la administración de medicamentos y determinar si hay daño en los órganos diana. Los principales exámenes complementarios que se realizan son: (17)

- Biometría hemática y hematocrito.
- Proteínas en orina con tirilla reactiva.
- Determinar microalbuminuria en orina.
- Concentración sérica de creatinina y la tasa de filtrado glomerular estimada por la ecuación del grupo CKD-EPI.
- Electrolitos: sodio, cloro, potasio.
- Niveles de glicemia en ayunas y solicitar HbA1c en caso de que el paciente sufra de diabetes.
- Electrocardiograma de 12 derivaciones para detectar hipertrofia de ventrículo izquierdo, dilatación auricular izquierda o arritmias.
- Perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos).
- Cortisol libre en orina.
- Renina plasmática.
- Aldosterona plasmática.
- Péptidos natriuréticos.
- Electrocardiograma.
- Radiografía estándar de tórax.

4.1.4 Tratamiento de la Hipertensión arterial.

El control de la HTA es de trascendental importancia en la salud pública, y

es un acontecimiento de gran preocupación en el personal del sistema sanitario pues, tanto en el orden general, como en el individual, lograr estándares cifras de presión arterial considerados como normales se dificultan significativamente, datos que se reflejan en las estadísticas mundiales donde existen aumento progresivo de las complicaciones cardiovasculares, renales, discapacidades y muertes. Las actividades más importantes son: la información y educación del paciente y la definición de metas y objetivos asociados.

El incumplimiento del tratamiento farmacológico para controlar la HTA es un problema frecuente, que puede incrementar la morbilidad y mortalidad asociadas a este trastorno. Entre los factores dependientes del paciente que determinan el control de la HTA tenemos: (17,18)

- La no adherencia al tratamiento por efectos secundarios del tratamiento farmacológico con abandono del tratamiento total o parcial.
- La reducción en el consumo de sal de aproximadamente 5-6 g/día tiene un efecto moderado de disminución de la TAS/TAD de entre 2-4 mmHg en individuos normotensos y un efecto mayor de entre 3-6 mmHg en individuos hipertensos.
- La reducción de alcohol limitando su consumo a 30 ml al día durante un periodo de 6 meses origina aproximadamente una reducción de 0,7-1,2 mmHg en la PA.
- Cumplimientos de dietas saludables que ayudan a reducir entre 8-14 mmHg conformadas principalmente por:
 - Alto consumo de grasas monoinsaturadas como el aceite de oliva.
 - Alto consumo de pescado, por su aporte de ácidos grasos poliinsaturados con una frecuencia entre 2- 3 veces por semana.
 - Elevado consumo de verduras, leguminosas, frutas, cereales y frutos secos.
 - Consumo frecuente de productos lácteos.
 - Moderado consumo de carnes rojas.
- Ejecución de ejercicios físicos: la actividad física aeróbica regular con una recomendación de 30 minutos al día por 5 días a la semana puede ser beneficiosa tanto para la prevención y el tratamiento de la hipertensión arterial con una reducción de la PA entre 4-9 mmHg.

- Reducción de peso: manteniendo un IMC normal entre 18,5 y 24,9 puede mejorar la eficacia del medicamento y el perfil de riesgo CV debido a que contribuye a una disminución de la PA de entre 5-20 mmHg.
- Asociación de enfermedades crónica como la obesidad.
- Alta carga de estrés.
- Déficit en la comprensión de las indicaciones del médico.
- Desconocimiento del diagnóstico de HTA por cuadros clínicos asintomáticos.
- Pobre concienciación de los riesgos de la enfermedad.
- Limitada accesibilidad a los medicamentos por los costos económicos.

Entre los factores dependientes del médico que determinan el control de la HTA tenemos: (18)

- Conformismo con los valores de presión arterial alcanzados.
- Baja insistencia en las modificaciones del estilo de vida.
- Indicaciones terapéuticas inadecuados tanto en la prescripción tardía de medicamentos, utilización de sinergismos entre los antihipertensivos o ajustes de dosis necesarias de los mismas.

Para que el tratamiento estandarizado de la HTA tenga excelentes resultados se necesita que el empoderamiento del paciente sea una prioridad. Los hipertensos deben estar informados sobre su enfermedad, participar en las decisiones relacionadas con su terapéutica y poseer la confianza suficiente para expresar sus inquietudes al personal sanitario, con quienes debe existir una relación de respeto mutuo. Además de medidas de prácticas de vida saludables para lograr un control óptimo de la PA, frecuentemente los hipertensos requirieron terapia con fármacos. En la actualidad, existen muchos medicamentos disponibles para tratar la hipertensión arterial. Entre los principales utilizados se encuentran: (17)

- Diuréticos.
- Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA).
- Antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARAI).
- Calcio antagonista (CA).
- Beta bloqueantes (BB).
- Bloqueantes alfa 1 adrenérgicos.

- Inhibidores alfa y betabloqueantes combinados.
- Hipotensores centrales.

La monoterapia inicial es exitosa en muchos pacientes con HTA leve. Por lo que, en hipertensos cuyos valores de PA esté a más de 20/10 mmHg por encima de la meta, no es recomendable que la terapia con un solo fármaco sea la elección. Por tanto, la posibilidad de monoterapia solo debe considerarse en hipertensión de grado 1 de bajo riesgo (PAS y <150 mmHg) o en pacientes muy viejos (80 años) o más frágiles, en el resto de pacientes en los que las medidas de cambios de hábitos y prácticas de vida no resulten efectivas, se deberá comenzar con terapia dual, con los fármacos antes mencionados, comenzando la medicación en forma gradual en dosis bajas, para disminuir la probabilidad de los efectos adversos, excepto en las emergencias hipertensivas.(17)

Los pacientes hipertensos luego de haber iniciado la terapia farmacológica antihipertensiva, se deberán emplear las siguientes recomendaciones: (17)

- La mayoría de los pacientes deberán ser valorados con intervalos mensuales para seguimiento y ajuste de medicación hasta lograr el adecuado control de PA de <140/90 mmHg.
- En hipertensos en estadio II de HTA o con complicaciones de comorbilidad se deberá realizar controles más frecuentes.
- Marcadores de función renal como (urea, tasa de filtración glomerular estimada, creatinina, sodio y potasio sérico) deberían ser cuantificadas al menos una o dos veces al año.
- Después de conseguir el control y la estabilidad en la PA, los controles médicos del seguimiento pueden ser usualmente en intervalos de tres a seis meses.
- Las enfermedades asociadas, como la insuficiencia cardíaca, diabetes, y la necesidad de pruebas de laboratorio influyen la frecuencia de las visitas. Otros factores de riesgo cardiovascular deberían ser tratados para sus respectivos objetivos.
- No se recomienda realizar un ecocardiograma de rutina, excepto cuando exista sospecha electrocardiográfica de hipertrofia del ventrículo izquierdo, dilatación auricular izquierda o enfermedad cardíaca concomitante.
- No se recomienda fondo de ojo de rutina a los pacientes con HTA grado II

y III, excepto diabéticos y jóvenes (<30 años). En cuyo caso debe ser realizada por un oftalmólogo.

En el funcionamiento familiar se incluye una amplia variedad de comportamientos y habilidades con diversos grados de complejidad, que requieren de una actuación eficaz por parte del paciente. Conlleva un papel activo, voluntario y colaborativo que incorpora las creencias y actitudes del individuo. El control de la enfermedad en los pacientes hipertenso comprende diversas conductas:

- Propagación y mantenimiento de un programa de tratamiento.
- Asistencia a controles de seguimiento.
- Uso correcto de los fármacos prescritos.
- Cumplir cambios apropiados en el estilo de vida.
- Evitar conductas contraindicadas.

El ambiente social en el control de la enfermedad, la funcionabilidad familiar del paciente hipertenso es clave, por lo que el núcleo familiar es un pilar que facilita el cumplimiento correcto de las recomendaciones terapéuticas.

Para poder valorar el funcionamiento familiar de los pacientes, el test de funcionamiento familiar (FF-SIL) es un instrumento que permiten evaluar cuanti-cualitativamente la funcionalidad familiar, investigando una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, para un total de 14 preguntas. Correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento, entre las cuales tenemos: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. (19)

El funcionamiento familiar es la dinámica relacional sistemática que se da a través de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad.

- La cohesión: es la unión familiar física y emocional al enfrentar diversas situaciones en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
- La armonía: es la correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- La comunicación: es la característica por la cual los miembros de la familia son capaces de brindar sus experiencias de forma clara y directa.
- La permeabilidad: es la capacidad de la familia de transmitir y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

- La afectividad: es la capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- Los roles: son las características de cada miembro de la familia al cumplir las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- La adaptabilidad: es la habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

El número de situaciones variables que miden son:

- Preguntas 1 y 8..... Cohesión.
- Preguntas 2 y 13..... Armonía.
- Preguntas 5 y 11..... Comunicación.
- Preguntas 7 y 12..... Permeabilidad.
- Preguntas 4 y 14..... Afectividad.
- Preguntas 3 y 9..... Roles.
- Preguntas 6 y 10..... Adaptabilidad.

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos las cuales son:

- Casi nunca 1 punto.
- Pocas veces 2 puntos.
- A veces 3 puntos.
- Muchas veces..... 4 puntos.
- Casi siempre..... 5 puntos.

Cada situación es respondida por el usuario en la escala de valores cualitativas, según su percepción como miembro familiar, finalmente se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera:

- De 70 a 57 puntos... .. Familias funcionales.
- De 56 a 43 puntos... .. Familia moderadamente funcional.
- De 42 a 28 puntos... .. Familia disfuncional.
- De 27 a 14 puntos... .. Familia severamente disfuncional.

4.2 Antecedentes investigativos.

La presencia de sufrimiento en las personas con enfermedades crónicas, que en este estudio se focalizó a la HTA, constituye un factor que puede provocar un desbalance en su biosfera social y conductual. En este sentido el Instituto

Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE) manifiesta que, el estrés o malestar emocional es una respuesta comprensible y natural a eventos traumáticas o amenazantes como puede ser el estar afectado por un cáncer, y que sería fruto del proceso de adaptación del enfermo a esta situación. (21) De acuerdo a reportes de la OMS estipulan que la HTA contribuye a la carga de cardiopatías, ECV e insuficiencia renal, y a la mortalidad y discapacidad prematuras. Afecta de manera desproporcionada a las poblaciones de países de ingresos bajos y medianos con sistemas de salud débiles. (11) Por lo tanto, la detección precoz, el tratamiento y el control adecuado de la HTA generan importantes beneficios económicos y para la salud.

A nivel mundial, la HTA constituye una considerable carga de; aportando con 64 millones de DALY (años de vida ajustados por discapacidad o disability adjusted life years, abreviaturas en inglés); es decir, 4,4% de discapacidad total, que la sitúa entre las cinco principales causas de discapacidad y muerte en el mundo. (16)

De acuerdo, a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) del año 2013, en el Ecuador, la prevalencia de prehipertensión 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 el contrario, la prevalencia de HTA entre los grupos etarios comprendidos entre 18 a 59 años es de 9.3%; siendo más frecuente en el sexo masculino que en el femenino (11.2% vs. 7.5%). (22)

Un estudio transversal realizado en España con 3483 pacientes ≥ 60 años cuyos objetivos fueron examinar la asociación de la red social con la HTA y analizar si la red social implica conocimiento de la hipertensión, tratamiento y control de la PA. Las asociaciones de las variables de red social estuvieron determinadas por la relación conyugal, situación de convivencia, visitas de familiares, amigos o vecinos con los distintos aspectos de la HTA se resumió con las odds ratio (OR) obtenido por regresión logística, ajustado por sexo, edad, nivel educativo, estilo de vida y frecuencia de controles de salud. Los resultados evidenciaron que los pacientes casados y los que no vivían solos presentaron HTA con menos frecuencia que los no casados. Adicionalmente la probabilidad de conocer el estado hipertensivo fue mayor en los hombres y mujeres que eran visitados por sus familiares con mayor frecuencia. No se evidenció una asociación específica entre el ámbito social y las otras variables

relacionadas con la Hipertensión arterial. En relación al sexo de los participantes existió, 1.985 (56,98%) mujeres y 1.498 (43,02%) varones. En total, el 68,0% de los individuos \geq 60 años presentaban hipertensión. Dos tercios de ellos saben que tienen la enfermedad, de los cuales el 85,5% son tratados con fármacos antihipertensivos, pero solo el 30,1% de ellos están controlados con su PA. El 63,6% cumplía su tratamiento antihipertensivo. Finalmente, se concluyó que, en los ancianos, la hipertensión está vinculada a varias variables de socialización, como el estado civil y el estado de convivencia. Entre los pacientes hipertensos, el conocimiento de su situación clínica en ciertas ocasiones está asociado a las relaciones interpersonales entre familiares y amigos o vecinos. (23)

En el 2003, un estudio observacional, prospectivo, de seguimiento a un año, realizado en el centro de Saúde Mariñamansa-A Cuña. Ourense (Galicia) España, trató de identificar si el apoyo social influye en el control de la presión arterial en pacientes diagnosticados de HTA esencial. En la investigación participaron 236 pacientes diagnosticados con HTA en control en el centro de salud, donde se midieron diferentes variables clínicas. Los resultados obtenidos de esta investigación fueron: la edad media fue de 63,51 años en varones, y 66,1% fueron mujeres. La tipología familiar predominante fue la de familia nuclear. El 30,2% de los pacientes presentó una red social deficitaria (0-1 contactos sociales). Identificándose que un 22% presentó un bajo apoyo social funcional. En el nivel socioeconómico 97,5 fue adecuado y un 2,5% fue inadecuado. En relación a la escolaridad predominó el nivel de estudios primarios con 173 (73,3%) pacientes. Los pacientes hipertensos con redes sociales deficientes informaron que después de controlar las posibles variables de confusión, la presión arterial sistólica aumentó en 9,59 mmHg y 4,29 mmHg, respectivamente; respecto de los hipertensos con relaciones sociales más amplias. La conclusión fue que los hipertensos con una baja red social presentaron un incremento de las cifras de presión arterial respecto de los hipertensos con redes sociales extensas. (24)

Un estudio realizado en México en el año 2016, por medio de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (ENSAUCT MC 2016) valoró la prevalencia de HTA en adultos, las proporciones de ellos han sido diagnosticadas previamente y las tasas se han controlado adecuadamente.

Se midió la PA a 8.352 adultos los cuales accedieron a participar en la (ENSAUCT MC 2016). Los pacientes con hipertensión se clasificaron como aquellos que refirieron haber sido diagnosticados alguna vez con HTA o tener PAS ≥ 140 mmHg o PAD ≥ 90 mmHg. Se consideró PA controlada cuando la PAS < 140 mmHg y la PAD < 90 mmHg. Los resultados determinaron que la prevalencia de HTA en adultos fue de 25.5%, de los cuales, 40.0% desconocían tener HTA. De los hipertensos que tenían diagnóstico previo de HTA y que recibían tratamiento farmacológico (79.3%), 45.6% tuvo una PA bajo control. (25)

Un estudio descriptivo donde participaron 4634 individuos, 2919 (63%) del sexo femenino y 1714 (37%) del sexo masculino, con promedio de 7.5 años de tener diagnóstico fue realizado en el año 2015 en el Hospital Escuela Universitario de Honduras, cuyo objetivo fue determinar las características clínico-epidemiológicas de hipertensos. Se utilizó la Guía de la Sociedad Europea de Cardiología 2013 para la clasificación de la HTA. Los resultados determinaron que un 51% y 55% no tenían la PAS y la PAD controlada respectivamente, a pesar de que 73% manifestaron tomar regularmente sus antihipertensivos. Los pacientes de sexo masculino obtuvieron un porcentaje mayor de PA no controlada. La PA no controlada (diastólica o sistólica) aumentó desde valores de 0.4% - 2.7% en el grupo de menor edad hasta cifras de 63.2% - 67.8% en el grupo ≥ 50 años. El análisis multivariado se realizó en dos grupos de participantes: los que no se tomaban los medicamentos antihipertensivos al momento del estudio (1258) y los que manifestaron haber tomado sus medicamentos (3376). El sobrepeso y la obesidad fueron factores contribuyentes de forma significativa a la PA no controlada y fueron comunes en ambos grupos. Como conclusión se determinó que la presencia de múltiples factores de riesgo modificables requiere de un abordaje interdisciplinario. (26)

Un estudio realizado en el año 2007 en una institución prestadora de servicios de salud de Medellín – Colombia evaluó las dimensiones de la calidad de vida relacionadas con la salud en 282 pacientes con HTA leve en tratamiento farmacológico según los criterios de la Sociedad Europea de Cardiología e Hipertensión (2003). La muestra estuvo compuesta por 148 pacientes del sexo masculino (52.5%) y 134 pacientes del sexo femenino (47.5%) con una

edad media general de 60.8 años. Se utilizó el Cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (CHAL). Los resultados determinaron un cierto deterioro en la calidad de vida de estos pacientes en lo que concierne al estado de ánimo y principalmente en sus manifestaciones somáticas. (27)

Un estudio descriptivo se realizó en el año 2001 un policlínico de Mata de la ciudad de Santa Clara, cuyo objetivo fue caracterizar la participación familiar y la relación médico familia en el control de la hipertensión arterial, donde participaron 153 familias de pacientes hipertensos; como herramientas se utilizaron encuestas para el posteriormente aplicar las pruebas de Chi cuadrado y la V de Crámer. La deficiente interrelación médico familia, la disfuncionalidad familiar y el apoyo deficiente al hipertenso por sus familiares estuvieron muy significativamente asociados al descontrol de la PA. El paciente controlado fue clasificado en: Controlado: Si las cifras de tensión arterial se mantuvieron inferiores a 140/90 en el transcurso de un año, al menos en cuatro ocasiones durante ese período. Parcialmente controlado: Si durante el año, las cifras fueron inferiores a 140/90 en el 60 % de las tomas de presión arterial. Y paciente no controlado: Si durante el año, en menos del 60 % de las tomas de presión arterial, las cifras fueron inferiores a 140/90 mmHg. En cuanto a la funcionalidad familiar, un elevado número de familias fueron clasificadas como disfuncionales, y se evidencio que donde existía funcionalidad familiar, 56,86 % de los pacientes se mantenían controlados, mientras que, en las 63 familias disfuncionales, sólo 6,35 % de los enfermos estaban controlados. (28)

Una investigación realizada en México de tipo correlacional, con un diseño analítico cuyo objetivo fue valorar la asociación entre funcionalidad familiar e hipertensión arterial sistémica controlada en pacientes adscritos al programa receta resurtible de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS delegación Aguascalientes”, el instrumento FF-SIL, para la evaluación de la funcionalidad familiar en los 234 participantes. Los resultados determinaron que la mayoría de los pacientes tenían entre 51-60 años de edad (40.2%), 58.5% eran del sexo femenino, 40.6% poseía escolaridad secundaria, 72.6% eran casados y 47.9% eran trabajadores. El 91.5% presento funcionalidad familiar, sin embargo, no se encontró asociación con la HAS controlada. (32)

En Brasil en el periodo comprendido entre diciembre del 2011 y marzo del

2012 se realizó un estudio transversal en 422 individuos cuyo objetivo fue de valorar el grado de conocimiento de personas con hipertensión arterial acerca de la enfermedad y analizar los factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia antihipertensiva. La información fue recolectada en los hogares de los pacientes con entrevistas por utilizando los instrumentos: Cuestionario de Adhesión a Medicamentos (CAM-Q), Índice de Complejidad de la Farmacoterapia y un formato de los datos sociodemográfico, satisfacción con el servicio de salud y conocimiento sobre la enfermedad. Los resultados determinaron que el 42,6% no adherían a la farmacoterapia y 17,7% poseían déficit en el conocimiento sobre la enfermedad. Los factores asociados a la no adhesión fueron: farmacoterapia compleja, bajo conocimiento sobre la enfermedad e insatisfacción con el servicio de salud brindados anteriormente. Finalmente se concluyó que prescripciones farmacológicas complejas, poco conocimiento sobre la enfermedad e insatisfacción con el servicio de salud influyen en el proceso de la no adhesión al tratamiento medicamentoso antihipertensivo. (29)

A nivel local en Ecuador en el año 2016 se realizó un estudio analítico de corte transversal donde participaron 206 pacientes con HTA del centro de salud de Los Rosales, el estudio tuvo como objetivo tratar de identificar si la cohesión familiar determina la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos que desarrollaron enfermedad arterial periférica. Para la recolección de la información se utilizaron instrumentos como el FACES III para valorar la cohesión familiar, y para la adherencia al tratamiento Morisky- Green y el Índice Tobillo Brazo para enfermedad arterial periférica. Posteriormente se ejecutaron análisis univariado y bivariado. Existió un intervalo de confianza 95% luego de haber utilizado el test de Chi- cuadrado. Los resultados determinaron que luego de analizar la cohesión familiar y adherencia terapéutica se demostró que hay una relación estadísticamente significativa entre las familias aglutinadas y no relacionadas en relación a las equilibradas; entre las principales conclusiones se encontró que al relacionar la adherencia al tratamiento y cohesión familiar existió una relación estadísticamente significativa en las familias extremas en contraposición de las equilibradas. Adicionalmente la no adherencia al tratamiento fue mayor en las mujeres, siendo su relación estadísticamente significativa y la prevalencia de

enfermedad arterial periférica en este estudio fue del 11,2%. (30)

Un estudio investigativo analítico transversal, en el año 2015 en Ecuador en la provincia de Cañar, cantón El Tambo en la comunidad de Coyector, valoró los niveles de cohesión, adaptabilidad y funcionalidad familiar en las familias que tienen a su cuidado adultos de 65 años o más, con y sin diagnóstico de hipertensión arterial crónica, utilizaron como herramientas el test FFSIL y el test FACE III de David H. Olson, determinó que la hipertensión arterial es una condición de riesgo para generar disfuncionalidad familiar, en contra parte la cohesión y adaptabilidad no existió alteración. (31)

Un estudio realizado en Ecuador en el 2015 por Corral D., González N., cuyo objetivo fue: establecer la relación entre el tipo de percepción de la funcionalidad familiar y el control de la Hipertension arterial en los pacientes de las áreas de Medicina Interna, Nefrología y Cardiología de Consulta Externa y Hospitalización del Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito. Con una muestra de 240 hipertensos, a los cuales se les aplicó el (FF-SIL) para valorar la funcionalidad familiar, detremió que de los pacientes evaluados, el tipo de funcionalidad familiar que tuvo mayor prevalencia fue el moderadamente funcional con un 44,2%. En relacion a la etnia predominó la etnia mestiza con 230 hipertensos (95,98%). Además, se evidenció que de todos los pacientes con presión arterial controlada el 25,4% y 33,8% correspondían a familias funcionales y moderadamente funcionales respectivamente y que sólo el 7,5% y 1,2% fueron disfuncionales y severamente disfuncionales respectivamente controlaron su PA con el tratamiento prescrito. Se elaboró la prueba de Chi-cuadrado de Pearson con un resultado de 14,587 y una p de 0,002 evidenciando una significancia estadística. (33)

Un estudio tipo descriptivo transversal, con una población de estudio de 99 hipertensos de la consulta externa del Hospital Regional de Sonsonate. Donde se trato de valorar la relación entre el tipo de percepción de la funcionalidad familiar y el control de la HTA, empleando el el test de funcionamiento familiar (FF-SIL); determinó que en relacion al funcionamiento familiar, la categoría funcional predominó con 74 hipertensos (74.74%), con respecto a la escolaridad, predominó el nivel básico con 62 hipertensos (63.63%). (34)

Un estudio realizado en el 2016 en Santa Rosa por Sánchez D., de tipo descriptivo, analítico, correlacional; con enfoque cuantitativo no experimental,

y de diseño transversal de causalidad con una población de de 123 hipertensos, evaluó la relación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y la funcionalidad familiar en los hipertensos, Para las valoraciones se utilizó un cuestionario de recolección de datos de campo, el test del FFSIL y el de Morisky - Green Levine; en la cual el tipo de funcionalidad familiar que mas predominó fue la funcional con 118 hipertensos(95,9%). En relacion al ingreso económico los resultados fueron el regular con 71 (57,7%) pacientes, seguido con la categoría de mala con 31 (25,2%) y adecuado con 21 (17%). (35)

Un estudio transversal, prospectivo realizado en México en el 2007 por García R., sobre la “Frecuencia de disfunción familiar en pacientes con hipertensión arterial descompensada”, con una poblacion de 140 pacientes hipertensos, en la cual se contrastaron los niveles de HTA con el grado de funcionalidad familiar y su relacion con el descontrol de la HTA; para evaluar la funcionalidad familiar se utilizó el test de Apgar familiar. Entre una de sus variables en relacion al sexo, predomino el femenino con 105 pacientes (75%). Se concluyó que la disfunción familiar es un factor de riesgo para la descompensación del paciente con hipertensión arterial. (36)

Predisposición similar a un estudio observacional, descriptivo, transversa y prospectiva realizado en el 2013 en México por Flores B., cuyo tema fue “Influencia de la funcionalidad familiar en el control de la HTA en el adultos de 65 a 75 años de edad, de la UMF No. 184 del IMSS”, con una población de estudio de 100 hipertensos, investigó la influencia de la funcionalidad familiar en el control de la HTA en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar 184, en donde acorde a la funcionalidad familiar por medio de la utilización de test FF SIL, la categoría de familia funcional fue la que predominó con 65 hipertensos (65%). (37)

Un estudio de corte transversal realizado en Colombia por Páez A., cuyo titulo fue “Factores asociados al control de la hipertensión arterial en la población de hipertensos de estratos 2 y 3 de Bucaramanga” en la cual se analizaron los factores asociados al control de la hipertensión arterial en una población de 166 hipertensos; se investigaron varias variables sociodemográficas, dentro de las cuales, en la etnia, la de tipo mestiza predominó con 118 hipertensos (73,75%). (38)

Un estudio cualitativo realizado en Ambato en el 2020 por Carrillo G., y col., cuyo tema fue “Participación familiar para mejorar la calidad de vida en personas con hipertensión arterial” donde participaron 30 hipertensos, cuyo objetivo fue identificar la influencia de la funcionalidad familiar en la calidad de vida de las personas con diagnóstico de hipertensión arterial; la técnica utilizada para la recolección de la información se aplicó en la población de estudio el Apgar familiar, el cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (MINICHAL), y una entrevista para las variables sociodemográficas. En relación a la ocupación existió un predominio en la de ama de casa con 12 hipertensas (40%) (39)

Un estudio de caso – control realizado en México por Marín F., y col., cuyo tema fue “Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial”, con una población de 80 hipertensos, con 40 pacientes en cada grupo. Se estableció como casos a los hipertensos con apego y como controles a los hipertensos sin apego al tratamiento. El objetivo fue determinar la asociación entre el apoyo familiar y el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. En relación a la variable de instrucción académica existió un predominio en la de primaria completada con 30 hipertensos (37,5%). En cuanto al control de la PA el 31 (77.5%) pacientes presentaron apego y 11 (27.5%) sin apego. (40)

Un estudio transversal, analítico, prospectivo realizado en México por Alcalá M., en el Hospital Rural de Oportunidades Villa Alta, Oaxaca, con el tema “Descontrol de las cifras de tensión arterial asociadas a la función familiar”. Con una población de 120 hipertensos, valoró si la disfunción familiar es un factor de riesgo para el descontrol de los valores de la PA en los pacientes hipertensos. Se les realizó el APGAR familiar para valorar su función familiar, luego, se les midió la PA con un esfigmomanómetro calibrado para clasificar a los pacientes de acuerdo al JNC7. Entre las variables sociodemográficas predominó el nivel socioeconómico bajo con 89 (74,1%) hipertensos. Finalmente se determinó que la disfunción familiar no es un factor de riesgo para el descontrol de la tensión arterial en los sujetos de esta población. (41)

Un estudio cuantitativo, analítico y transversal realizado en Ecuador en el 2018 por Guzman M., sobre “Conocimientos sobre hipertensión arterial y funcionalidad familiar en pacientes del Centro de Salud de Suscal”, donde se investigó el nivel de conocimiento sobre HTA en las familias indígenas en comparación a los no indígenas y su conexión con la funcionalidad familiar. Con una población de 69 hipertensos sus resultados determinaron que en relación a la edad, existió un predominio en la categoría de mayores de 60 años con 41 pacientes (59.4%). (43)

5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

La funcionalidad familiar de pacientes hipertensos está asociada al control de esta enfermedad.

6. MÉTODOS

6.1 Nivel de la investigación.

De acuerdo con los objetivos y alcance de la investigación se realizó en el consultorio 13 y 14 de Medicina Familiar y Comunitaria un estudio relacional, por lo que se midieron dos variables para buscar posible asociación.

6.2 Tipo de investigación.

Según la intervención del investigador es observacional, ya que no existió manipulación del objeto de estudio por parte del investigador.

Según la planificación de tomas de datos es prospectivo por que la fuente de información utilizada fue primaria.

Según el número de ocasiones que se midió la variable de estudio es longitudinal, ya que se tomó la presión arterial en tres ocasiones para determinar el control de la enfermedad se realizaron tres mediciones en un trimestre, una cada mes.

Según el número de variables analíticas es analítico, ya que es un análisis bivariado, donde se asoció la funcionalidad familiar con el control de la hipertensión arterial.

6.3 Diseño de investigación.

Es un estudio de caso control debido a que se dividió la población de estudio en dos grupos, un grupo de caso que incluyó los pacientes no controlados y un grupo control con los pacientes controlados. En ambos grupos se buscó posible asociación del control de la enfermedad con la funcionalidad familiar.

6.4 Justificación de la elección del método

Fue fundamental en la comunidad de Pascuales asociar la funcionalidad familiar de los hipertensos con el control de la enfermedad; los resultados que se obtuvieron en este estudio pueden utilizarse para desarrollar una intervención educativa que contribuya a fortalecer la adaptabilidad, la cohesión, la armonía, los roles, la comunicación, la permeabilidad, la afectividad y la adaptabilidad en los hipertensos, creando una red de apoyo

que permita que los pacientes acepten y conlleven la enfermedad de la mejor manera posible.

Con el nivel, tipo y diseño de la investigación se dio respuesta a la pregunta de la investigación, a los objetivos y a la hipótesis de estudio.

6.5 Población de estudio.

La población de estudio estuvo constituida por 102 pacientes adultos (de 20 años y más), de ambos sexos, con diagnóstico de hipertensión arterial, pertenecientes a los consultorios 13 y 14 del centro de salud Pascuales, de la ciudad de Guayaquil, provincia Guayas en Ecuador, en el período comprendido de enero a marzo de 2021.

6.5.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.

En esta investigación se incluyeron todos los pacientes adultos comprendidos en las edades de 20 años y más, con diagnóstico de hipertensión arterial, pertenecientes a la población asignada a los consultorios 13 y 14 de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales que cumplieron los criterios de inclusión, en el período comprendido de enero a marzo de 2021.

6.5.1.1 Criterios de inclusión.

1. Pacientes incluidos en la población de estudio que acepten participar en la investigación y firmen el consentimiento informado.

6.5.1.2 Criterios de exclusión.

- 1.- Pacientes con alguna discapacidad que le impida responder las preguntas de la investigación.
- 2.- Pacientes que no es posible contactar después de dos ocasiones que se citan al consultorio y/o se visitan en su hogar.

6.6 Procedimiento de recolección de la información.

La investigación contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad de Católica de Santiago de Guayaquil. Durante su realización se cumplieron las normas éticas establecidas en el Reglamento de Ética para las

investigaciones del Ecuador y en la Declaración de Helsinki. Se solicitó previa autorización a la dirección del centro de salud Pascuales.

Los pacientes diagnosticados como hipertensos que se incluyeron en este estudio se obtuvieron del Análisis Situacional Integral de Salud de los consultorios 13 y 14 del centro de salud Pascuales que se elaboró en diciembre de 2020, esta relación fue actualizada a través de la información recogida en la Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRASS).

Previamente al inicio de la recogida de la información se procedió a explicar los detalles de la investigación a cada uno de los participantes en el estudio, los que a continuación firmaron el consentimiento informado.

Una vez que se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión se recogieron los datos a través de los dos instrumentos seleccionados para la recolección de los datos de la investigación. Uno de ellos fue una encuesta elaborada por el investigador y evaluada por tres expertos, dos especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria y un especialista en Bioestadística, siguiendo los criterios de Moriyama, para la validación de los instrumentos. El otro instrumento utilizado fue el test FF-SIL para medir la funcionalidad familiar en la población de estudio, este instrumento está validado en Ecuador.

Para dar respuesta al objetivo 1, en la primera sección de la encuesta se recogieron los datos correspondientes a las variables sociodemográficas. El ingreso económico se recogió según el Instituto Nacional de Encuesta y Censo (INEC) y del Banco Mundial en el reporte de pobreza publicado en el 2016, mención a la línea de pobreza para el per cápita familiar de \$84.4 para la pobreza general. Cuando la familia tenía ingresos mayores a \$84.4 dólares se determinó como adecuado y cuando no los superó se considera inadecuado.

Para dar respuesta al objetivo 2, se realizó la medición de la presión arterial a los hipertensos, una vez al mes durante un trimestre, es decir tres tomas, lo cual permitió identificar el nivel del control de la enfermedad, determinando que la presión arterial está controlada cuando los valores son $<140/90$ mmHg, y no controlada cuando los valores son iguales o superiores a estas cifras; siguiendo los criterios de la Guía de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial 2019 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Para dar respuesta al objetivo 3, se categorizó el grado de la funcionalidad

familiar de los adultos hipertensos mediante la aplicación del test de FF- SIL, clasificando a la familia como:

Funcional (70 - 57 puntos).

Moderadamente funcional..... (56 - 43 puntos).

Disfuncional (42 - 28 puntos).

Severamente disfuncional..... (27 - 14 punto).

Para dar respuesta al objetivo 4, se determinó la posible asociación de las variables funcionalidad familiar y el control de la hipertensión arterial en la población de estudio.

Estos instrumentos fueron aplicados por el autor en la consulta o en el domicilio, garantizando la privacidad de la persona encuestada.

6.7 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Variable	Tipo de técnica
Sexo	Encuesta
Edad	
Etnia	
Ingreso económico	
Escolaridad	
Ocupación	
Control de la presión arterial	Observación
Funcionalidad familiar	Psicometría (test FF- SIL)

6.8 Técnicas de análisis estadístico

La información obtenida luego de la aplicación de los instrumentos a la población de estudio, tanto la encuesta como el test FF- SIL, se introdujo en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2018, utilizando las columnas para las variables y las filas para cada una de las unidades de estudio. La información se presentó en tablas para su mejor comprensión.

El procesamiento de los datos se realizó a través del programa estadístico IBM SPSS Statistics 26.0 (2019). Se utilizaron números absolutos y

proporciones (porcentajes) para el resumen de las variables cualitativas y cuantitativas. Para determinar la asociación estadística entre la variable de supervisión y la variable asociada y probar la hipótesis, se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrado de homogeneidad, con un nivel de confianza del 95 % y un nivel de significancia del 5 % ($p < 0,05$). La información se presentó en forma de tablas y gráficos para su mejor comprensión.

6.9 Variables

6.9.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidades, categorías o valor final	Tipo/Escala
Sexo	Sexo	Femenino Masculino	Cualitativa Nominal
Edad	Edad (grupos decenales)	20-29 años 30-39 años 40-49 años 50-59 años 60-69 años 70-79 años 80-89 años 90 y más años	Cuantitativa discreta
Etnia	Autoidentificación étnica	Indígena Afroecuatoriano(a) Negro(a) Mulato(a) Montubio(a) Mestizo(a) Blanco(a) Otro	Cualitativa Nominal
Ingreso económico	Per cápita (Ingreso mensual total dividido entre el número de integrantes de la familia)	Adecuado (84.4 USD o más). Inadecuado (menos de 84.4 USD).	Cualitativa nominal
Escolaridad	Nivel educacional vencido	Ninguna (analfabetismo) Primaria sin terminar Primaria terminada Secundaria terminada	Cualitativa ordinal

		Bachillerato terminado Universitaria terminada Posgrado terminado	
Ocupación	Ocupación	Empleados públicos Empleados privados Cuenta propia Ama de casa Trabajadora remunerada Estudiantes Jubilados Desempleados Otra	Cualitativa nominal
Control de la presión arterial (PA)	Presión arterial sistólica Presión arterial diastólica	Controlada No controlada	Cualitativa nominal
Funcionalidad familiar	Capacidad de la familia para satisfacer las necesidades de sus miembros, adaptarse a las situaciones de cambio y superar las crisis que atraviesa.	Familia funcional. Familia moderadamente funcional. Familia disfuncional. Familia severamente disfuncional.	Cualitativo ordinal

7 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Distribución de los hipertensos según edad y sexo. Consultorio 13/14. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
30 - 39	1	1,5	2	5,6	3	2,9
40 - 49	10	15,2	5	13,9	15	14,7
50 - 59	22	33,3	10	27,8	32	31,4
60 - 69	18	27,3	6	16,7	24	23,5
70 - 79	9	13,6	6	16,7	15	14,7
80 - 89	6	9,1	6	16,7	12	11,8
90 y más años	0	0,0	1	2,8	1	1,0
Total	66	100,0	36	100,0	102	100,0

Fuente: encuesta

El sexo predominante fue el femenino con 66 mujeres hipertensas (67,3%). El grupo de edad más frecuente fueron el de 50 a 59 años y el de 60 a 69 años sumando 56 hipertensos en ambos sexos (54,9%).

Tendencia similar a un estudio realizado en España por Redondo Á., y col., donde participaron 3483 pacientes cuyos objetivos fueron examinar la asociación de la red social con la HTA y analizar si la red social está relacionada con el conocimiento del estado hipertensivo, el tratamiento y el control de la PA, donde el sexo femenino predominó con 1.985 mujeres (56,98%). (23)

De igual manera, la orientación concuerda con los resultados de un estudio realizado en México en el 2007 por García R., con una población de 140 hipertensos, en la cual se compararon los niveles de hipertensión arterial con el grado de funcionalidad familiar y su relación con la descompensación de la hipertensión; donde predominó el sexo femenino con 105 pacientes (75%). (36)

En relación a la edad, existe una tendencia similar en los resultados, ya que en el estudio realizado en Ecuador en el 2018 por Guzmán M., sobre "Conocimientos sobre hipertensión arterial y funcionalidad familiar en

pacientes del Centro de Salud de Suscal”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en las familias indígenas en comparación a los no indígenas y su relación con la funcionalidad familiar. Con una población de 69 existió un predominio en los grupos etarios de mayores de 60 años con 41 hipertensos (59,4%). (43)

Tabla 2. Distribución de los hipertensos según autoidentificación étnica y sexo. Consultorio 13/14. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Autoidentificación étnica	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Mestizo(a)	61	92,4	31	86,1	92	90,2
Afroecuatoriano(a)	3	4,5	2	5,6	5	4,9
Montubio(a)	1	1,5	1	2,8	2	2,0
Negro(a)	0	0,0	1	2,8	1	1,0
Mulato(a)	1	1,5	0	0,0	1	1,0
Blanco(a)	0	0,0	1	2,8	1	1,0
Total	66	100,0	36	100,0	102	100,0

Fuente: encuesta

En cuanto a la autoidentificación, la etnia mestiza predominó con 92 hipertensos en ambos sexos (90,2%).

Tendencia similar a un estudio realizado en el 2015 en Ecuador por Corral D. y col., cuyo objetivo fue: establecer la relación entre el tipo de percepción de la funcionalidad familiar y el control de la HTA crónica en los pacientes del hospital General Enrique Garcés, determinando que, de los 240 pacientes evaluados, en relación a la etnia, la de tipo mestiza predominó con 230 hipertensos (95,98%). (33)

Inclinación similar a un estudio realizado en Colombia por Páez A., en la cual se analizaron los factores asociados al control de la hipertensión arterial en una población de 166 hipertensos, donde la variable de etnia, la de tipo mestiza predominó con 118 hipertensos (73,75%). (38)

Existe una tendencia similar en los resultados, ya que, en el estudio realizado en Ecuador en el 2018 por Guzmán M., sobre “Conocimientos sobre hipertensión arterial y funcionalidad familiar en pacientes del Centro de Salud de Suscal”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre

hipertensión arterial en las familias indígenas en comparación a los no indígenas y su relación con la funcionalidad familiar. Con una población de 69 hipertensos, existió un predominio en la etnia no indígena con 43 pacientes (62,3%). (43)

Tabla 3. Distribución de los hipertensos según ingreso económico y sexo. Consultorio 13/14. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Ingreso económico	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Inadecuado	33	50,0	20	55,6	53	52,0
Adecuado	33	50,0	16	44,4	40	48,0
Total	66	100,0	36	100,0	102	100,0

Fuente: encuesta

Esta tabla nos demuestra que predominó el ingreso socioeconómico inadecuado con 53 hipertensos en ambos sexos (52%).

Orientación similar a un estudio realizado en México por Alcalá M., cuyo objetivo fue identificar la disfunción familiar como factor de riesgo para el descontrol de las cifras de tensión arterial en los pacientes hipertensos, con una población de 120 hipertensos, el nivel socioeconómico bajo, predominó con 89 (74,1%) hipertensos. (42)

Tendencia contraria, se evidenció en un estudio realizado en España por Méndez C., y col., el cual trató de identificar si el apoyo social influye en el control de la presión arterial en pacientes diagnosticados de HTA esencial; con una población de 236 hipertensos, que existió un predominio en el nivel socioeconómico adecuado con 230 hipertensos (97,5%). (24)

En contraste, un estudio realizado en el 2016 en Santa Rosa por Sánchez D., con una población de 130 hipertensos, cuyo objetivo fue evaluar la relación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y la funcionalidad familiar en los pacientes hipertensos, en la cual el nivel socioeconómico que predominó fue el regular con 71 (57,7%) pacientes, seguido con la categoría de mala con 31 (25,2%). (35)

Tabla 4. Distribución de los hipertensos según escolaridad y sexo.

Consultorio 13/14. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Escolaridad	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ninguna (analfabetismo)	0	0,0	1	2,8	1	1,0
Primaria sin terminar	11	16,7	6	16,7	17	16,7
Primaria terminada	11	16,7	10	27,8	21	20,6
Secundaria terminada	30	45,5	4	11,1	34	33,3
Bachillerato terminado	14	21,2	15	41,7	29	28,4
Total	66	100,0	36	100,0	102	100,0

Fuente: encuesta

En relación a la escolaridad, la categoría secundaria terminada predominó con 34 hipertensos en ambos sexos (33,3%).

A diferencia de un estudio realizado en España por Mendez C., y col., el cual trato de identificar si el apoyo social influye en el control de la presión arterial en pacientes diagnosticados de HTA esencial; con una población de 236 hipertensos, se evidencio que en relacion a la escolaridad, existió un predominio en la categoría de estudios primarios con 173 (73%) pacientes. (24)

Inclinación que también fue diferente a un estudio realizado en el 2013 en El Salvador por Castaneda M., cuyo objetivo fue establecer la relación entre el tipo de percepción de la funcionalidad familiar y el control de la hipertensión arterial crónica; con una muestra poblacional de 99 pacientes, determinó que en relacion a la escolaridad, la de nivel básico fue la que predominó con 62 hipertensos (63,63%). (34)

Otro estudio donde también la escolaridad básica predominó, fue el realizado en México por Marín F., y col., con una población de 80 hipertensos cuyo obtivo fue determinar la asociación entre el apoyo familiar y el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial, ya que, existieron 30 hipertensos (37,5%) con primaria completa. (41)

Tabla 5. Distribución de los hipertensos según ocupación y sexo. Consultorio 13/14. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Ocupación	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ama de casa	41	62,1	7	19,4	48	47,1
Cuenta propia	13	19,7	14	38,9	27	26,5
Desempleado	8	12,1	10	27,8	18	17,6
Empleados privados	1	1,5	4	11,1	5	4,9
Empleados públicos	2	3,0	0	0,0	2	2,0
Jubilados	1	1,5	1	2,8	2	2,0
Total	66	100,0	36	100,0	102	100,0

Fuente: encuesta

En referente a la ocupación el que predominó fue ama de casa con 48 hipertensos (47,1%).

Tendencia similar a un estudio realizado en Ambato en el 2020 por Carrillo G., y col., donde participaron 30 hipertensos, cuyo objetivo fue identificar la influencia de la funcionalidad familiar en la calidad de vida de las personas con diagnóstico de hipertensión arterial; en relación a la ocupación existió un predominio en la de ama de casa con 12 hipertensas (40%). (39)

Otro estudio donde también la ocupación ama de casa predominó, fue el realizado en México por Marín F., y col., con una población de 80 hipertensos cuyo objetivo fue determinar la asociación entre el apoyo familiar y el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial, ya que, existieron 55 hipertensas (68,75%) ama de casas. (40)

Sin embargo, en un estudio realizado en México por Cruz M., y col., cuyo objetivo fue valorar la asociación entre la funcionalidad familiar e hipertensión arterial sistémica controlada, con una población de 234 hipertensos, el predominio no fue similar, ya que existió una mayor prevalencia en la ocupación de trabajadores con 112 hipertensos (47,9%). (32)

Tabla 6. Distribución de los hipertensos según control de la presión

arterial. Consultorio 13/14. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Control de la presión arterial	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
No controlada	43	65,2	21	58,3	64	62,7
Controlada	23	34,8	15	41,7	38	37,3
Total	66	100,0	36	100,0	102	100,0

Fuente: observación.

En la referente al control de la presión arterial, los pacientes no controlados predominaron con 64 hipertensos (62,7%) en ambos sexos.

Tendencia similar a un estudio realizado en México por medio de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (ENSAUCT MC 2016) que valoró la prevalencia de HTA en adultos, el porcentaje de ellos con diagnóstico previo y la proporción que tuvo un control adecuado, determinó que existió una mayor prevalencia en hipertensos no controlados con 1158 (54,4%). (25)

Inclinación similar a un estudio realizado en el 2015 en Honduras por Valderramos A. y col., donde participaron 4634 individuos, cuyo objetivo fue determinar las características clínico-epidemiológicas de hipertensos y control de la presión arterial; los resultados determinaron que 2363 (51%) y 2548 (55%) de los pacientes, no tenían la PAS y la PAD controlada respectivamente. (26).

Otro estudio con orientación similar fue el de un estudio realizado en España por Redondo Á., y col., donde participaron 3483 pacientes cuyos objetivos fueron examinar la asociación de la red social con la HTA y analizar si la red social está relacionada con el conocimiento del estado hipertensivo, el tratamiento y el control de la PA; de total de la población, 2368 (68,0%) era hipertensa. De ellos, 1678 conocían que lo eran. Entre ellos, el 85,5% recibía tratamiento farmacológico antihipertensivo, pero sólo 473 (30,1%) de los tratados tenía la PA controlada. (23).

Tabla 7. Distribución de los hipertensos según funcionalidad familiar.**Consultorio 13/14. Centro de salud Pascuales. Año 2021.**

Funcionalidad familiar	Femenino	Masculino	Total
------------------------	----------	-----------	-------

	N	%	N	%	N	%
Familia funcional.	21	31,8	12	33,3	33	32,4
Familia moderadamente funcional.	26	39,4	15	41,7	41	40,2
Familia disfuncional.	19	28,8	8	22,2	27	26,5
Familia severamente disfuncional.	0	0,0	1	2,8	1	1,0
Total	66	100,0	36	100,0	102	100,0

Fuente: Test FF- SIL

Con respecto a la funcionalidad familiar la categoría de familia moderadamente funcional predominó con 41 hipertensos (40,2%) en ambos sexos.

Nuestro resultado contrasta con un estudio realizado en el 2013 en El Salvador por Castaneda M., cuyo objetivo fue establecer la relación entre el tipo de percepción de la funcionalidad familiar y el control de la hipertensión arterial crónica; con una muestra poblacional de 99 pacientes, determinó que el tipo de funcionalidad familiar más frecuente fue el funcional con 74 hipertensos (74%). (34).

Por otra parte, un estudio realizado en el 2016 en Santa Rosa por Sánchez D., con una población de 130 hipertensos, cuyo objetivo fue evaluar la relación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y la funcionalidad familiar en los pacientes hipertensos, en la cual el tipo de funcionalidad familiar que más predominó fue la funcional con 118 hipertensos (95,9%). (35)

Predisposición similar a un estudio realizado en el 2013 en México por Flores B., con una población de 100 hipertensos, valoró la influencia de la funcionalidad familiar en el control de la hipertensión arterial en pacientes de 65 a 75 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar 184, en donde acorde a la funcionalidad familiar, la categoría de familia funcional fue la que predominó con 65 hipertensos (65%). (37)

Tabla 8. Distribución de la población según relación entre el funcionamiento familiar y control de presión arterial. Consultorio 13/14.

Centro de salud Pascuales. Año 2021

Funcionalidad familiar	Control de la presión arterial					
	Controlada		No controlada		Total	
	N	%	N	%	N	%
Familia funcional.	24	37,5	9	23,7	33	32,4
Familia moderadamente funcional.	25	39,1	16	42,1	41	40,2
Familia disfuncional.	15	23,4	12	31,6	27	26,5
Familia severamente disfuncional.	0	0,0	1	2,6	1	1,0
Total	64	100,0	38	100,0	102	100,0

Fuente: Test FF- SIL

$X^2 = 3,743$ $p = 0,291$

En lo concerniente a la asociación entre la funcionalidad familiar y el control de la presión arterial no existió una relación estadísticamente significativa.

Orientación similar a un estudio realizado en México por Alcalá M., con una población de 120 hipertensos, cuyo objetivo fue identificar la disfunción familiar como factor de riesgo para el descontrol de las cifras de tensión arterial en los pacientes hipertensos, en la cual existió 72 (60%) hipertensos no controlados y 48 (40%) hipertensos controlados. La disfunción familiar moderada tuvo una Razón de Momios de 1.02 IC95% (0.48 - 2.12) y la disfunción familiar severa mostró una Razón de Momios de 2.53 IC95% (1.06

- 6), determinando que la disfunción familiar no es un factor de riesgo para el descontrol de la presión arterial en los sujetos de esta población. (41)

En contraste con un estudio realizado en Ecuador por Corral D. y col., que analizó la relación entre la funcionalidad familiar y el control de la HTA crónica en los pacientes del hospital General Enrique Garcés, se encontró que el 25,4% y 33,8% de los pacientes con funcionalidad familiar funcional y moderadamente funcional obtuvieron su presión arterial controlada, con una prueba de Chi-cuadrado de Pearson con un valor de 14,587 y un p de 0,002 evidenciándose su significancia estadística. (33)

8 CONCLUSIONES

En este estudio predominó el sexo femenino, el grupo etario de 50 a 59 años, la etnia mestiza, el ingreso económico inadecuado, la escolaridad secundaria terminada y la ocupación ama de casa. Con respecto al control de la presión arterial, se identificó un mayor porcentaje en los pacientes no controlados. La categorización de funcionalidad familiar que predominó fue la moderadamente funcional con un mayor porcentaje.

No se encontró asociación estadística significativa entre la funcionalidad familiar y el control de la presión arterial.

9 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de estudio es de gran importancia y valor científico, por su gran aporte al determinar el grado de funcionalidad familiar de los pacientes hipertensos y su asociación con el control de la presión arterial; pese a que la correcta funcionalidad familiar puede favorecer al control óptimo de la enfermedad, se considera que no es el único objetivo a mejorar, debido a la presencia de múltiples factores asociados que involucrados en el tratamiento de la hipertensión. En aquellos individuos que presentaron alguna alteración en las categorías antes descrita, se hace necesario establecer intervenciones terapéuticas con acciones multidimensionales para mejorar sus condiciones y evitar así complicaciones futuras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Información General sobre Hipertensión Arterial en el mundo. [Internet]. 2013. [citado 2019 agosto 10]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf
- 2.- Lobos B. J, Brotons C. C. Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. Rev. Elsevier. España. [Internet]. 2011; [citado 2019 agosto 10] 43(12):668- 677. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7025141/>
- 3.- Gilbert De la Peña RV. Algunas reflexiones sobre la teoría general de sistemas y el enfoque sistémico en las investigaciones científicas. Rev. Cubana de Educación Superior. [internet] 2018 [citado 2019 agosto 14]; 37(2).Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S02574314201800200003
- 4.- Tafoya S. Factores asociados a la adaptación psicosocial de pacientes con enfermedad crónica. Rev Inst. Nal. Enf. Resp. Mex. [internet]. 2008 [citado 2019 agosto 12]; 21(1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2008/in081d.pdf>
- 5.- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS-FCI). [Internet]. 2018. [citado 2019 agosto 20]; Disponible en:http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAISMSP12.12.12.pdf
- 6.- Espinoza Brito Alfredo. Hipertensión arterial: cifras para definirla al comenzar 2018. Rev. Finaly. [internet] 2018 Feb. [citado 2019 julio 01]; 8(1): 66-74. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v8n1/rf08108.pdf>
- 7.- Leire Ambrosio. Escala de convivencia con un proceso crónico: estudio piloto en pacientes con enfermedades crónicas. Rev. Elsevier. [internet] 2018.[citado 2019 julio 02]; 10(1016). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-avance-resumen-escala-convivencia-con-un-proceso-S0212656718304141>
- 8.- Organización Mundial de la Salud. Causas de muerte 2008: fuentes de

- datos y métodos Departamento de Estadística e Informática de la Salud. Geneva. [Internet]. 2011 abril. [citado 2019 agosto 17]. Disponible en:http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_2008_sources_methods.pdf
- 9.-** García W, Rodríguez V, Arriola C, Mazariegos E. Predicción temprana del desarrollo de hipertensión arterial. Rev. Guatemalteca de Cardiología. [Internet]. 2014. [citado 2019 julio 02] Vol. 24, (1). Disponible en: <http://bibliomed.usac.edu.gt/revistas/revcar/2014/24/1/04.pdf>
- 10.-** García Nini, Cardona Doris, Segura Ángela, Garzón María. Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión. Revista Colombiana de Cardiología. [internet]. 2016 Feb [citado 2019 agosto 16]; 23(6): p. 528-534. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-factores-asociados-hipertension-arterial-el-S012056331600070X>
- 11.-** INEC.MSP. Encuesta nacional de salud y nutrición. [Internet]. 2013. [citado 2019 julio 02]. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/Publicacion%20ENSANUT%202011-2013%20tomo%201.pdf
- 12.-** Rubio-Guerra AF. Nuevas guías del Colegio Americano de Cardiología y de la Asociación Americana del Corazón e Hipertensión, para el tratamiento de la hipertensión. ¿Un salto en la dirección correcta? Rev. Med. Int. México. [internet] 2018 marzo. [citado 2020 julio 28];34(2):299-303. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2018/mim182k.pdf>
- 13.-** Tagle Rodrigo. Diagnóstico de hipertensión arterial. Rev. Elsevier [internet]. 2017 [citado 09 agosto 2020]; 29 (1): 12-20. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-diagnostico-de-hipertension-arterial-S0716864018300099>
- 14.-** López Roberto. Etiología y riesgos de la hipertensión. Rev. Elsevier. [Internet]. 2001 [citado 2020 agosto 01]; 20 (10): 88-95. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-etilogia-riesgos-hipertension13021228#:~:text=La%20clasificaci%C3%B3n%20se%20puede%20hacer,de%20actividad%20de%20renina%20plasm%C3%A1tica.&text=Hipertensi%C3%B3n%20arterial%20diast%C3%B3lica.,grave%3A%20superior%20a%20115%20mmHg>.

- 15.-** Rubio-Guerra, Garro-Almendaro, Lozano-Nuevo, Arana-Pazos, Duran-Salgado, Morales-López. La prehipertensión se asocia con enfermedad arterial periférica y bajo índice tobillo-brazo. *Rev. Indian Heart Journal* [internet] 2017 agosto. [citado 2020 julio 28]; 70(4):502-505. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0019483217301232>
- 16.-** Whelton Paul, Carey Robert, Aronow Wilbert, Casey Donal, Collins Karen, Dennison Cheryl. Prevención, detección, evaluación y manejo de la presión arterial alta en adultos: sinopsis de la Guía de hipertensión de la Asociación Americana del Corazón 2017. *Rev. Anales de medicina interna*. [internet] 2018 marzo. [citado 2020 julio 28]. Disponible en: <https://www.acpjournals.org/doi/pdf/10.7326/M17-3203>
- 17.-** Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de práctica clínica de hipertensión arterial. [Internet]. 2019. [citado 2020 julio 28]; Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_hta192019.pdf
- 18.-** Pérez Manuel, León Jorge, Fernández Manuel. El control de la hipertensión arterial: un problema no resuelto. *Rev. cubana Med.* [Internet]. 2011 Sep. [citado 2020 agosto 10]; 50(3): 311-323. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347523201100030009&lng=es.
- 19.-** Ortega Veitía Teresa, Cuesta Freijomil Dolores de la, Días Retureta Caridad. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 1999 Dic [citado 2020 Ago 23] ; 15(3): 164-168. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08640319199900030005&lng=es.
- 20.-** Bazo-Alvarez JC, Bazo-Alvarez OA, Aguila J, Peralta F, Mormontoy W, Bennett IM. Propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad familiar FACES-III: un estudio en adolescentes peruanos. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. [Internet]. 2016. [citado 2020 Ago 23]; 33(3):462-70. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v33n3/a11v33n3.pdf>
- 21.-** Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica. Orientación sobre servicios de cáncer. Mejora del cuidado de apoyo paliativo de los adultos concáncer. El manual 2002. [internet] 2002. [citado 2019 agosto 29]. Disponible en:

<https://pdfs.semanticscholar.org/7978/0c8890d4009dd1ce1291ceda843a4f414b98.pdf>

- 22.-** Freire W.B, Ramírez M.J., Belmont P, Mendieta M.J., Silva M.K., Romero N. Encuesta Nacional de Salud y nutrición 2011-2013. [Internet]. 2013. [citado 2020 julio 28]; 1(1): 113. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/Publicacion%20ENSANUT%202011-2013%20tomo%201.pdf
- 23.-** Redondo Áurea, Guallar Pilar, Banegasa José, Rodríguez Fernando. Relación entre la red social y la hipertensión arterial en los ancianos españoles. Rev. Española de Cardiología. [internet] 2005. [citado 2020-08-10]; 58(11): 1294-1301. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-relationship-between-social-network-and-articulo-resumen-13080958>
- 24.-** C. Menéndez, A. Montes, T. Gamarra, C. Núñez, A. Fachadoc, S. Bujan. Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial. Rev. Atención Primaria. [internet] 2003. [citado 2020-08-21]; 31(8): 506-513. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-influencia-del-apoyo-social-pacientes-13047733>
- 25.-** Campos-Nonato, Ismael et al. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. Ensanut MC 2016. Salud Pública de México [internet]. 2018 [citado 10 agosto 2020]; 60 (3): 233-243. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/8813>. ISSN 0036-3634. <https://doi.org/10.21149/8813>.
- 26.-** Valderramos Alicia, Sierra Manuel, Casco José. Factores asociados con hipertensión arterial no controlada en pacientes tratados en el HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO (HEU). Rev. Med Honduras [internet]. 2018. [citado 2020 agosto 07]; 86 (1). Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2018/pdf/Vol86-1-2-2018-4.pdf>
- 27.-** Vinaccia, Stefano; Quiceno Margarita, Gomez Lina, Montoya Marcela. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. Rev. Diversitas. [internet] 2007. [citado 2020-08-10]; 3(2): 203-211. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982007000200003&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1794-9998.
- 28.-** González Alfredo, González Norma, Vázquez Yanet, González Lizet,

- Gómez Reinaldo. Importancia de la participación familiar en el control de la hipertensión arterial. Rev. Medcentro. [internet] 2004. [citado 2020-08-10]; 8(2). Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/importancia_de_la familia_en_el_control_de_la_h ta_.pdf
- 29.-** Da Silva Mayckel, Almeida Annelita, Oliveira Reiners, Silva Sonia. Conocimiento sobre hipertensión arterial y factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2014 May. [citado 2020 agosto 07]; 22(3): 491-8. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00491.pdf
- 30.-** Bustamante Paola, Silva Miguel. Influencia de la cohesión familiar sobre la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos que desarrollaron enfermedad arterial periférica de la clínica de enfermos crónicos metabólicos del Centro de Salud de los Rosales en el año 2016. Repositorio de tesis de grado y posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. [internet] 2016. [citado 2020-08-10]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/12966>
- 31.-** Padrón Quezada, Frantz Ricardo, Peña Cordero, Susana, Salazar Torres, Katherine, Funcionalidad familiar asociada al cuidado del adulto mayor con hipertensión arterial crónica; Comunidad Coyocor, 2015. Revista Latinoamericana de Hipertensión [Internet]. 2017 [citado 2020 julio 28]; 12 (3): 79-82. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1702/170252187001.pdf>
- 32.-** Cruz M. Asociación entre funcionalidad familiar e hipertensión arterial sistémica controlada en pacientes adscritos al programa receta resurtible de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS delegación Aguascalientes. Tesis de Titulación de Medicina Familiar y Comunitaria. Repositorio Bibliográfico Universidad Autónoma de Aguascalientes. [Internet]. 2018. [citado 2021 mayo 05]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11317/1448>
- 33.-** Corral D., González N., Funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial controlada y no controlada de consulta externa y hospitalización del servicio de medicina interna y consulta externa de nefrología y cardiología del Hospital General Enrique Garcés. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2015. [Internet]. 2015. [citado

- 2020 octubre 28] Disponible en:
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/9060/TESIS%20DEFINITIVA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 34.-** Castaneda M., Tipo de funcionalidad familiar mas frecuente en pacientes con hipertensión arterial crónica no controlada en el periodo de noviembre 2012-abril 2013. Universidad del Salvador. 2013. [Internet]. 2013. [citado 2020 marzo 28] Disponible en:
<http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/10306/1/TIPO%20DE%20FUNCIONALIDAD%20FAMILIAR%20MAS%20FRECUENTE%20EN%20PACIENTES%20CON%20HIPERTENSION%20ARTERIAL%20CRONICA%20NO%20CO.pdf>
- 35.-** Sánchez D. “Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la funcionalidad familiar en adultos medios. Parroquia La Avanzada. Año 2016. Universidad Nacional de Loja. 2016. [Internet]. 2016. [citado 2021 agosto 12]. Disponible en:
<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18248/3/damarys%2020biblioteca.pdf>
- 36.-** García R. Frecuencia de disfunción familiar en pacientes con hipertensión arterial descompensada. Universidad de Colima. 2007. [Internet].2007. [citado 2021 agosto 12]. Disponible en:
http://biblos.ucol.mx/bitstream/123456789/51/1/Ricardo_Garcia_Lopez.pdf
- 37.-** Flores B. “Influencia de la funcionalidad familiar en el control de la hipertensión arterial en el paciente de 65 a 75 años de edad, de la UMF No. 184 del IMSS”. Universidad Nacional Autónoma de México. 2013. [Internet]. 2013. [citado 2021 agosto 13]. Disponible en:
<http://132.248.9.195/ptd2013/marzo/0690485/0690485.pdf>
- 38.-** Páez A. “Factores asociados al control de la hipertensión arterial en la población de hipertensos de estratos 2 y 3 de Bucaramanga”. Universidad Industrial de Santander. [Internet]. 2011. [citado 2021 agosto 13]. Disponible en: <http://tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2011/140868.pdf>
- 39.-** Carrillo G., y col. Participación familiar para mejorar la calidad de vida en personas con hipertensión arterial. Rev. Dominio de las ciencias. [internet] 2020 [citado 2021 agosto 14] 6(4): 240-253. Disponible en:
<http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/index>

- 40.-** Marín-Reyes Florentina, Rodríguez-Morán Martha. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2001 Ago [citado 2021 Ago 18] ; 43(4): 336-339. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000400010&lng=es.
- 41.-** Alcalá M. Descontrol de las cifras de tensión arterial asociadas a la función familiar. Universidad Veracruzana [Internet]. 2010. [citado 2021 agosto 13]. Disponible en: <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/38162/AlcalaPadillaMiguel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 42.-** Herrera Santí Patricia María. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1997 Dic [citado 2021 Sep 03] ; 13(6): 591-595. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421251997000600013&lng=es.
- 43.-** Guzmán M. Conocimientos sobre hipertensión arterial y funcionalidad familiar en pacientes del Centro de Salud de Suscal. Universidad de Cuenca 2018. [Internet]. 2019 Dic [citado 2021 Sep 03]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/32269>

ANEXOS

ANEXO 1. Consentimiento informado

Yo: _____; he recibido la información suficiente y pertinente de los objetivos de la investigación, que consistirá en: asociar la funcionalidad familiar al control de la enfermedad en adultos hipertensos de dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales, de enero a marzo del año 2021.

He recibido la información por el médico: Dr. Juan José Quiñónez Solórzano, posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, con cédula de identidad 0803039254 y número de teléfono: 0958616033

Declaro que he recibido la información sobre la investigación y acepto participar en ella.

- Conozco que el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil ha aprobado esta investigación.
- La investigación consistirá en la aplicación de una serie de preguntas tipo test y mediciones de presión arterial.
- El tiempo aproximado que dedicaré a la investigación será de 40 minutos.
- Se me permitirá utilizar el tiempo necesario y contaré con la oportunidad para realizar preguntas, siendo todas respondidas a mi entera satisfacción.
- Sé que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
- Se me informó que soy libre de negarme a participar o de retirarme del estudio en cualquier momento de este, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi atención médica futura en la unidad de salud.
- Después de finalizada la investigación se me informará de los resultados de la misma en general, si así lo deseo.

El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria.

Para constancia de lo mencionado, firmo este CONSENTIMIENTO INFORMADO de forma voluntaria, luego de haber tenido la oportunidad de formular inquietudes y comprendiendo todas las respuestas recibidas a las mismas.

Nombres y apellidos del paciente:

Firma: _____

Cédula de identidad No. _____

Fecha: _____

ANEXO 2. Encuesta.

Estimado (a) agradecemos de antemano su valioso aporte al participar en la presente investigación: Funcionalidad familiar y control de la hipertensión arterial en adultos de dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Aspectos sociodemográficos

1.- Sexo:

1. ___Femenino
2. ___Masculino

2.- Edad: _____

3.- Señale su auto identificación étnica:

1. ___Indígena
2. ___Afroecuatoriano (a)
3. ___Negro(a)
4. ___Mulato(a)
5. ___Montubio(a)
6. ___Mestizo(a)
7. ___Blanco(a)
8. ___Otro

4.- ¿Cuántas personas conforman su hogar?

5.- De ellos ¿Cuántos trabajan?

6.- Puede indicar usted los salarios percibidos en el mes por ellos:

1. _____
2. _____

3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

7.- Señale el nivel de escolaridad alcanzado por usted:

1. __ Ninguna (analfabetismo)
2. __ Primaria sin terminar
3. __ Primaria terminada
4. __ Secundaria terminada
5. __ Bachillerato terminado
6. __ Universitaria terminada
7. __ Posgrado terminado

8.- Señale cuál ha sido su ocupación laboral en el último año:

1. __ Empleados públicos
2. __ Empleados privados
3. __ Cuenta propia
4. __ Ama de casa
5. __ Trabajadora no remunerada
6. __ Jubilados
7. __ Desempleados
8. __ Otra. Cuál: _____

Aspecto sobre el control de la enfermedad en los pacientes adultos hipertensos.

1.- Estado de control del paciente hipertenso:

1. __ Controlado

2. ___No controlado

Aspecto sobre el grado de funcionalidad familiar de los adultos hipertensos

A continuación, se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

1.- Test de Funcionamiento Familiar (FF- SIL)

Preguntas	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
1.- Se toma decisiones para cosas importantes de la familia.					
2.- En mi casa predomina la armonía.					
3.- En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades.					
4.- Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5.- Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara y directa.					
6.- Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7.- Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8.- Cuando alguno de la					

familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9.- Se distribuyen las tareas de forma que nadie esta sobrecargado.					
10.- Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11.- Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12.- Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13.- Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14.- Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Quiñónez Solórzano, Juan José**, con C.C: # 0803039254 autor/a del trabajo de titulación: **Funcionalidad familiar y control de la hipertensión arterial en adultos de dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Pascuales. Año 2021** previo a la obtención del título de **Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

f. _____

Quiñónez Solórzano, Juan José

C.C: 0803039254

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Funcionalidad familiar y control de la hipertensión arterial en adultos de dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Pascuales. Año 2021.		
AUTOR(ES)	Juan José, Quiñonez Solorzano		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Sanny, Aranda Canosa		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	20 de noviembre del 2021	No. DE PÁGINAS:	74
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Interna, Medicina Familiar, Psicología		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Hipertensión, Funcionalidad Familiar, Impacto Psicosocial.		
RESUMEN/ABSTRACT			
<p>Antecedentes: La hipertensión arterial es un trastorno de vasos sanguíneos, tienen una tensión persistentemente alta $\geq 140/90$ mmHg. La funcionalidad familiar es la capacidad de la familia para satisfacer las necesidades de sus miembros, adaptarse a las situaciones de cambio y superar las crisis que atraviesa. El objetivo es determinar la posible asociación entre funcionalidad familiar y el control de la presión arterial. Métodos: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, longitudinal, analítico y relacional. Constituido por 102 hipertensos de dos consultorios del Centro de Salud Pascuales año 2021. Se recogió los datos a través de dos cuestionarios tipo test, dirigido a los pacientes, adicional se les realizó toma de la presión arterial, una vez al mes durante un trimestre, para identificar el nivel del control de la enfermedad siguiendo los criterios de la Guía de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial 2019 del MSP del Ecuador. Resultados: predominó el sexo femenino 66 (64,7%), el grupo etario de 50 a 59 años 32 (31,4%), etnia mestiza 92 (90,2%), ingreso económico inadecuado 53 (52%), escolaridad secundaria terminada 34 (33,3%), ocupación ama de casa 48 (47,1%). Con respecto a la funcionalidad familiar existió: 33 (32,4%) funcionales, 41 (40,2%) moderadamente funcionales, 27 (26,5%) disfuncionales y 1 (1%) severamente disfuncional. En relación al control de la presión arterial se estableció: 64 (62,7%) hipertensos no controlados y 38 (37,3%) controlados. Conclusiones: En lo referente a la asociación entre la funcionalidad familiar y el control de la presión arterial, no se encontró una asociación estadísticamente significativa.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-0958616033	E-mail: juanjoqs123@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Xavier Landivar Varas		
	Teléfono: +593-4-+593-4-3804600 ext: 1830.-.1811		
	E-mail: posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			